

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 13 janvier 2021.**

► Points clés

En semaine 01, progression de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé

- Forte augmentation du nombre de cas confirmés, plus marquée chez les moins de 20 ans
- Augmentation de l'activité de dépistage parmi les personnes symptomatiques
- Tendances à l'augmentation des hospitalisations et admissions en service de réanimation
- Régions les plus touchées : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes

Mortalité

- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée

Variants émergents du SARS-CoV-2

- Identification de 66 cas d'infection au variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni) et de 3 cas d'infection au variant 501Y.V2 (Afrique du Sud)

Prévention

- Vaccination : 247 166 personnes vaccinées au 13 janvier 2021
- 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

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires semaine 01 (du 04 au 10 janvier 2021)

	S01*	S53	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	126 022	97 025	+30%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	6,5%	5,4%	+1,1 point
Taux de dépistage (/100 000 habitants) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	2 910	2 666	+9%
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 750	2 417	+14%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	5 543	5 502	+0,7%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	8 872	7 460	+19%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 375	1 135	+21%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	2 298	2 360	Non consolidée

* Données non consolidées

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars 2020 au 12 janvier 2021

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	277 165
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	68 802



► Point de situation en semaine 01 (du 04 au 10 janvier 2021)

En semaine 01 (du 04 au 10 janvier 2021), **les indicateurs épidémiologiques de suivi de l'épidémie de COVID-19 montraient une progression de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé en France**, suite aux rassemblements festifs de fin d'année. De plus, l'émergence de variants pourrait conduire à une accélération de l'épidémie et nécessite une vigilance accrue et un renforcement du respect des mesures d'isolement en cas de symptômes ou de cas de COVID-19 dans l'entourage.

Au niveau national, en semaine 01, le recours au dépistage a augmenté suite à la baisse observée en semaine 53 lors des congés de fin d'année. Un total de 18 003 cas confirmés a été rapporté en moyenne chaque jour durant la semaine 01. Le taux d'incidence était en augmentation en semaine 01 (+30% par rapport à la semaine 53). Le nombre de cas confirmés a augmenté dans l'ensemble des classes d'âge, et de façon plus marquée chez les 0-19 ans (+46%). Le **taux de positivité (6,5%) a continué à augmenter** par rapport à celui de la semaine précédente (+1,1 point). L'augmentation plus importante du nombre de cas par rapport à celle du nombre de personnes testées est **en faveur d'une réelle augmentation de la circulation du virus entre les semaines 53 et 01.**

Plusieurs indicateurs du contact-tracing sont en augmentation, reflétant l'impact des fêtes de fin d'année, ce qui pourrait conduire à une augmentation du nombre de cas dans les prochains jours.

En milieu hospitalier, les taux hebdomadaires d'hospitalisations et de nouvelles admissions en réanimation ont **augmenté**. Le nombre de patients hospitalisés pour COVID-19 était **élevé**, avec 24 737 cas de COVID-19 hospitalisés le 12 janvier 2021, dont 2 688 en réanimation.

Le nombre de **nouveaux décès liés à la COVID-19, incluant les décès survenus à l'hôpital et en établissements médico-sociaux, était toujours élevé cette semaine. Plus de 68 000 décès liés à la COVID-19** ont été rapportés du 1^{er} mars 2020 au 12 janvier 2021.

Soixante-six cas d'infection au variant émergent du SARS-CoV-2 détecté au Royaume-Uni et trois cas d'infection au variant émergent du SARS-CoV-2 détecté en Afrique du Sud ont été rapportés en France. Plusieurs actions sont menées actuellement pour mieux évaluer et suivre la diffusion sur le territoire national de ces variants émergents.

Les résultats préliminaires de l'enquête Flash Variant menée les 7 et 8 janvier 2021 sur les tests RT-PCR positifs au SARS-CoV-2 montraient que les cas de COVID-19 liés au variant VOC 202012/01 pourraient représenter 1 à 2 % des cas actuellement recensés en France. À ce jour, il n'y a pas d'élément en faveur d'une plus grande sévérité des cas induits par ce variant. Cependant, il se distingue des virus circulants par une capacité de diffusion plus importante. Le renforcement de la surveillance génomique du SARS-CoV-2, qui associe Santé publique France, le CNR et plusieurs laboratoires fédérés au sein de l'ANRS Maladies Infectieuses Émergentes, associé aux travaux de modélisation, permettront de guider les décisions concernant la nécessité d'un renforcement des mesures de contrôle de l'épidémie.

Les **mesures de prévention et de distanciation sociale** restent 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. L'adhésion à ces mesures est d'autant plus essentielle dans le contexte de l'identification de variants émergents, avec une contagiosité supérieure aux variants actuellement majoritaires.

La campagne de vaccination a débuté le 27 décembre 2020, et **s'est intensifiée** depuis le 04 janvier 2021. Le déploiement des vaccins dans les régions est en cours afin d'augmenter la couverture vaccinale de la population. Dans l'attente des indicateurs qui seront basés sur le système d'information Vaccin Covid et d'après les données transmises par les Agences régionales de Santé (ARS), **247 166 personnes** avaient été vaccinées contre la COVID-19 en France au 13 janvier 2021.

L'accélération de la vaccination est primordiale pour faire face à l'augmentation de la circulation du SARS-CoV-2 et à la présence de variants émergents sur le territoire.

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.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
PRÉSENCE DU VARIANT VOC 202012/01 (ROYAUME-UNI) EN FRANCE - ENQUÊTE FLASH.	15
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	17
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	23
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	26
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	27
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	29
SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES.....	35
SURVEILLANCE DES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	37
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	39
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	46
PRÉVENTION	48
SITUATION INTERNATIONALE.....	49
POINT SUR LES VARIANTS ÉMERGENTS DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL	52
SYNTHÈSE	55
SOURCES DES DONNÉES	60

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

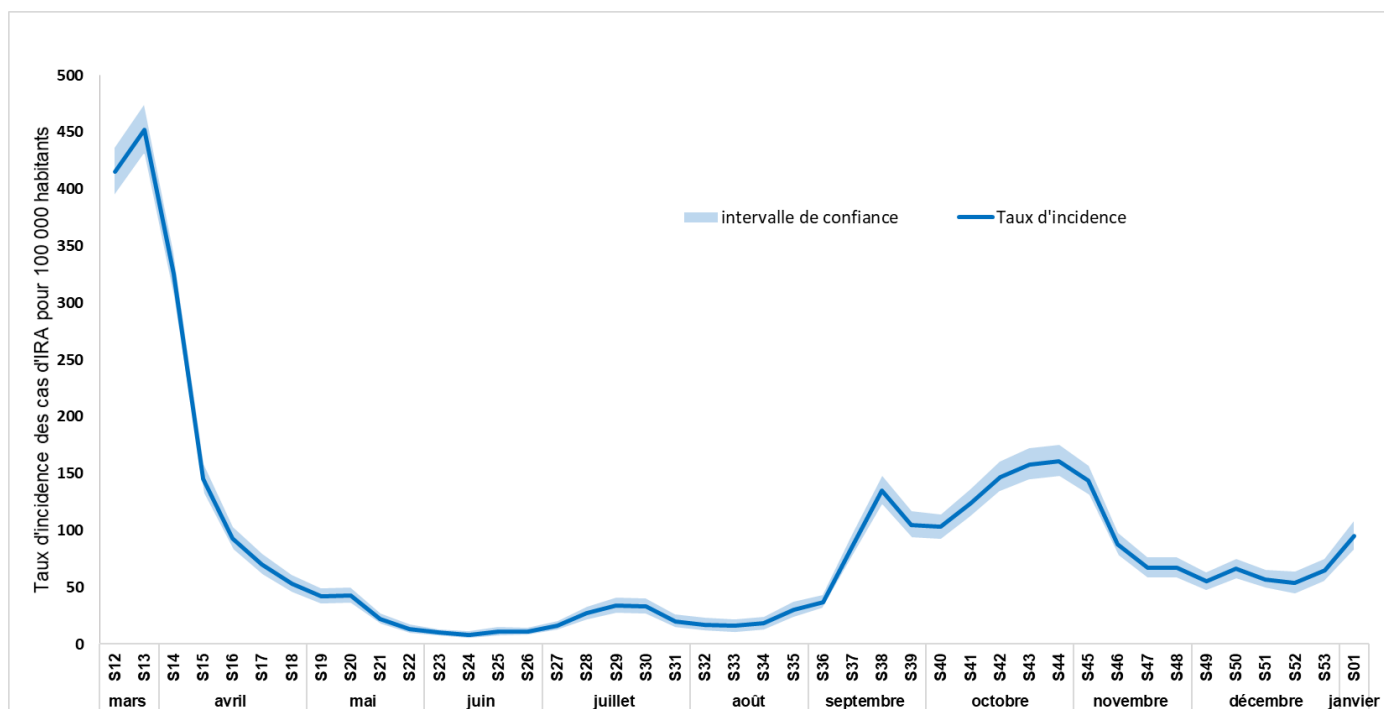
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le Réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes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

• **En semaine 01** (du 04 au 10 janvier 2021), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 95/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [82-108]) en France métropolitaine, en augmentation par rapport à celui de la semaine 53 : 65/100 000 habitants (IC95% : [55-75]) (Figure 1).

• **En semaine 01**, sur les 27 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, 5 prélèvements se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2, 2 étaient positifs pour un rhinovirus et 1 pour un métagneumovirus. Aucun ne s'est avéré positif pour un virus grippal.

• Depuis la semaine 37, sur les 571 prélèvements effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés sur prélèvement nasopharyngé, 223 (39%) étaient positifs pour un rhinovirus, 104 (18%) pour le SARS-CoV-2, 6 pour un métagneumovirus 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 12/2020 (du 16 au 22 mars), France métropolitaine



Semaine 01 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, **165 495 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 11 janvier 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 01** (du 04 au 10 janvier 2021), semaine de rentrée scolaire, **2 750 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 passages était enregistrée en Île-de-France (16%), Auvergne-Rhône-Alpes (14%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (12%), Nouvelle-Aquitaine (11%) et Hauts-de-France (10%).

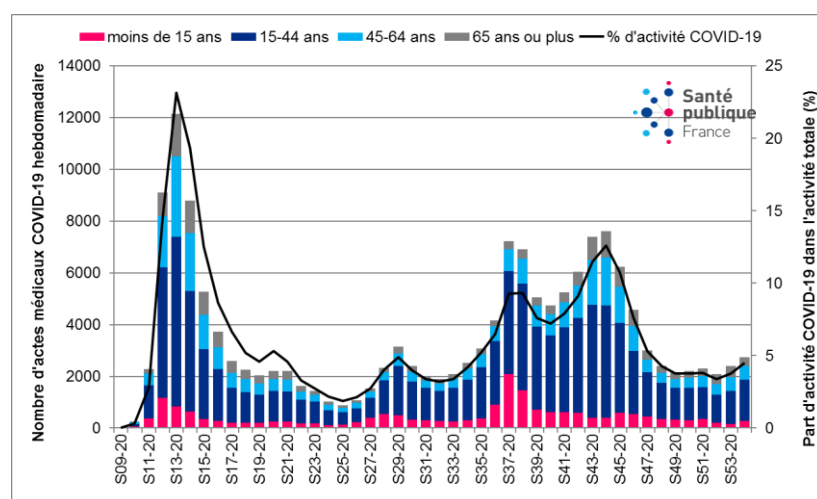
- **En semaine 01**, après une hausse de 16% en S53, la **hausse** du nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 tous âges **se poursuit** avec **2 750 actes** enregistrés (vs 2 417 actes en S53, soit +14%, données consolidées).

- Cette hausse concernait les **15-44 ans** (+25% soit +324 actes) et les **enfants de moins de 15 ans** (+73% soit +116 actes, dont +104 étaient enregistrés chez les **5-14 ans**). Le nombre d'actes concernant les 45-64 ans était stable (-1,5%) et en baisse (-22%) chez les 65 ans et plus. La **répartition des actes par classe d'âge** était comparable à la semaine précédente : 0-4 ans : 3%, 5-14 ans : 8%, 15-44 ans : 57%, 45-64 ans : 20%, 65-74 ans : 5%, 75 ans et plus : 7%.

- **Au niveau régional**, les actes médicaux pour suspicion de COVID-19 étaient en hausse dans toutes les régions à l'exception de Centre-Val de Loire, Grand Est et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les hausses les plus importantes étaient observées en **Normandie** (+67% soit +82 actes), **Pays de la Loire** (+44% soit +45 actes), **Île-de-France** (+27% soit +95 actes), **Hauts-de-France** (+22% soit +51 actes) et **Auvergne-Rhône-Alpes** (+20% soit +63 actes).

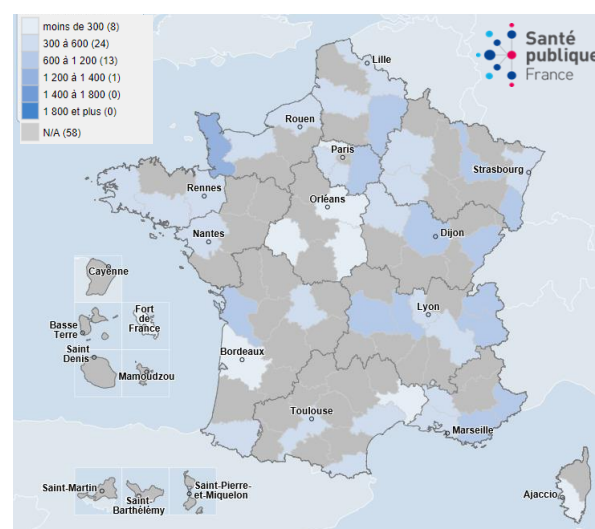
- La **part des actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était en légère hausse à 4,6% (vs 3,8% en S53) (Figure 2).

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 01-2021, 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).

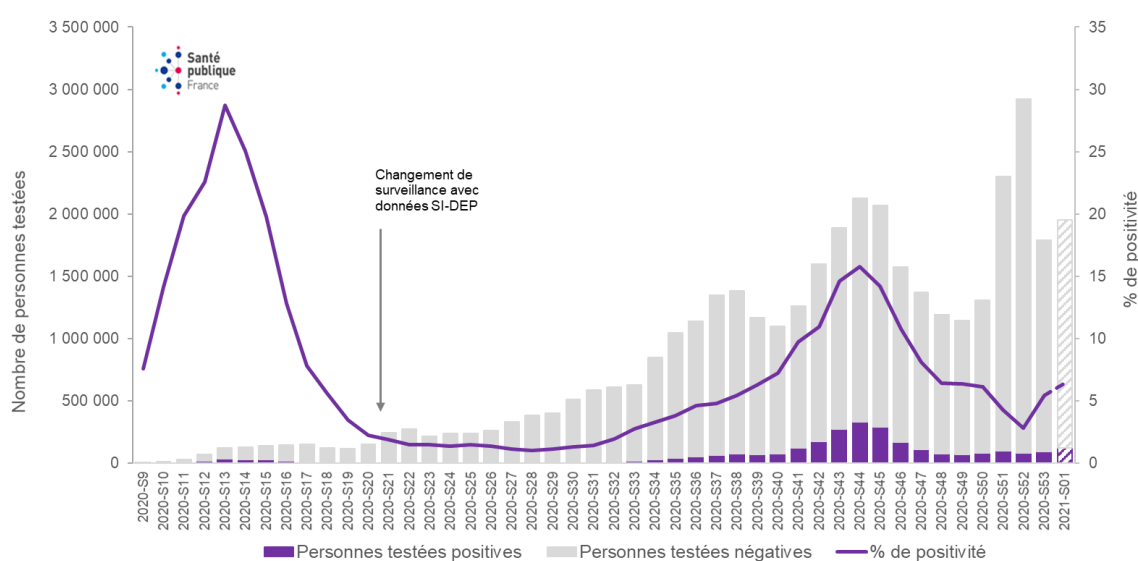
Cas confirmé de COVID-19 : une personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir [définition de cas](#)).

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

- Au niveau national, en semaine 01, 1 953 125 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 1 789 074 en S53, soit +9%). En S01, **126 022 nouveaux cas confirmés** ont été rapportés, **nombre en hausse** par rapport à celui de la semaine 53 où 97 025 nouveaux cas avaient été rapportés, soit +30% (Figures 4 et 5).

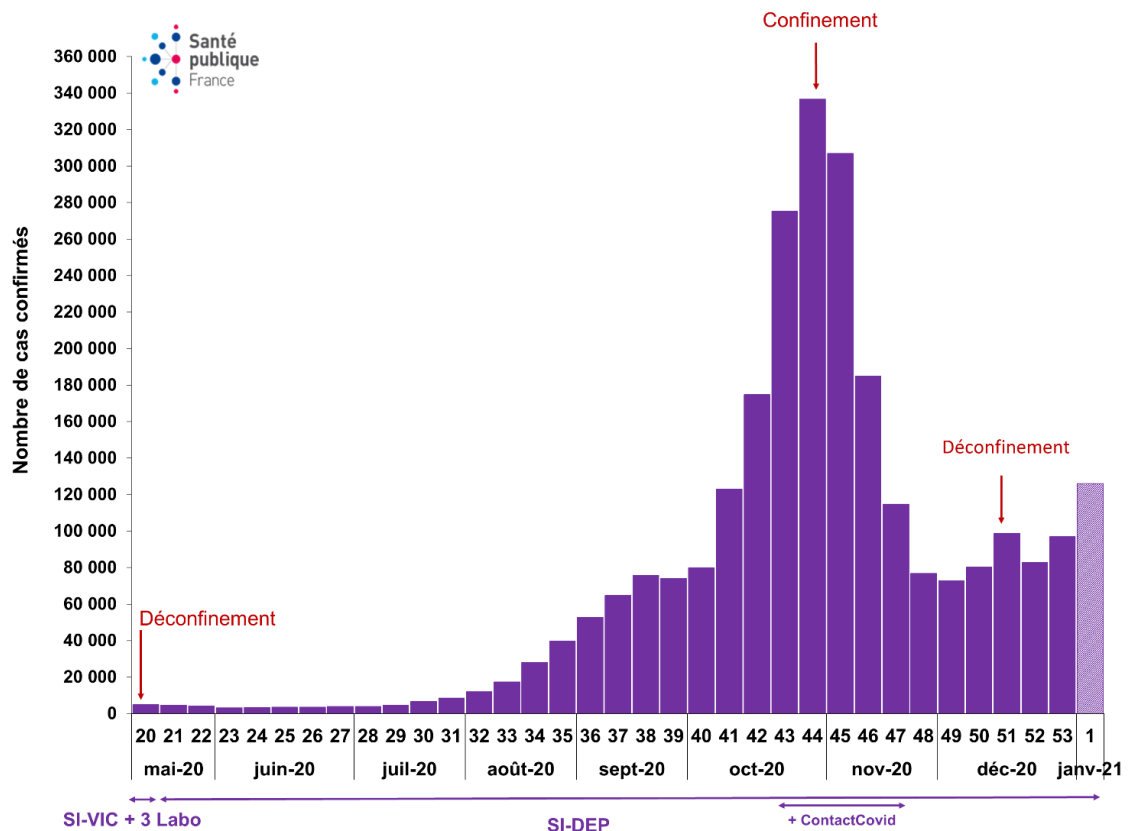
- Au 13 janvier 2021, un total de **2 830 442 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

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 13 janvier 2021)



Semaine 01 : 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 2020 au 10 janvier 2021, France (données au 13 janvier 2021)



Semaine 01 : données non consolidées

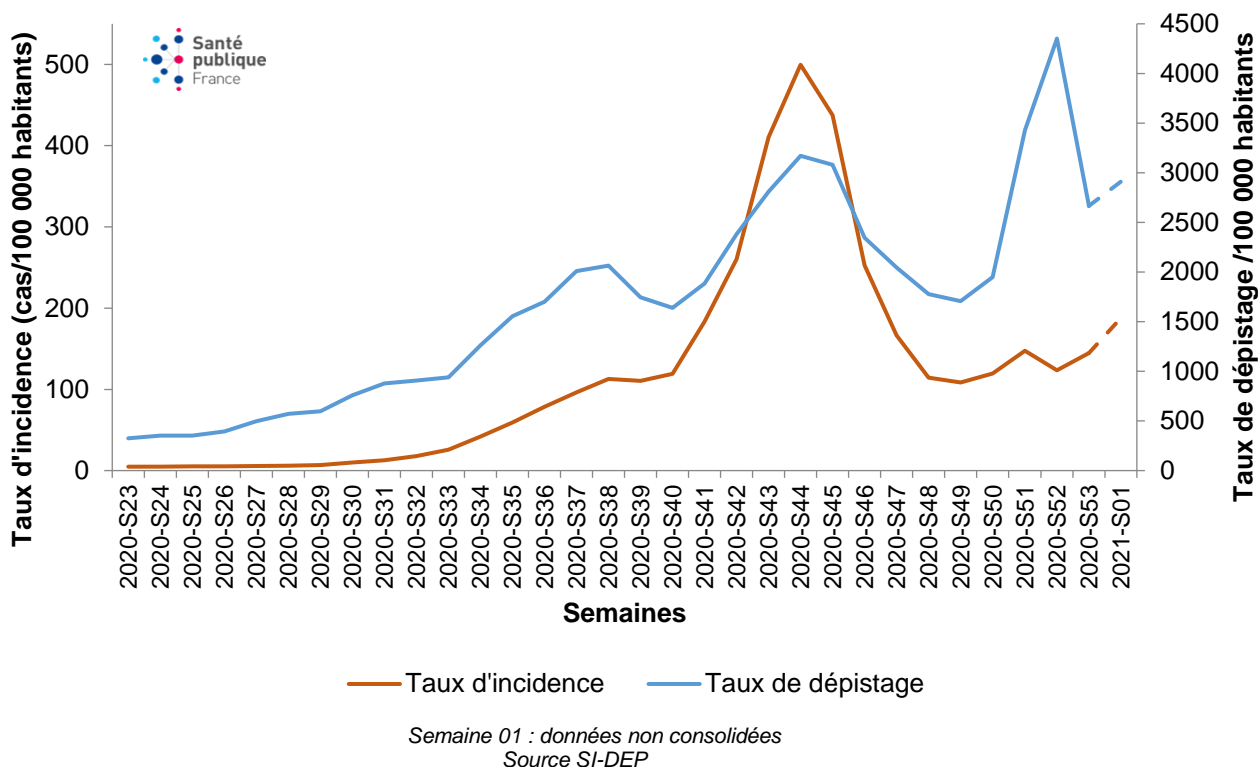
Note : Du 21 janvier au 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France. Entre le 26 mars et le 12 mai 2020, 115 010 cas confirmés ont été rapportés (cas incidents hospitaliers 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 S01, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **6,5%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), en hausse par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (5,4% en S53, soit +1,1 point) (Figure 4).
- Le **taux national d'incidence** des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **188 cas/100 000 habitants** en S01 et **en hausse** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (145 cas/100 000 hab. en S53, +30%) (Figure 6).
- Le **taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **2 910/100 000 habitants**, en **légère augmentation** par rapport à la semaine 53 (2 666 /100 000 hab., +9%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par semaine, depuis la semaine 23/2020, France (données au 13 janvier 2021)



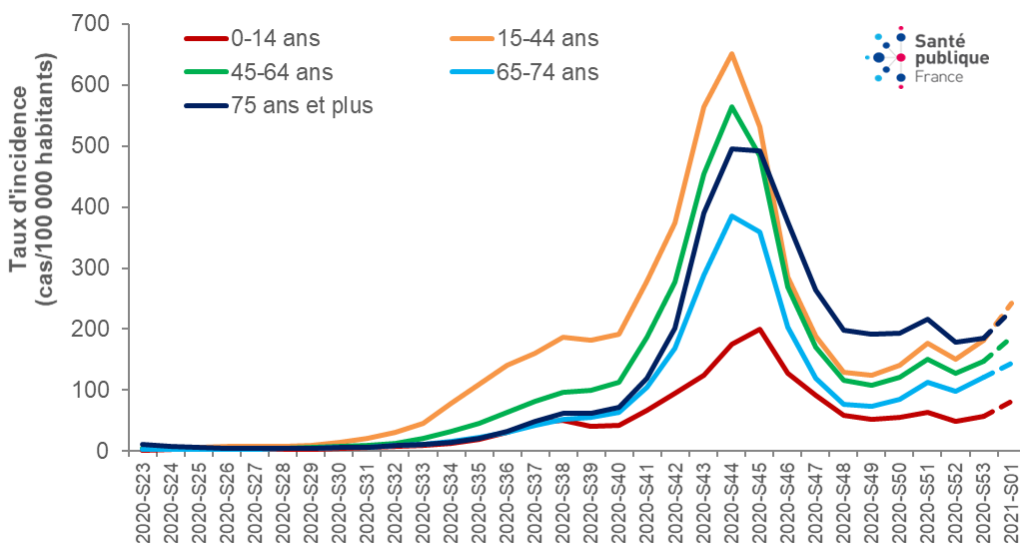
- La proportion des tests effectués en S01 et intégrés dans la base SI-DEP de Santé publique France le jour même ou le lendemain du prélèvement était de 94%, en légère diminution par rapport à la semaine précédente (97% en S53).

Analyse par classes d'âge

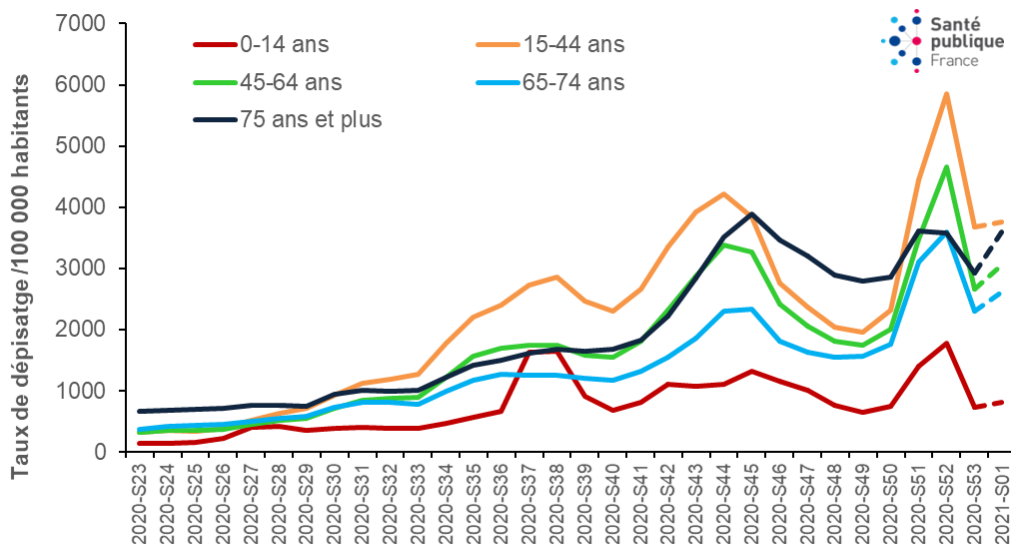
- En semaine 01, au niveau national, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 83 chez les 0-14 ans, 243 chez les 15-44 ans, 187 chez les 45-64 ans, 144 chez les 65-74 ans et 230 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).
- En semaine 01, le **taux d'incidence a augmenté par rapport à la S53 dans toutes les classes d'âge**. La hausse la plus marquée était observée chez les **0-14 ans (+46%)** suivis par les **15-44 ans (+33%)**, les 45-64 ans (+27%), les 75 ans et plus (+24%) et les 65-74 ans et plus (+20%) (Figure 7a). Parmi les plus jeunes, les taux d'incidence suivaient la même dynamique avec +47% chez les 0-9 ans, +46% chez les 10-19 ans et +36% chez 20-29 ans.
- En semaine 01, par rapport à la S53, le **taux de dépistage** était **en augmentation dans toutes les classes d'âge**. L'augmentation la plus marquée était chez les 75 ans et plus (+23%) suivis par les 45-64 ans (+15%), les 65-74 ans (+14%), les 0-14 ans (+12%) et les 15-44ans (+2%) (Figure 7b).
- En semaine 01, le **taux de positivité** des personnes testées était en hausse par rapport à la S53 dans toutes les classes d'âge : chez les 0-14 ans (+2,4 points), les 15-44 ans (+1,5 point), les 45-64 ans (+0,6 point), les 65-74 ans (+0,3 point) et les 75 ans et plus (+0,1 point) (Figure 7c).

Figure 7. Évolution des taux d'incidence (7a), de dépistage (7b) et de positivité (7c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (données au 13 janvier 2021)

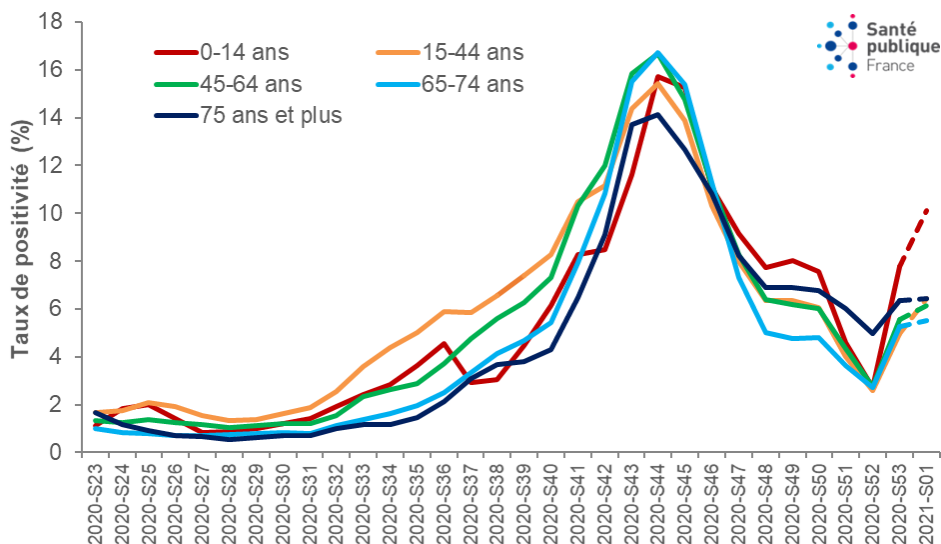
7a



7b



7c



Semaine 01 : données non consolidées
Source : SI-DEP

Dépistage selon la présence de symptômes

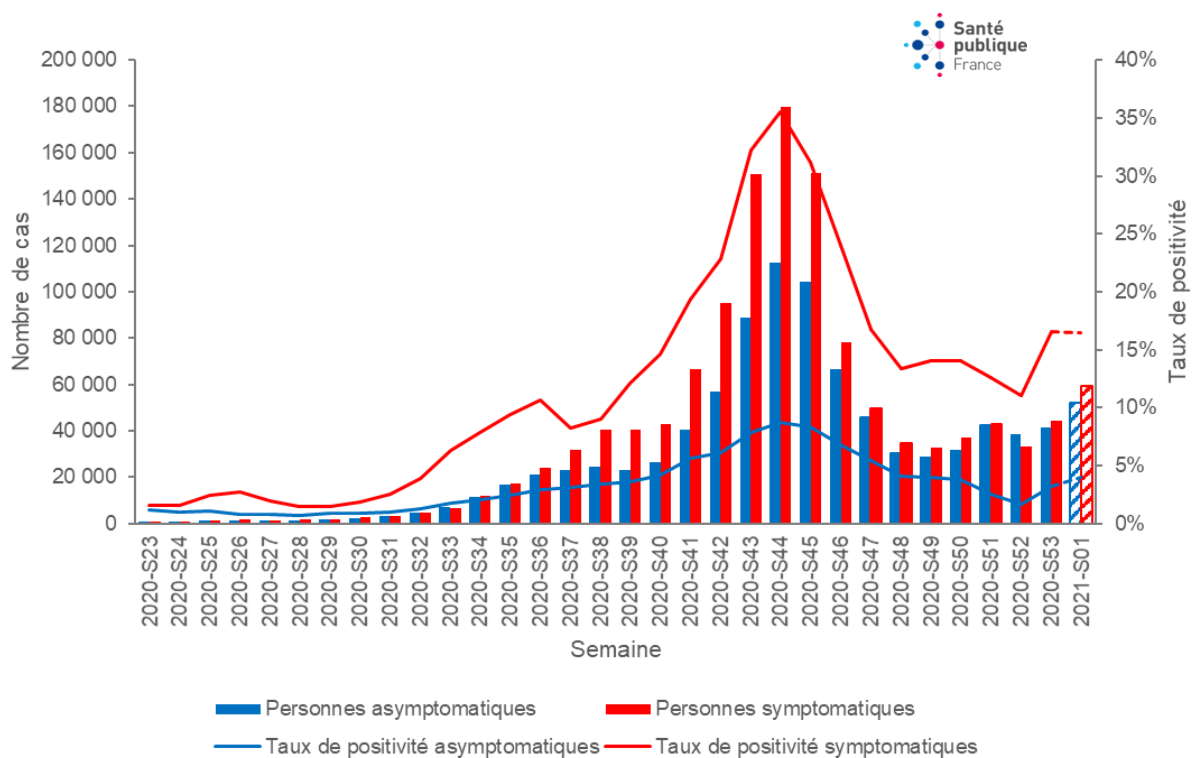
- **Parmi l'ensemble des personnes testées en S01** (quel que soit le résultat du test), 78% se déclaraient sans symptôme, proportion en diminution par rapport à la S53 (83%). Le nombre de personnes testées asymptomatiques était quasi-stable en S01 par rapport à la S53 (1 312 118 en S01 vs 1 302 229 en S53, soit +0,8%) et le nombre de personnes symptomatiques était en augmentation en S01 (360 888 en S01 vs 268 980 en S53, soit +34%).

- **En S01, 53% des cas présentaient des symptômes** (données disponibles pour 111 662 cas). Cette proportion est stable par rapport à la S53, où elle était de 52% (Figure 8).

- En S01, par rapport à la S53, **une augmentation du nombre de cas était observée chez les personnes testées symptomatiques** (59 504 vs 44 582 en S53, soit +33%) **et chez les personnes testées asymptomatiques** (52 158 vs 41 657 en S53, soit +25%) (Figure 8).

- **En S01, le taux de positivité était de 16,5% chez les personnes symptomatiques, stable par rapport à la S53 (16,6%).** Il était de 4,0% chez les asymptomatiques (vs 3,2% en S53) (Figure 8).

Figure 8. Évolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes (2 253 639 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (données au 13 janvier 2021)



Semaine 01 : 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**, 123 896 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 01, en hausse par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S53 avec 95 439 nouveaux cas, +30%). **Le taux de positivité** était de 6,5% en S01, en hausse par rapport à la S53 (5,5% en S53, soit +1,1 point). **Le taux d'incidence** des cas confirmés a **augmenté** en S01 avec **191 cas/100 000 habitants** (vs 147 en S53, +30%). **Le taux de dépistage** était de **2 939/100 000 habitants** en S01, en hausse par rapport à la semaine précédente (2 694 en S53, +9%).

- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés **était, en semaine 01, au-dessus du seuil de 100/100 000 habitants dans 88 départements métropolitains (72 départements en S53)**. Les départements présentant les taux d'incidence (/100 000 habitants) les plus élevés étaient les Alpes-Maritimes (458), le Jura (362), le Territoire de Belfort (340), le Doubs (336), la Haute-Marne (331), et la Haute-Saône (307), avec des taux en hausse par rapport à la S53 (Figure 9a).

- **Le taux de positivité** était supérieur à 10% dans quatre départements en S01 (cinq en S53). Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés dans la Haute-Loire (10,9%), le Doubs (10,6%), le Cher (10,3%), le Jura (10,1%) et la Drôme (9,9%) (Figure 9b).

- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage (/100 000 habitants)** en S01 étaient les Alpes-Maritimes (4 949), Paris (4 432), les Bouches du Rhône (4 337), la Corse du Sud (4 022), le Var (3 898), et les Ardennes (3 801) (Figure 9c).

En outre-mer

- **En Guadeloupe**, les indicateurs SI-DEP étaient en **hausse** en semaine 01, avec un taux d'incidence de 31/100 000 habitants (27 en S53) et le taux de positivité était de 3,2% (2,1% en S53).

- **En Martinique**, les indicateurs étaient **stables** en S01 : taux d'incidence de 22/100 000 habitants (25 en S53) et taux de positivité de 1,8% (1,8% en S53).

- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient en **hausse** en S01, avec un taux d'incidence de 125/100 000 habitants (62 en S53) et un taux de positivité de 6,6% (3,6% en S53).

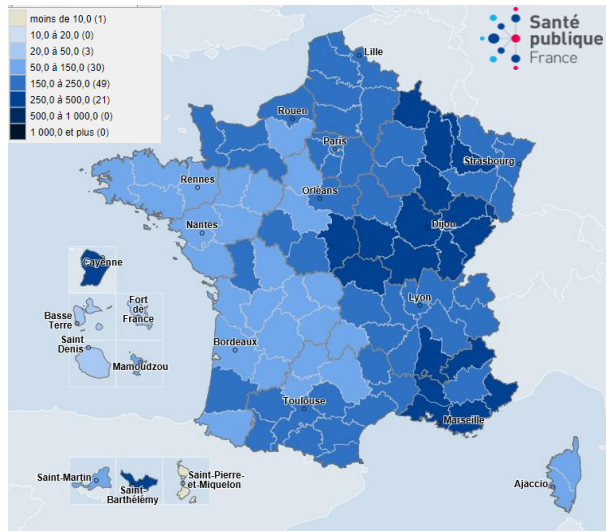
- **En Guyane**, les indicateurs étaient en **hausse** en S01 : le taux d'incidence était de 291/100 000 habitants (181 en S53) et le taux de positivité de 11,3% (9,1% en S53).

- **À Mayotte**, le taux d'incidence était en **hausse** en S01 (88/100 000 habitants vs 62 en S53) et le taux de positivité était stable (10,8% vs 10,7% en S53).

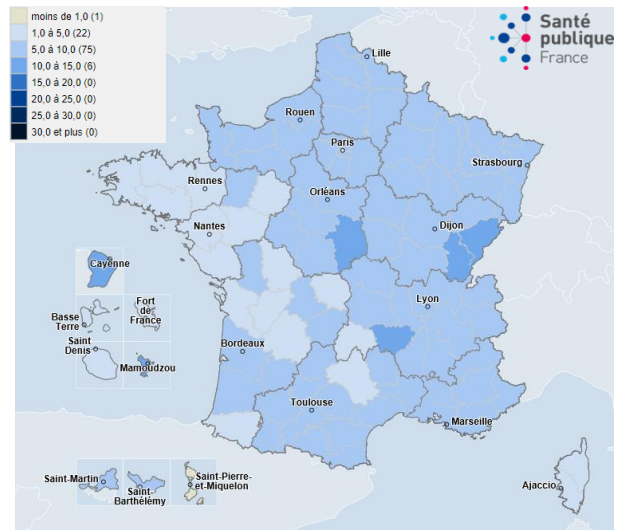
- **À La Réunion**, en S01, le taux d'incidence était en **hausse** (32/100 000 habitants vs 24 en S53) et le taux de positivité était relativement stable à 2,0% (2,2% en S53).

Figure 9. Taux d'incidence (/100 000 habitants) (9a), de positivité (9b) et de dépistage (nombre de tests/100 000 habitants) (9c) pour le SARS-CoV-2 du 04 au 10 janvier 2021, par département, France (données au 13 janvier 2021)

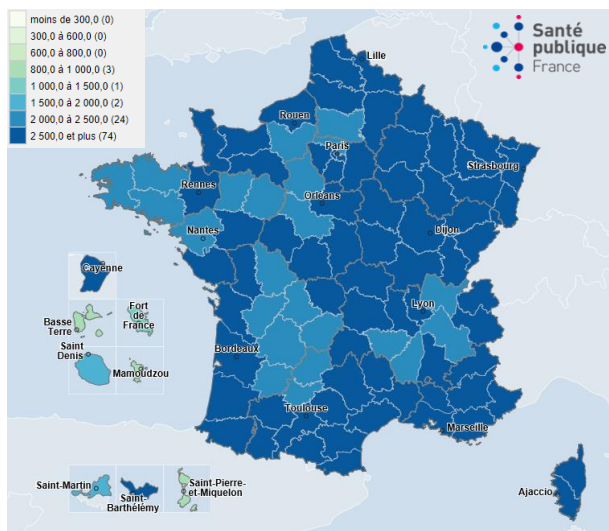
9a



9b



9c



Source : SI-DEP

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

► Point de situation des cas de variants émergents

Les cas confirmés d'infections dues aux variants émergents du SARS-CoV-2 sont recensés par le Centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires sur la base des prélèvements envoyés par les laboratoires de biologie médicale, publics ou privés, qui sont alors séquencés au CNR, et des résultats de séquençages parfois réalisés par certains laboratoires et qui leur sont communiqués.

Le recours au CNR pour cette surveillance des variants émergents suit les recommandations de la [conduite à tenir pour la détection et l'investigation des cas suspects ou confirmés de variants](#) mise à jour le 08/01/2021 par Santé publique France et le CNR, et diffusée par le ministère chargé de la Santé. Chacun de ces cas fait l'objet d'une information de l'Agence régionale de santé concernée, avec mise en place des mesures de contact-tracing et de prévention habituelles.

● **Au 13 janvier 2021**, 69 cas d'infection à des variants émergents étaient recensés en France : **66 cas du variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni)** et **3 cas du variant 501Y.V2 (Afrique du Sud)**. Ces cas correspondent à des patients prélevés entre le 13 décembre 2020 et le 04 janvier 2021 (Tableau 1). Ce décompte n'inclut pas les éventuels cas secondaires, voire tertiaires, recensés lors des investigations et qui n'auraient pas fait l'objet d'un séquençage.

● Ces cas ont été recensés dans différentes régions de France métropolitaine : un ou plusieurs cas confirmés du variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni) dans 11 régions (Figure 10) et du variant 501Y.V2 (Afrique du Sud) dans 2 régions (Grand Est et Provence-Alpes-Côte d'Azur). Aucun n'a été rapporté en Outre-mer.

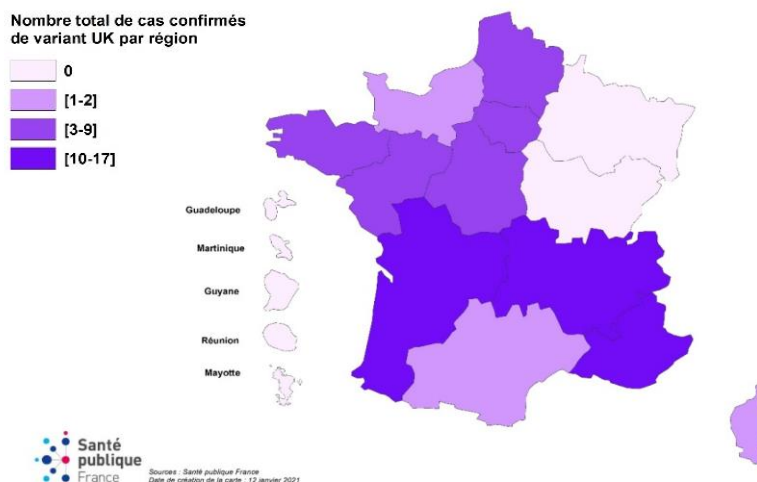
Tableau 1. Nombre incident de cas d'infection de COVID-19 variants émergents, par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France de S50-2020 à S01-2021, France (données au 13 janvier 2021)

	Cas confirmés de variants émergents	dont variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni)	dont variant 501_V2 (Afrique du Sud)
NA*	9	9	0
S50	1	1	0
S51	3	2	1
S52	26	24	2
S53**	29	29	0
S01**	1	1	0
Total	69	66	3

*Cas en cours d'investigation pour lesquels la date de prélèvement n'est pas renseignée.

**Les données des semaines 53 et 01 ne sont pas consolidées.

Figure 10. Répartition des cas d'infection de COVID-19 variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni), par région*, rapportés à Santé publique France jusqu'au 13 janvier 2021 inclus, France



*Région de résidence ou, à défaut, région où le test RT-PCR a été effectué ou, à défaut, région où le test RT-PCR a été séquencé.

- En semaine 52, 110 séquençages ont été réalisés par le CNR. Les données de la semaine 53 (146 séquençages) et de la semaine 01 ne sont pas consolidées (Tableau 2).

Tableau 2. Nombre de virus séquencés par le CNR, par motif de séquençage, par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France de S50-2020 à S01-2021, France (n=399, données au 13 janvier 2021)

	Nombre de virus séquencés selon le motif de séquençage				
	Nombre total de virus séquencés par le CNR	Cas en provenance du Royaume-Uni ou contact d'un cas en provenance du Royaume-Uni	Cas en provenance d'Afrique du Sud ou contact d'un cas en provenance d'Afrique du Sud	Cas dont le résultat du test RT-PCR est discordant (cible S non détectée), en provenance ou non du Royaume-Uni	Surveillance habituelle
S50	62			1	61
S51	79			2	77
S52	110	20	2	37	51
S53*	146	36	1	42	67
S01*	2				2

**Les données des semaines 53 et 01 ne sont pas consolidées.*

- En semaine 01, 51 cas confirmés de COVID-19 mentionnaient le Royaume-Uni comme pays de provenance, et 6 cas confirmés mentionnaient l'Afrique du Sud (Tableau 3).

À noter que les cas confirmés en provenance du Royaume-Uni ou d'Afrique du Sud n'ont pas tous fait l'objet d'une demande de séquençage pour identification du variant. Des précisions seront apportées ultérieurement.

Tableau 3. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement) selon le pays de provenance, rapportés à Santé publique France de S51-2020 à S01-2021, France (données au 13 janvier 2021)

	Cas confirmés en provenance du Royaume-Uni	Cas confirmés en provenance d'Afrique du Sud
S51	9	0
S52	44	3
S53	42	1
S01*	51	6

**Les données de la semaine 01 ne sont pas consolidées.
Source : SI-DEP*

PRÉSENCE DU VARIANT VOC 202012/01 (ROYAUME-UNI) EN FRANCE - Résultats préliminaires de l'enquête Flash CNR Virus des infections respiratoires / Santé publique France des 07 et 08 janvier 2021

Afin d'établir une première cartographie du degré de diffusion du variant VOC 202012/01 en France, une première enquête Flash a été proposée à tous les laboratoires de biologie médicale (LBM) publics et privés par le CNR Virus des infections respiratoires (Laboratoire associé de Lyon, Pr Bruno Lina) et Santé publique France. L'objectif de cette enquête, conduite les 07 et 08 janvier 2021 en collaboration avec un réseau de virologues hospitaliers coordonné par l'ANRS Maladies Infectieuses Émergentes, était d'identifier, parmi les prélèvements avec résultat de RT-PCR COVID-19 positif, d'éventuels cas d'infection au variant VOC 202012/01 du SARS-CoV-2.

Cette recherche reposait sur une approche en deux étapes appliquée aux prélèvements pour RT-PCR COVID-19 traités lors de ces deux journées par les LBM participants. Dans un premier temps, l'utilisation d'un kit RT-PCR commercialisé par la société Thermo Fisher Scientific (TaqPath™ COVID-19 CE-IVD RT-PCR Kit) telle que décrite par le laboratoire associé au CNR Virus des infections respiratoires [1]. En effet, le variant VOC202012/01 porte plusieurs mutations dont huit sont localisées dans le gène S : la mutation del21765-21770 provoque la perte du signal pour l'une des trois cibles détectables par le kit Thermo Fisher Scientific, générant des résultats de RT-PCR dits « discordants ». Dans un second temps et afin de confirmer ces suspicions, les échantillons avec résultat discordant étaient analysés par séquençage pour confirmation.

Nous présentons ici les résultats préliminaires de la première étape (identification d'échantillons avec un résultat discordant), la consolidation des données de cette enquête n'étant pas terminée et les activités de séquençage étant toujours en cours.

Les principaux résultats, en termes de participation des laboratoires et de nombre de prélèvements inclus, figurent au Tableau 4. À cette enquête ont participé **89 laboratoires répartis sur les 13 régions de France métropolitaine**, représentant 19% de l'activité de RT-PCR COVID-19 lors de ces deux journées, ou encore **25% des RT-PCR rendues positives au niveau national**.

Tableau 4. Résultats préliminaires à l'échelle nationale, Enquête Flash, 07-08 janvier 2021, France métropolitaine

Nombre de laboratoires participants	89
Nombre de prélèvements RT-PCR inclus	97 664
Nombre de prélèvements avec un résultat RT-PCR positif	7 465
Nombre de résultats discordants	281

La proportion de résultats de RT-PCR discordants, rapportée au total des RT-PCR positives, est de 3,8%. Par ailleurs les données actuelles du CNR, dans le cadre de la surveillance des variants sur le territoire français, ont montré que 38% des résultats discordants étaient ensuite confirmés par séquençage. Sur la base de ces données, il est ainsi possible d'estimer que **le variant VOC 202012/01 serait responsable de 1 à 2% des cas de COVID-19 actuellement diagnostiqués en France**.

[1] Bal A et al. Two-step strategy for the identification of SARS-CoV-2 variant of concern 202012/01 and other variants with spike deletion H69-V70, France, August to December 2020. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.11.10.20228528v3> [Preprint]

La proportion de résultats de RT-PCR discordants varie par ailleurs d'une région à l'autre, suggérant une **présence hétérogène du variant VOC 202012/01 sur le territoire** (Tableau 5). La participation variable, et parfois faible, des LBM selon les régions incite toutefois à la prudence dans ces comparaisons géographiques, ce d'autant que les analyses sont à ce stade basées sur la région du laboratoire préleveur et que l'indication des prélèvements traités par ces LBM (appartenance éventuelle à un cluster ou autre chaîne de transmission, antécédent de voyage) n'est pas connue.

Tableau 5. Proportion de résultats de RT-PCR discordants, par région du laboratoire préleveur, Enquête Flash, 07-08 janvier 2021, France métropolitaine

Région du laboratoire préleveur	RT-PCR discordantes (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	3,2
Bourgogne-Franche Comté	11,1 *
Bretagne	0,9
Corse	0,0 *
Centre-Val de Loire	4,1
Grand Est	0,0
Hauts de France	1,9
Île-de-France	5,7
Nouvelle Aquitaine	0,0 *
Normandie	0,0 *
Occitanie	2,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4,6
Pays de la Loire	6,4 *
France (non attribuable) **	0,9
Total France métropolitaine	3,8

* Résultats à interpréter avec prudence car participation des LBM plus faible et <100 RT-PCR positives au total

** Résultats issus de plusieurs laboratoires spécialisés traitant des prélèvements issus de tout le territoire

Cette enquête sera répétée à intervalles réguliers et les résultats de cette première édition doivent encore être consolidés : ils seront communiqués dès que l'ensemble des données et résultats de séquençage seront disponibles.

Santé publique France remercie l'ensemble des laboratoires de biologie médicale participants, dont la mobilisation forte et rapide a permis d'établir ce premier état des lieux.

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.

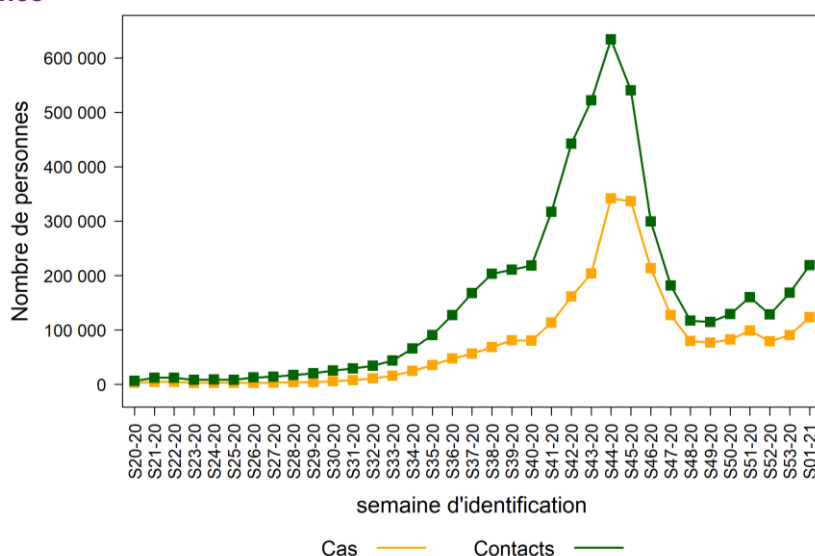
L'année de naissance des personnes (cas et contacts) enregistrées dans la base ContactCovid est transmise à Santé publique France depuis le 22 octobre 2020, avec des données rétrospectives jusqu'au mois de juillet 2020.

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

● Au cours de la première semaine de 2021, le nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque a fortement augmenté : 123 230* nouveaux cas confirmés (vs 90 922 en S53-2020, soit +36%) et 219 033 nouvelles personnes-contacts à risque (vs 168 154 en S53-2020, soit +30%) (Figure 11).

● En semaine 01, le **pourcentage de nouveaux cas diagnostiqués par un test antigénique (29%) était en légère baisse**, après une hausse observée en semaines 52 et 53 (respectivement 33% et 32%). Au niveau régional, la majorité des cas diagnostiqués par un test antigénique l'était en Île-de-France (27% du total national), Provence-Alpes-Côte d'Azur (14%) et Auvergne-Rhône Alpes (13%). La plupart des régions ont réalisé plus de RT-PCR que de tests antigéniques, mais ces derniers ont représenté 63% des diagnostics confirmés à Mayotte, 43% en Île-de-France et 34% en Provence-Alpes-Côte d'Azur durant cette semaine.

Figure 11. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai 2020 au 10 janvier 2021, 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 43/2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique.

Source : ContactCovid – Cnam

● En semaine 01, l'âge moyen était stable chez les cas (44 ans, cette valeur variant entre 44 et 46 ans depuis S46) et chez les personnes-contacts (36 ans contre 37 ans en S53). Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus (9,3%) a diminué, après avoir augmenté depuis la S46 (10,5% en S53 ; 9,5% en S52 ; 8,3% en S51).

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

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

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

- En semaine 01-2021, la proportion de cas et de personnes-contacts à risque ayant pu être investigués par l'Assurance maladie était stable (93% pour les cas et 96% pour les personnes-contacts).

- En S01, la proportion des cas investigués était la plus basse en Guadeloupe (77%), à La Réunion (84%) et en Île-de-France (86%).

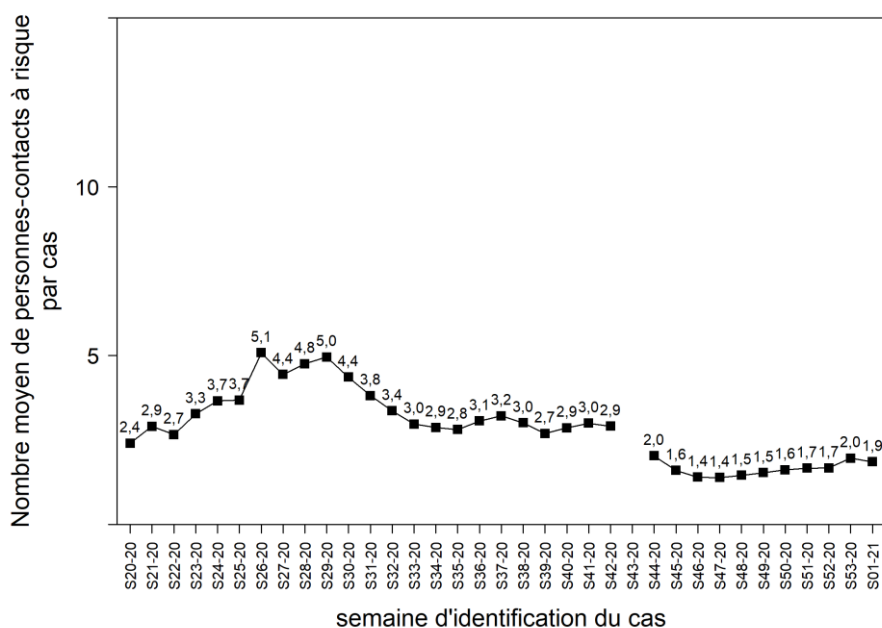
- En S01, la proportion des personnes-contacts à risque investiguées était supérieure à 91% dans toutes les régions.

- À l'échelle nationale, la proportion de cas ayant pu être investigués était légèrement plus importante chez ceux âgés de moins de 65 ans (94%) que ceux âgés de 65 ans et plus (89%).

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas est stable à 1,9 personnes-contacts à risque par cas en S01 (2,0 en S53 contre 1,7 en S52) (Figure 12). La proportion de cas ne rapportant aucune personne-contact à risque (50% en S01) a diminué après une hausse à la fin de l'année 2020 (53% en S53 ; 51% en S52 ; 49% en S51).

Figure 12. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine, du 13 mai 2020 au 10 janvier 2021, France



Note : indicateur non estimable pour la semaine 43/2020

Source : ContactCovid – Cnam

► Caractéristiques des contacts à risque en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts

- Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas restait le plus faible chez les cas âgés de 75 ans et plus (0,6 personne-contact à risque par cas en S01, contre 0,7 en S53) et le plus élevé chez les cas âgés de 15 à 44 ans (2,4 personnes-contacts à risque par cas en S01, contre 2,6 en S53).

- En semaine 01, les cas de moins de 65 ans avaient 7% de personnes-contacts à risque de 65 ans et plus, en légère diminution après une hausse en S53 (9% en S53 contre 7% en S52) (Figure 13). Parmi les personnes-contacts des cas de 65 ans et plus, 33% avaient également plus de 65 ans, en augmentation par rapport à la S53 (+24%).

- Entre les semaines 53-2020 et 01-2021, le nombre absolu de contacts à risque entre personnes âgées de 10 à 19 ans a augmenté (Figure 14). En parallèle, le nombre de contacts à risque entre personnes âgées de moins de 60 ans et personnes âgées de plus de 60 ans a diminué mais reste toujours plus élevé qu'au cours des semaines précédant les fêtes de fin d'année, notamment en cours de confinement (Figure 14). On observe également cette baisse pour les contacts à risque entre personnes de 20-39 ans et de 50-69 ans.

Figure 13. Proportion de contacts de 65 ans et plus, suivant l'âge du cas index, du 13 mai 2020 au 10 janvier 2021, France

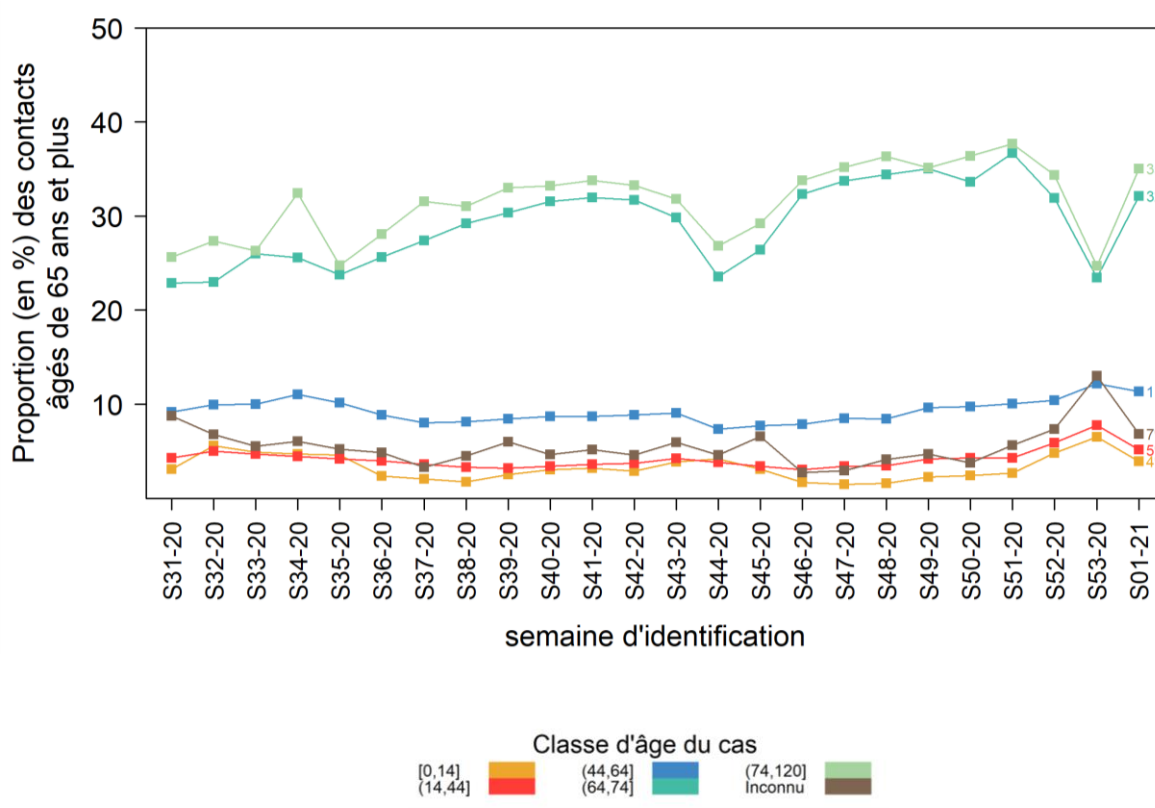
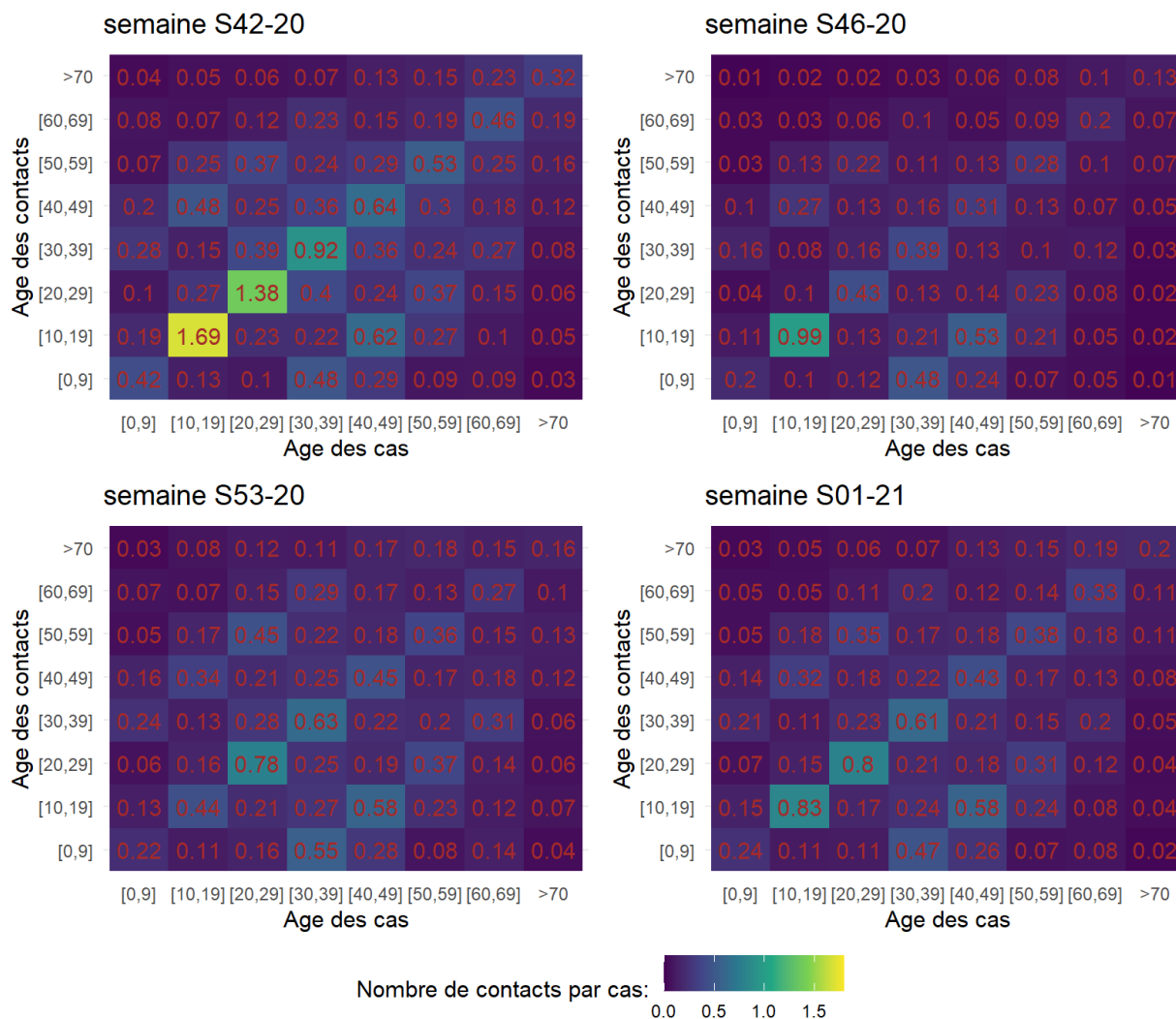


Figure 14. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts pour les semaines 42-2020 (semaine de début du couvre-feu dans certains territoires), 46-2020 (confinement), 53-2020 et 01-2021 (fêtes de fin d'année), France



Note de lecture. Cette figure représente, pour une semaine donnée, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts. Cette figure est un proxy du rapprochement et de la fréquentation entre classes d'âge, présentée pour des semaines clés dans l'évolution de l'épidémie : vacances estivales, rentrée scolaire, situation au début des couvre-feux, etc. La couleur des cases s'échelonne de violet sombre (faible interaction) à jaune (forte interaction). Par exemple, les cas identifiés en semaine 53, âgés de 20 à 29 ans, avaient en moyenne 0,21 personne-contact à risque âgée de 40 à 49 ans, et 0,78 personne-contact à risque âgée de 20 à 29 ans. L'interaction sans mesures barrières des 20-29 ans est donc plus faible avec les 40-49 ans qu'avec les 20-29 ans.

Valeurs calculées quand au moins 30 cas avec l'information.

Source : ContactCovid – Cnam.

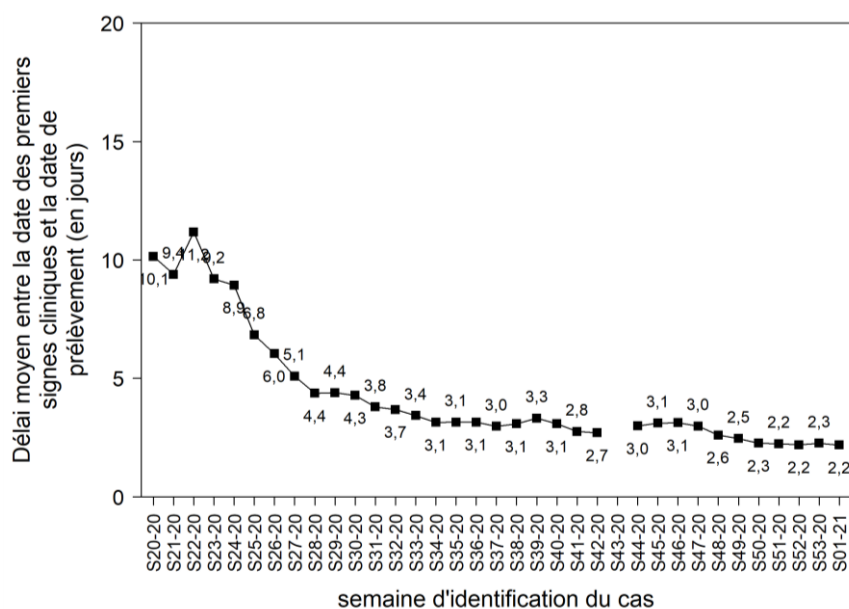
► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En semaine 01, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour diagnostic par RT-PCR ou tests antigéniques renseignés (soit 52% des cas), **le délai moyen de diagnostic était stable (2,2 jours)** (Figure 15). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

- En S01, les délais de diagnostic pour les régions ultra-marines restaient supérieurs à la métropole, notamment en Martinique (4,2 jours). Ils s'étaient néanmoins raccourcis en Guadeloupe (2,6 jours en S01-2021 vs 2,9 jours en S53-2020) et à La Réunion (2,5 jours en S01-2021 vs 2,9 jours en S53-2020). Le faible nombre de cas dans les départements d'outre-mer rend cependant cet indicateur très volatile et sujet à des variations individuelles importantes.

- Le délai de diagnostic moyen était en légère diminution pour les cas diagnostiqués par tests RT-PCR (2,2 jours, contre 2,4 jours en S53-2020), se rapprochant du délai de 2,1 jours (similaire à la semaine précédente) observé pour les tests antigéniques.

Figure 15. 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 2020 au 10 janvier 2021, France



Note : le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et de prélèvement renseignées. En semaine 01, cela représente 52% 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 43/2020.

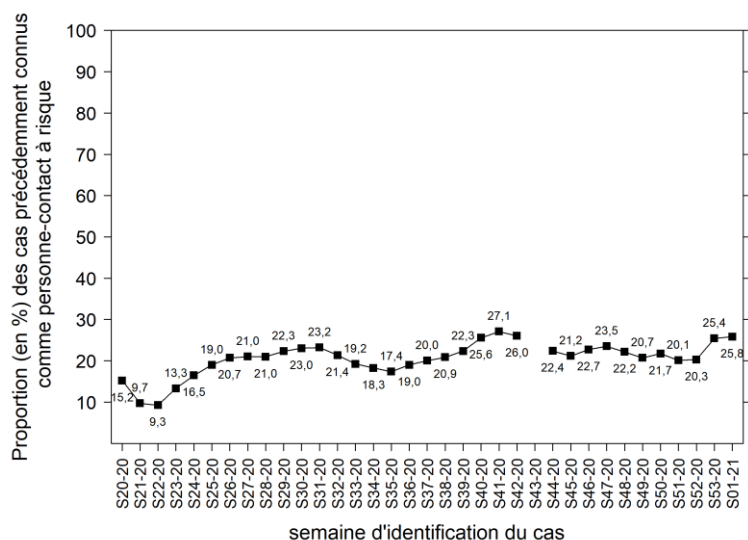
Source : ContactCovid – Cnam

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

- La proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas était de **25,8%**, une valeur stable par rapport à la S53 (25,4%) et plus haute qu'en S52 (20,3%) (Figure 16). La proportion de cas précédemment connus comme personne-contact à risque était la plus faible en Guadeloupe (9,9%) et la plus haute dans la région Pays de la Loire (32,9%) (Figure 17).

- La proportion des personnes-contacts devenues cas était en augmentation, passant de 12,6% (semaine d'identification des personnes-contacts : S52) à 14,8% (S53).

Figure 16. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 10 janvier 2021, France

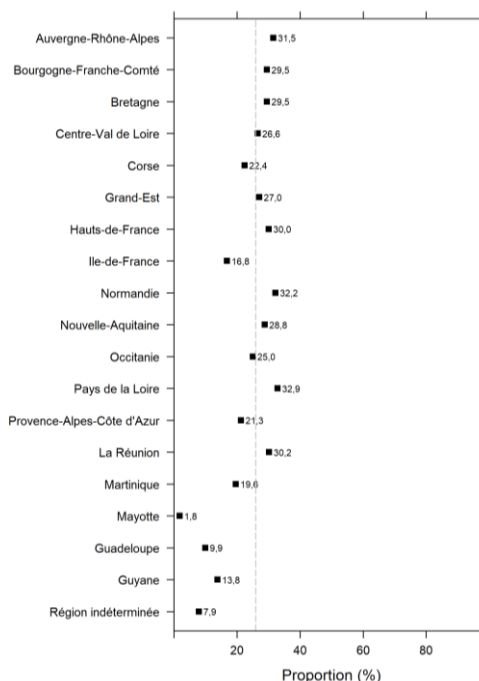


Note : les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un Point épidémiologique à l'autre.

Indicateur non estimable en semaine 43/2020.

Source : ContactCovid – Cnam

Figure 17. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque durant la semaine 01 (du 04 au 10 janvier 2021) 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

► Mobilité des cas et des personnes-contacts

- En S01, la proportion de nouveaux cas revenant d'un voyage (hors département ou pays de résidence) poursuivait son augmentation depuis la S51-2020: 4% en S01, 3% en S53, 2% en S52 et 1% en S51. En revanche, cette proportion est restée stable depuis la S51 pour les personnes-contacts (autour de 1%).

- En S01, la proportion de personnes-contacts qui n'appartenait pas au même foyer que le cas index a légèrement diminué par rapport à la S53 mais restait élevée, passant de 69% en S53 à 66% en S01 (contre 58% en S51 et S52).

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

► Données cumulées depuis début mars 2020

- Du 1^{er} mars 2020 au 10 janvier 2021, **23 414** 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 6).
- Il s'agissait de **14 521 (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD et autres EHPA) **et 8 893 (38%) dans les autres ESMS** (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 6).
- Parmi les **14 521 signalements en EHPA**, 11 857 (82%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 23 414 signalements en ESMS, **156 006 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents (Tableau 6). Parmi les **21 003 décès survenus dans les établissements**, 20 828 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 6. 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 2020 et le 10 janvier 2021, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	14 521	6 368	1 020	1 505	23 414
Cas confirmés ⁶	135 680	16 771	1 076	2 479	156 006
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	8 143	332	0	36	8 511
Décès ⁷ établissements	20 828	124	0	51	21 003
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	65 377	12 953	1 138	1 306	80 774

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

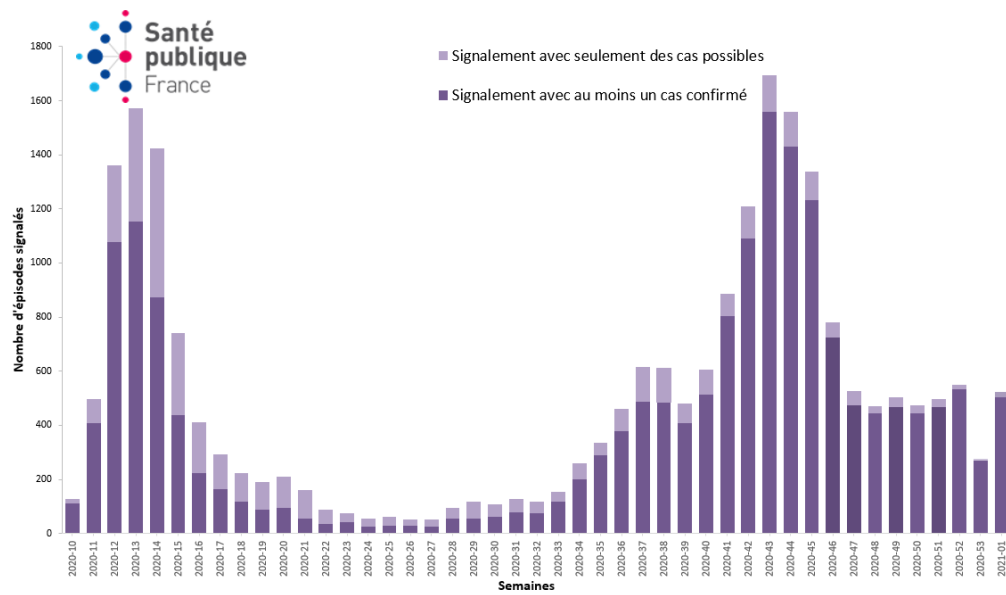
⁶Cas de COVID-19 biologiquement confirmé

⁷Cas possibles et confirmés décédés

► Données recueillies depuis début juillet 2020

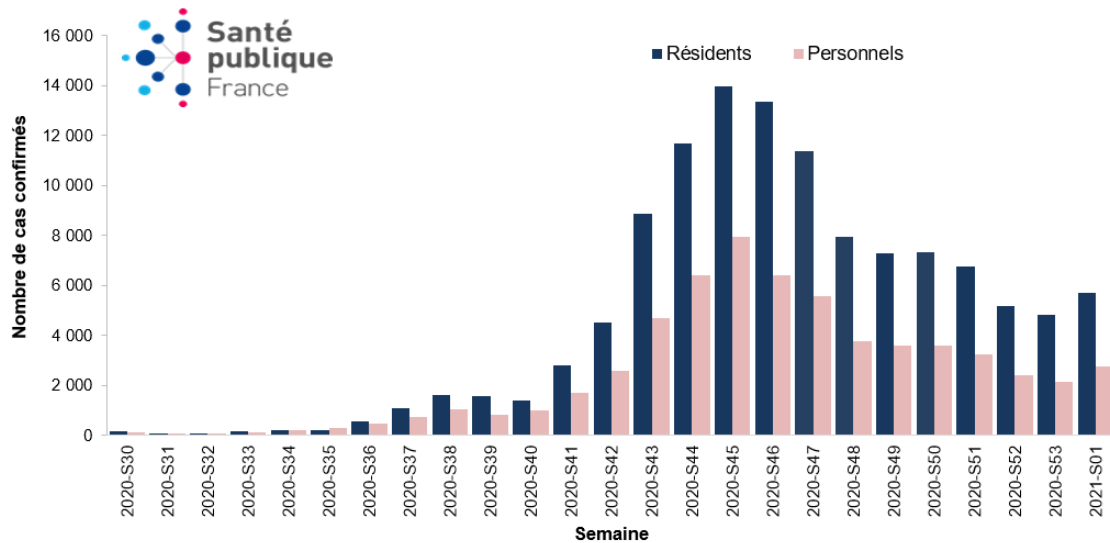
- Depuis début juillet 2020, **le nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS a augmenté**, pour atteindre un pic en S43 avec **1 693** signalements enregistrés (Figure 18). Le nombre de signalements a diminué entre les semaines 44 et 48, puis s'est stabilisé ensuite. Le nombre de signalements **a baissé** en S53 avec 276 signalements enregistrés vs 551 en S52, puis **a augmenté en semaine 01-2021** où **522** signalements ont été enregistrés. À noter que les données de la semaine 01-2021 sont encore provisoires.
- La proportion d'EHPA par région ayant signalé au moins un nouvel épisode en S01-2021 sur le territoire métropolitain est comprise entre 1% et 6%.
- Depuis le 20 juillet, parmi les 10 446 EHPA, 5 826 (56%) ont déclaré au moins un épisode. Parmi les 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 2 559 (29%) 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 S45 (21 936 cas), a diminué jusqu'en S49 (10 881 cas), puis s'est stabilisé. Une légère diminution du nombre de cas confirmés de COVID-19 est observée pour les semaines **52 et 53 (7 599 en S52 et 6 982 en S53)** (vs **10 024 en S51**). En semaine 01-2021, une légère augmentation de nombre de cas confirmés est constatée avec **8 431 cas confirmés enregistrés**. À noter que les données de la semaine 01-2021 doivent être consolidées (Figure 19).

Figure 18. 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 2020 et le 10 janvier 2021, France



* Semaine 01 : données non consolidées

Figure 19. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 10 janvier 2021, France

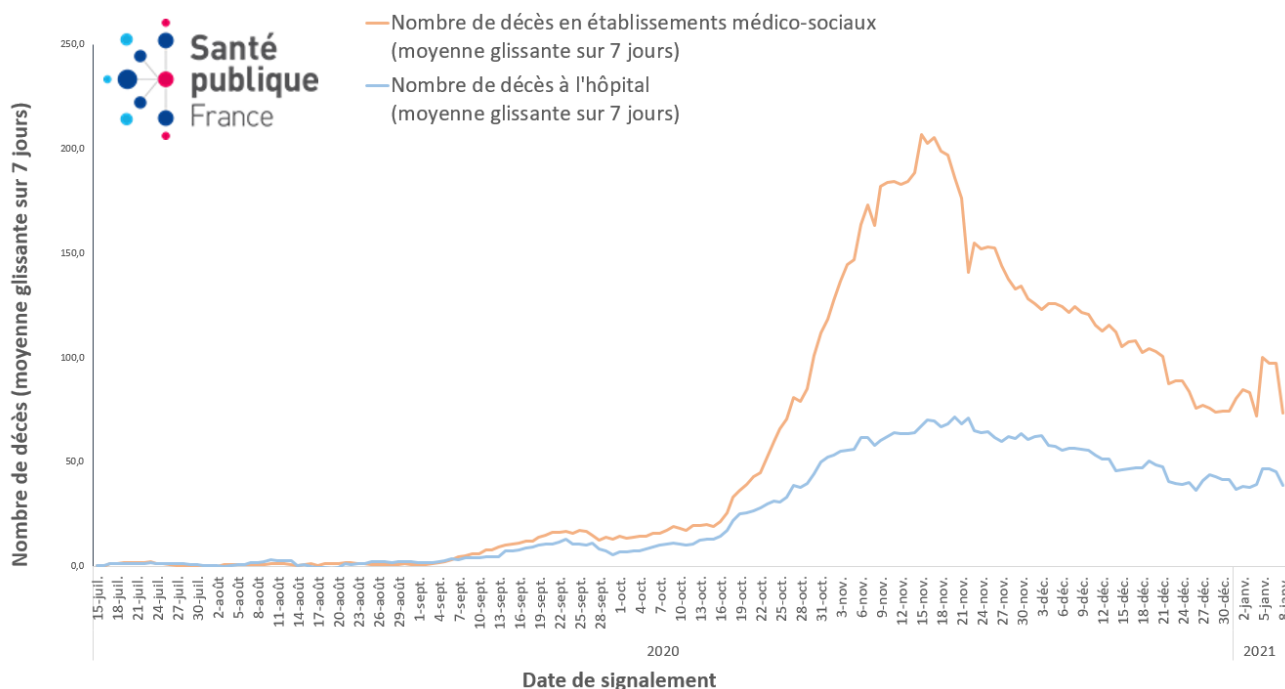


* Semaine 01 : données non consolidées

- 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 (S46 : 1 490 décès), puis a diminué jusqu'en semaine 48 et s'est stabilisé depuis.** En **semaine 01-2021, 405 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 reste stable **pour les décès en établissement et pour les décès à l'hôpital**, malgré **les fluctuations observées dues à un retard de saisie pendant les vacances de fin d'année** (Figure 20). La consolidation des données permettra de confirmer l'évolution observée.

Figure 20. 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 2020 et le 10 janvier 2021, France



*Dernières données de décès le 08 janvier 2021 pour l'estimation de la moyenne glissante sur 7 jours
Semaine 01 : données non consolidées*

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **327 079 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 12 janvier 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 01** (du 04 au 10 janvier 2021), semaine de rentrée scolaire, **5 543 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.

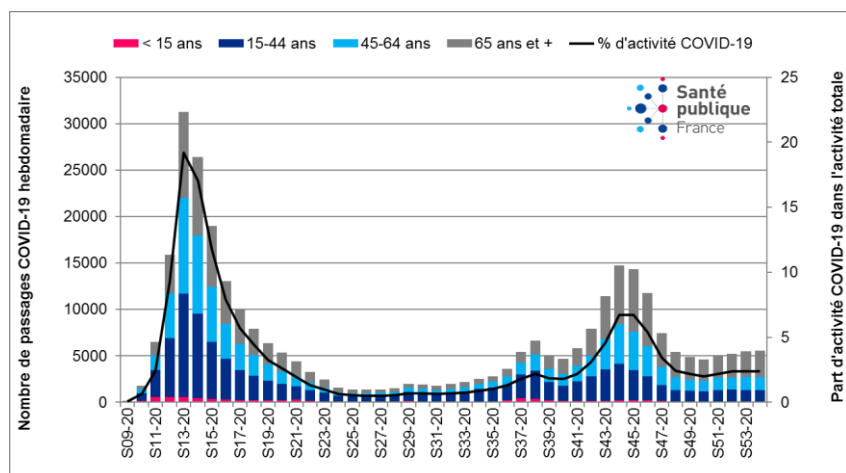
- Après 3 semaines de hausse, **le nombre de passages pour suspicion de COVID-19** tous âges se stabilise en S01 (+0,7% ; 5 543 en S01 vs 5 502 en S53). La part d'activité était stable à 2,4%. Les hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 étaient en légère hausse à 58% (vs 56% en S53).

- **En semaine 01**, les passages pour suspicion de COVID-19 tous âges étaient stables. On notait toutefois une hausse chez les enfants de **5-14 ans** (+43% soit +13 passages) et dans une moindre mesure chez les adultes de **45-64 ans** (+4% soit +58 passages) (Figure 21). La **répartition des passages par classe d'âges** était comparable à la semaine précédente : 0-4 ans : 1%, 5-14 ans : 1%, 15-44 ans : 21%, 45-64 ans : 25%, 65-74 ans : 16%, 75 ans et plus : 35%.

- **Au niveau régional**, les passages pour suspicion de COVID-19 étaient toujours en hausse dans 6 régions métropolitaines : **Nouvelle-Aquitaine** (+29% soit +92 passages), **Pays de la Loire** (+22% soit +42 passages), **Occitanie** (+12% soit +36 passages), **Normandie** (+11% soit +18 passages), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** et **Auvergne-Rhône-Alpes** (+6% soit +44 et +48 passages respectivement) ainsi qu'en **Guyane** (+72% soit +26 passages) et **Guadeloupe** (+100% soit +6 passages). Les passages étaient stables ou en baisse dans les autres régions.

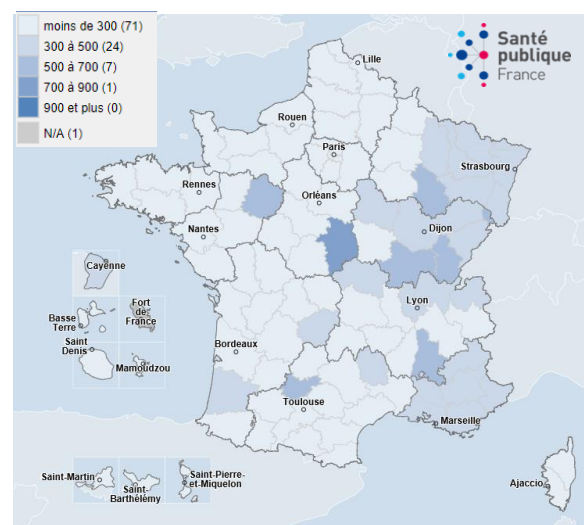
- En semaine 01, comme les précédentes semaines, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité des passages était enregistrée en Île-de-France (20%), Auvergne-Rhône-Alpes (18%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (17%), Grand Est (14%) et Bourgogne-Franche-Comté (10%).

Figure 21. 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 22. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 01-2021, 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 en **France métropolitaine est supérieure à 1 de façon significative dans les trois sources de données**. Ainsi, à partir à partir des données virologiques (tests PCR et tests antigéniques SI-DEP), l'estimation au 09 janvier est de **1,19** (IC95% [1,18-1,20]). À partir des **passages aux urgences (OSCOUR®)** pour suspicion de COVID-19, l'estimation du nombre de reproduction au 09 janvier est de **1,02** (IC95% [1,00-1,05]). À partir **des données d'hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC)**, l'estimation au 10 janvier est de **1,06** (IC95% [1,04-1,09]) (Figure 23).

- Au 09 janvier 2021, les estimations des **R -effectif à partir des données virologiques SI-DEP** sont significativement supérieures dans toutes les régions métropolitaines (Tableau 7).

- À partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)**, les estimations du nombre de reproduction au 09 janvier 2021 sont significativement supérieures à 1 dans **4 régions métropolitaines** : Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elles sont supérieures à 1 mais de façon non significative dans 3 autres régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Île-de-France et Pays de la Loire.

- À partir des **hospitalisations pour COVID-19** rapportées dans **SI-VIC**, les estimations du nombre de reproduction au 10 janvier sont significativement supérieures à 1 **dans 6 régions métropolitaines** : Centre-Val de Loire, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elles sont supérieures à 1 mais de façon non significative dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Bretagne.

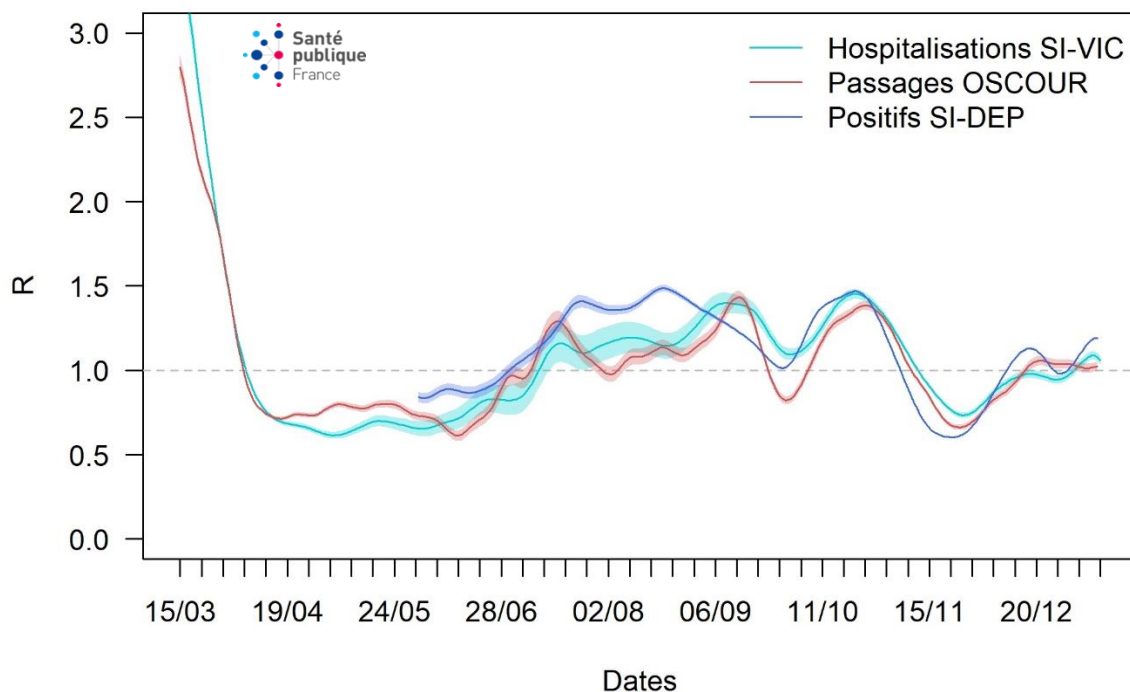
- À partir des trois sources de données, les estimations du nombre de reproduction sont significativement supérieures à 1 dans 4 régions : Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

- **En Outre-mer**, les estimations du nombre de reproduction au 09 janvier à partir des données virologiques SI-DEP sont significativement supérieures à 1 en Guadeloupe, Guyane, La Réunion et Mayotte, et sont supérieures à 1, mais de façon non significative, en Martinique. L'estimation du nombre de reproduction est supérieure à 1 significativement en Guyane à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®).

À partir des hospitalisations rapportées dans SI-VIC, les estimations du nombre de reproduction au 10 janvier sont également supérieures à 1, mais de façon non significative, en Guyane et à La Réunion.

[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 23. 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 09 janvier 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 7. Nombre de reproduction effectif du 09 janvier 2021 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 10 janvier à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) par région, France

Territoire	Régions	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1,16 (1,14-1,18)	1,04 (0,97-1,11)	1,02 (0,97-1,08)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,11 (1,09-1,14)	0,97 (0,88-1,05)	1,00 (0,92-1,08)
	Bretagne	1,34 (1,29-1,39)	0,93 (0,78-1,10)	1,10 (0,94-1,28)
	Centre-Val de Loire	1,24 (1,21-1,28)	0,98 (0,83-1,13)	1,15 (1,02-1,28)
	Corse	1,20 (1,07-1,35)	NC	0,91 (0,46-1,51)
	Grand Est	1,06 (1,04-1,07)	0,95 (0,88-1,02)	0,99 (0,93-1,05)
	Hauts-de-France	1,22 (1,20-1,24)	0,89 (0,79-0,98)	0,99 (0,92-1,07)
	Ile-de-France	1,22 (1,20-1,24)	1,00 (0,94-1,07)	0,96 (0,91-1,02)
	Normandie	1,26 (1,22-1,29)	1,16 (1,00-1,32)	1,26 (1,14-1,38)
	Nouvelle-Aquitaine	1,30 (1,28-1,33)	1,13 (1,02-1,25)	1,24 (1,13-1,36)
	Occitanie	1,29 (1,26-1,32)	1,12 (1,00-1,24)	1,26 (1,15-1,37)
	Pays de la Loire	1,13 (1,09-1,16)	1,14 (0,99-1,29)	1,13 (1,01-1,26)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,22 (1,20-1,24)	1,09 (1,02-1,17)	1,15 (1,07-1,22)
	France métropolitaine	1,19 (1,18-1,20)	1,02 (1,00-1,05)	1,06 (1,04-1,09)
France ultra-marine	Guadeloupe	1,25 (1,03-1,48)	NC	NC
	Guyane	1,45 (1,35-1,55)	1,54 (1,18-1,95)	1,16 (0,81-1,56)
	La Réunion	1,31 (1,17-1,47)	NC	1,40 (0,81-2,15)
	Martinique	1,03 (0,82-1,27)	NA	NC
	Mayotte	1,25 (1,09-1,41)	NC	NC

Note : Pour les territoires ultra-marins, les estimations à partir des données virologiques SI-DEP doivent être interprétées avec précaution, car elles peuvent être affectées par les déplacements entre ces territoires et la métropole pendant la 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

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, **1 963** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

• Parmi les **277 165 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 8) :
 – l'âge médian des patients est de 73 ans et 53% sont des hommes ;
 – **47 799** patients sont décédés : **74%** étaient âgés de 75 ans et plus et **58%** étaient des hommes ;
 – **204 390** patients sont retournés à domicile.

• Le **12 janvier 2021**, **24 737 cas de COVID-19** étaient hospitalisés en France, dont **2 688 en réanimation**.

Tableau 8. Nombre de personnes hospitalisées (dont en réanimation) pour COVID-19 le 12 janvier 2021 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 12 janvier 2021				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	24 737		2 688		204 390		47 799	
Classes d'âge *								
Total	24 515		2 660		202 818		47 533	
0-14 ans	51	<1	8	<1	2 507	1	4	<1
15-44 ans	804	3	101	4	25 684	13	356	1
45-64 ans	3 405	14	758	28	52 642	26	3 916	8
65-74 ans	5 094	21	1 084	41	39 887	20	7 861	17
75 et +	15 161	62	709	27	82 098	40	35 396	74
Régions *								
Total	24 703		2 678		204 359		47 773	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	3956	16	379	14	29671	15	7221	15
Bourgogne-Franche-Comté	1854	8	180	7	10608	5	2885	6
Bretagne	554	2	38	1	3549	2	775	2
Centre-Val de Loire	943	4	113	4	5846	3	1429	3
Corse	26	<1	12	<1	523	<1	116	<1
Grand Est	3062	12	314	12	22530	11	6440	13
Hauts-de-France	2298	9	249	9	18832	9	4754	10
Île-de-France	4728	19	558	21	56372	28	12598	26
Normandie	1273	5	99	4	6239	3	1636	3
Nouvelle-Aquitaine	1182	5	153	6	8355	4	1907	4
Occitanie	1327	5	174	6	10801	5	2285	5
Pays de la Loire	830	3	76	3	6571	3	1476	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2519	10	318	12	20009	10	3873	8
Outre-Mer								
La Réunion	49	<1	5	<1	729	<1	53	<1
Martinique	12	<1	2	<1	375	<1	44	<1
Mayotte	5	<1	0	<1	561	<1	43	<1
Guadeloupe	52	<1	4	<1	771	<1	168	<1
Guyane	33	<1	4	<1	2017	1	70	<1

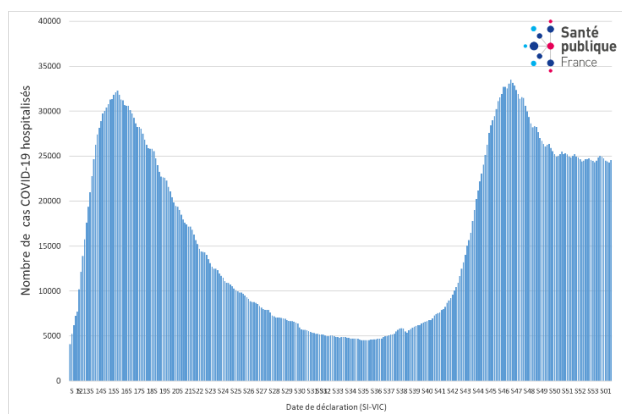
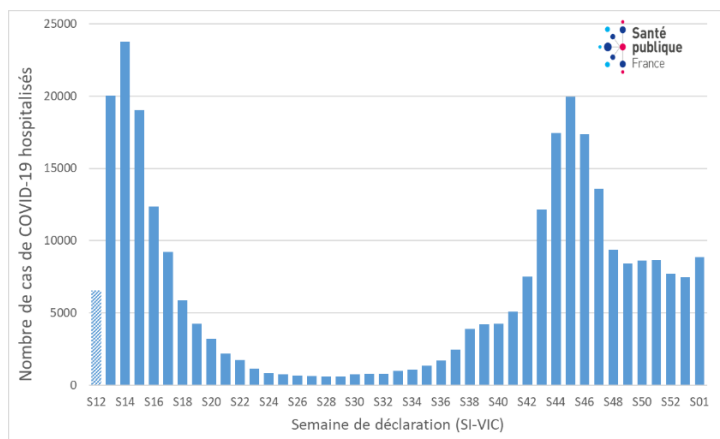
* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Source : SI-VIC

● Après une diminution en semaine 52, puis une stabilisation en semaine 53, le nombre de déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a augmenté entre les semaines 53 et 01** : 8 872 nouvelles hospitalisations ont été déclarées en S01 contre 7 460 en S53, soit +19% (Figure 24a). Le **taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19** était de **13,2/100 000 habitants** en S01 vs **11,1** en S53.

Figure 24a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 10 janvier 2021)

Figure 24b. Nombre de cas de COVID-19 en cours d'hospitalisation, par jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 10 janvier 2021)



S12/2020 : Données incomplètes car démarrage de SI-VIC en cours de semaine
Source : SI-VIC

Source : SI-VIC

● En semaine 01, le **taux hebdomadaire d'hospitalisations** était en hausse dans toutes les régions de France excepté en **Corse** (-17%).

● Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** en S01 ont été enregistrés en **Bourgogne-Franche-Comté** (25,5/100 000 habitants), **Grand Est** (21,7), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (21,0), **Auvergne-Rhône-Alpes** (17,1), **Normandie** (13,6), **Centre-Val de Loire** (13,1) **Hauts-de-France** (13,0) et **Île-de-France** (11,5). Les autres régions de France métropolitaine rapportaient des taux inférieurs à 9,0 pour 100 000 habitants (Figure 25).

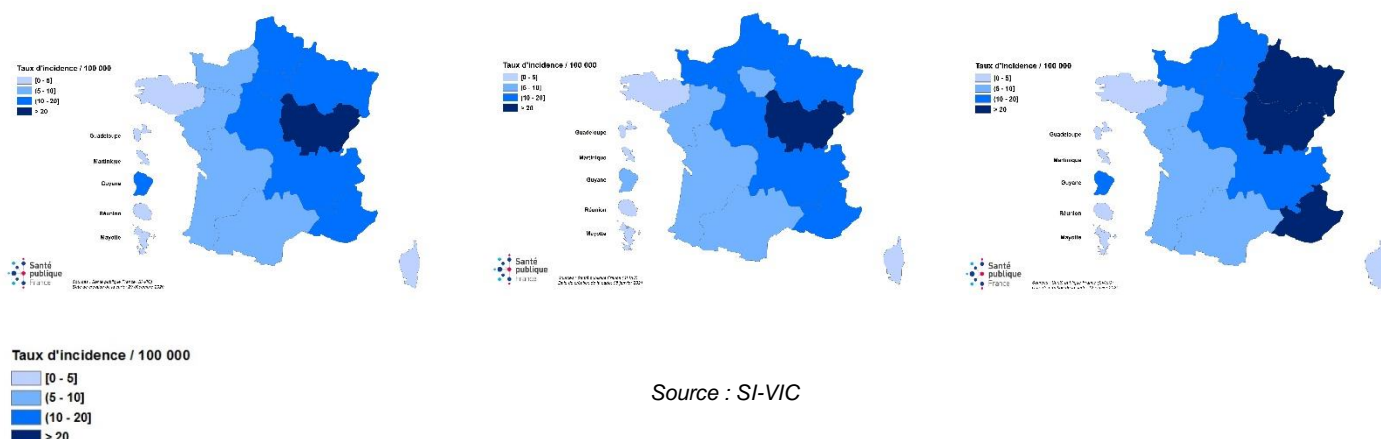
● Dans les **régions d'outre-mer**, en S01, le **plus fort taux d'hospitalisations** était observé en **Guyane** avec 11,4/100 000 habitants, en légère **augmentation** par rapport à la S53 (10,0, soit +4 hospitalisations). Une tendance à **l'augmentation** était observée à **La Réunion** (2,0 en S01 vs 0,8 en S53, soit +10 hospitalisations), **Martinique** (1,1 en S01 vs 0,6 en S53, soit +2 hospitalisations). Le taux d'hospitalisations se stabilisait en **Guadeloupe** (0,8 en S01 vs 0,5 en S53, soit +1 hospitalisation) et **diminuait** à **Mayotte** (2,9 en S01 vs 3,9 en S53, soit -3 hospitalisations).

Figure 25. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 21 décembre 2020 et le 10 janvier 2021 (S52 à S01), France

du 21 au 27 décembre 2020

du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021

du 04 au 10 janvier 2021



Source : SI-VIC

● Après s'être stabilisé entre les semaines 49 et 53, le nombre de **nouvelles admissions en réanimation a augmenté en semaine 01** : **1 375** nouvelles hospitalisations ont été déclarées en S01 contre 1 135 en S53, soit +21% (Figure 26a).

Le taux hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation était de 2,1/100 000 habitants en S01 vs 1,7 en S53.

Figure 26a. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 10 janvier 2021)

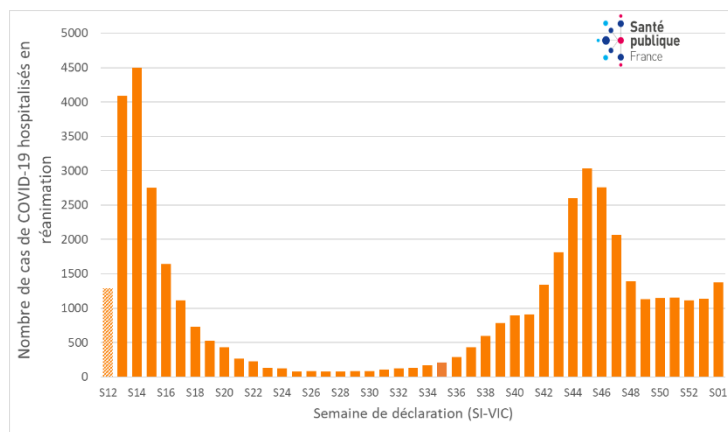
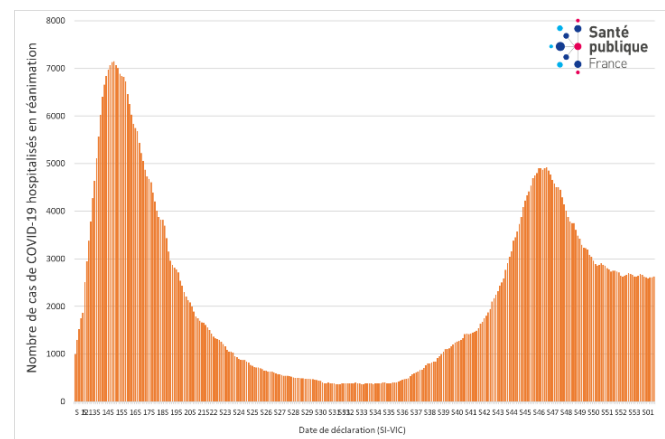


Figure 26b. Nombre de cas de COVID-19 en réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 10 janvier 2021)



S12/2020 : Données incomplètes car démarrage de SI-VIC en cours de semaine
Source : SI-VIC

Source : SI-VIC

● En semaine 01, le **taux hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation a augmenté** dans toutes les régions de France métropolitaine, excepté en **Grand Est (-8%)**, **Bourgogne-Franche-Comté (-7%)**, **Bretagne (-6%)** et **Centre-Val de Loire (-2%)** où il a diminué.

● Les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en réanimation** étaient rapportés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur (3,3/100 000 habitants)**, **Bourgogne-Franche-Comté (2,8)**, **Grand Est (2,7)**, **Auvergne-Rhône-Alpes (2,6)**, **Île-de-France (2,3)**, **Corse (2,3)** et **Hauts-de-France (2,1)**. Les autres régions de France métropolitaine rapportaient des taux inférieurs à 2,0 pour 100 000 habitants (Figure 27).

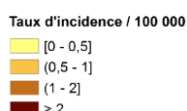
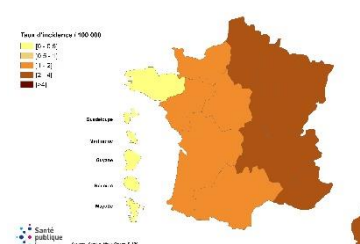
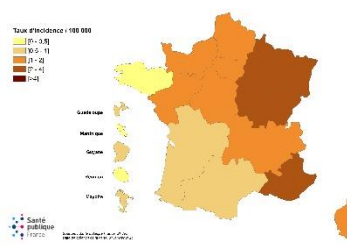
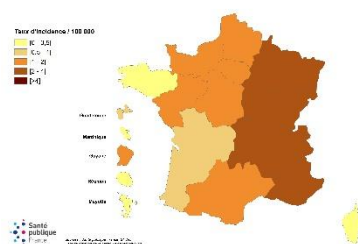
● Dans les **régions d'outre-mer**, en S01, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 était observé à **La Réunion** et en **Guyane (0,35/100 000 habitants)**. Les taux d'admissions en réanimation étaient en augmentation à **La Réunion (0,35 vs 0,12 en S53, soit +2 admissions en réanimation)**. Les taux d'admissions en réanimation étaient en **diminution** en S01 par rapport à la semaine précédente en **Guyane (0,35 vs 0,69/100 000 habitants, soit -1 admission en réanimation)**, en **Guadeloupe (0,27 vs 0,53, soit -1 admission en réanimation)**.

Figure 27. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 21 décembre 2020 et le 10 janvier 2021 (S52 à S01), France

du 21 au 27 décembre 2020

du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021

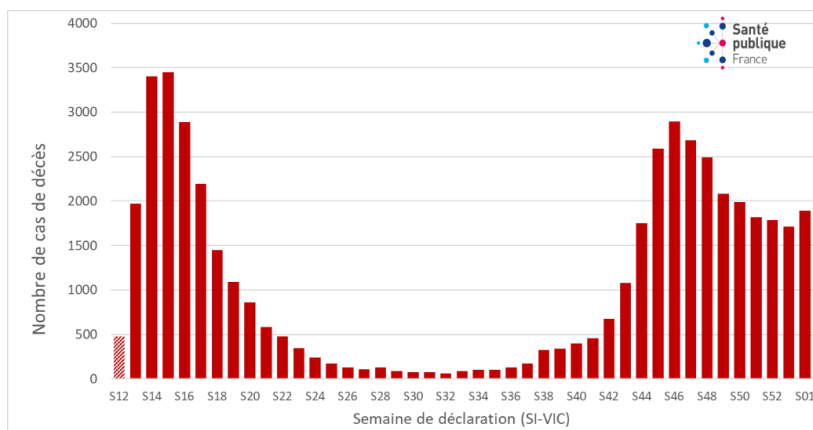
du 04 au 10 janvier 2021



Source : SI-VIC

- Le nombre de **déclarations de décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 a augmenté en semaine 01** : 1 893 décès ont été déclarés en S01 contre 1 711 en S53, soit +11% (Figure 28).

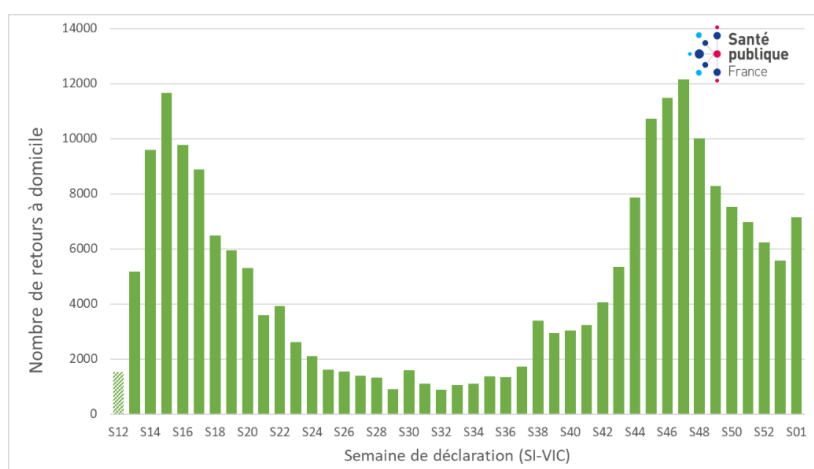
Figure 28. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 10 janvier 2021)



S12/2020 : Données incomplètes car démarrage de SI-VIC en cours de semaine
Source : SI-VIC

- Après avoir diminué entre les semaines 48 et 53, le nombre des déclarations de **retours à domicile** survenus après une hospitalisation pour COVID-19 a augmenté en semaine 01, passant de 5 565 en S53 à 7 137 en S01, soit + 28% (Figure 29).

Figure 29. 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 10 janvier 2021)



S12/2020 : 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 24a, 26a, 28, 29) 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 30 et 31) ou par date de décès (Figure 32). Une tendance à l'augmentation est observée en semaine 01 par comparaison à la semaine 53 pour le nombre d'hospitalisations (+6%) et pour le nombre d'admissions en réanimation (+5%). Toutefois, les données de la S01 ne sont pas encore consolidées.

Figure 30. 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 12 janvier 2021)

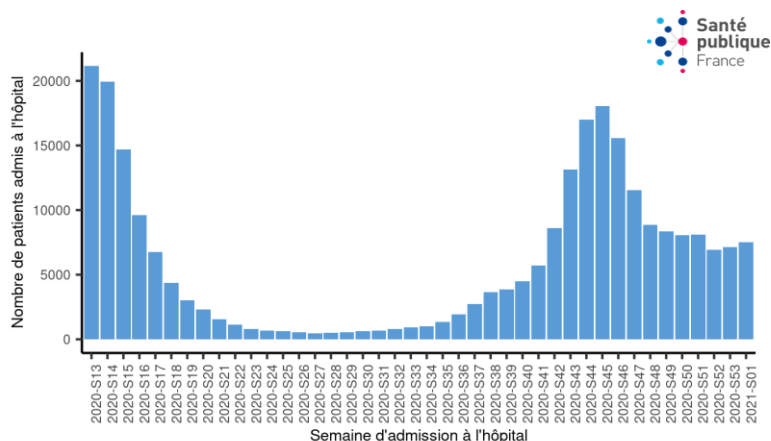
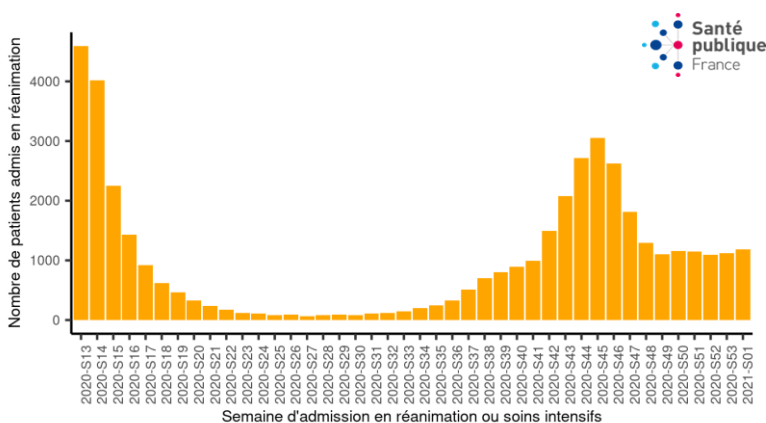
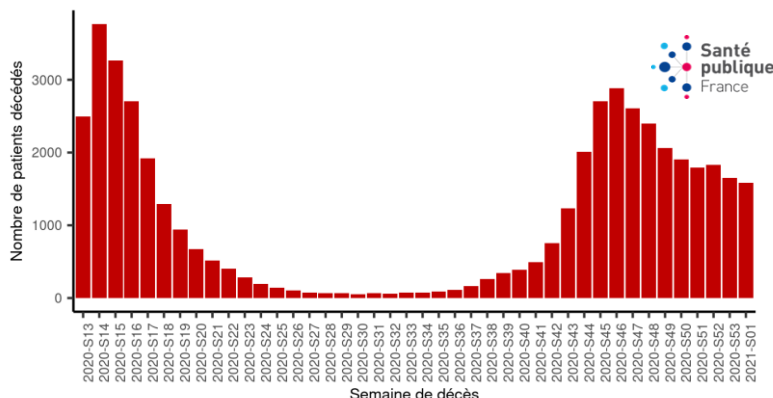


Figure 31. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis en service de réanimation pendant leur hospitalisation, par semaine d'admission en réanimation, depuis le 24 février 2020, France (données au 12 janvier 2021)



Semaine 01 : données non consolidées / Source : SI-VIC

Figure 32. Nombre hebdomadaire de décès à l'hôpital de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 02 mars 2020, France (données au 12 janvier 2021)



Semaine 01 : 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 DOM. Cette surveillance a été réactivée le 05 octobre. Les services de réanimation participants surveillent également les cas graves de grippe depuis cette date. Cette surveillance 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 2020 et le 12 janvier 2021, parmi les **4 887 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19, 71% étaient des hommes** ; l'âge médian des patients était de **68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]) et 63% étaient âgés de 65 ans et plus ; 63 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 9).
- Parmi les 3 677 patients pour lesquels l'information était renseignée, 47% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 3 932 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.
- **892 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 876 patients ; parmi eux, 828 (95%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (53%), l'obésité (40% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (37%) (Tableau 9). Entre le 05 octobre 2020 et le 12 janvier 2021, 2 649 sorties de réanimation ont été rapportées.

Tableau 9. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 12 janvier 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France (données au 12 janvier 2021)

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=4 887)		Cas décédés en réanimation (n=892)	
	n	%	n	%
0-14 ans	16	<1	0	-
15-44 ans	274	6	20	2
45-64 ans	1 529	31	140	16
65-74 ans	1 821	37	328	37
75 et +	1 224	25	402	45
Non renseigné	23		1	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	528	11	48	5
Au moins une comorbidité	4 246	89	828	95
Obésité (IMC \geq 30) ³	1 948	45	313	40
Hypertension artérielle	2 149	45	464	53
Diabète	1 495	31	285	33
Pathologie cardiaque	1 184	25	321	37
Pathologie pulmonaire	1 011	21	224	26
Pathologie rénale	421	9	120	14
Immunodépression	362	8	102	12
Cancer	330	7	99	11
Pathologie neuromusculaire	150	3	45	5
Pathologie hépatique	114	2	42	5
Autre	755	16	151	17
Non renseigné	113		16	

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=4 309 et n=776)

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 2020 et le 10 janvier 2021, 356 cas** de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (ou PIMS) ont été signalés.

- Cent cinquante-huit cas (44%) 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=256, 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 298 patients pour lesquels le lien avec la COVID-19 était possible, probable ou confirmé, les PIMS étaient associés à une myocardite pour 208 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 168 enfants (47%) et en unité de soins critiques pour 72 (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.

- Les régions ayant signalé le plus grand nombre de cas sont l'Île-de-France (146 cas, 41%), Auvergne-Rhône-Alpes (54 cas, 15%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (44 cas, 12%), Grand Est (20 cas, 6%). Les autres régions ont rapporté moins de 20 cas (Tableau 10).

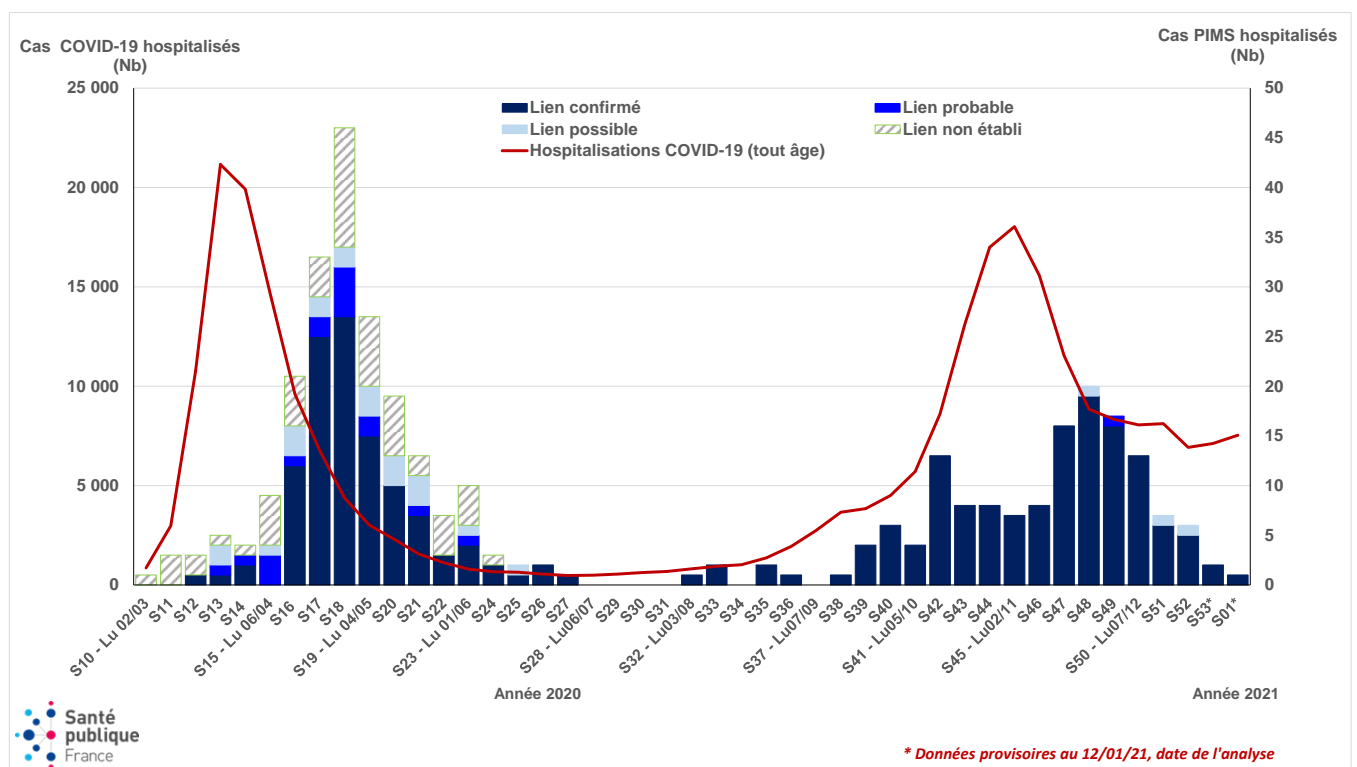
- Un délai moyen de survenue des PIMS de 4 à 5 semaines après l'infection par le SARS-CoV-2 avait été observé lors de la première vague de l'épidémie. Après un pic observé en semaine 18 (semaine d'hospitalisation), le nombre de cas signalés a diminué de manière importante au cours de l'été, avant une nouvelle augmentation depuis la semaine 39, fin septembre : 140 cas ont été rapportés entre le 21 septembre 2020 et le 10 janvier 2021, tous confirmés à l'exception d'un cas probable, et de trois cas possibles (Figure 33).

- 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 (298 cas) a été estimée à **20,5 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans** (soit : 14 511 544 habitants, données Insee 2019).

Tableau 10. Distribution du nombre de cas de PIMS par région en fonction de leur lien avec le SARS-CoV-2, du 02 mars 2020 au 10 janvier 2021, France (données au 12 janvier 2021)

Nombre de cas de PIMS selon le lien avec le SARS-CoV-2					
Régions métropolitaines	Lien confirmé	Lien probable	Lien possible	Lien non établi	Total
Île-de-France	114	8	7	17	146
Auvergne-Rhône-Alpes	38	3	2	11	54
Provence-Alpes-Côte d'Azur	33	1	4	6	44
Grand Est	13	2	2	3	20
Pays de la Loire	9	1	1	6	17
Nouvelle-Aquitaine	11	1	0	4	16
Normandie	4	1	2	5	12
Occitanie	7	0	0	1	8
Bourgogne-Franche-Comté	4	1	0	2	7
Centre-Val de Loire	3	0	2	0	5
Hauts-de-France	3	0	2	0	5
Bretagne	0	0	1	1	2
Corse	0	0	0	0	0
Régions ultramarines					
Mayotte	11	0	0	0	11
Guadeloupe	4	0	1	2	7
Guyane	1	0	0	0	1
La Réunion	1	0	0	0	1
Martinique	0	0	0	0	0
Total	256	18	24	58	356

Figure 33. Distribution hebdomadaire des hospitalisations pour PIMS, en fonction du lien avec la COVID-19, et des hospitalisations COVID-19 tous âges, du 02 mars 2020 au 10 janvier 2021, France (données au 12 janvier 2021)

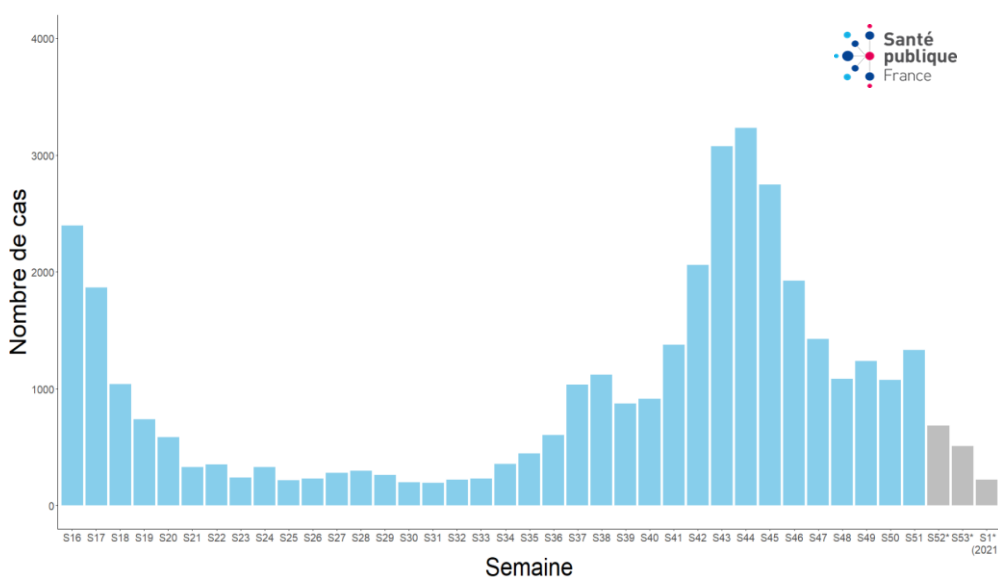


SURVEILLANCE DES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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 a posteriori au cours de la période de surveillance.

- Depuis le dernier bilan publié le 31 décembre 2020, 1 802 cas supplémentaires ont été déclarés, portant à **61 526 le nombre de professionnels en établissement de santé (PES) infectés pour la période du 1^{er} mars 2020 au 11 janvier 2021**. La répartition actualisée du nombre hebdomadaire de cas déclarés 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 49 et 51. Les données des semaines 52, 53-2020 et 01-2021 ne sont pas consolidées (Figure 34).
- Aucun décès supplémentaire lié à la COVID-19 n'a été déclaré depuis le dernier bilan de fin 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.
- Pendant la deuxième vague (S37 à S50-2020), **23 186 PES** travaillant dans les établissements participant à notre enquête ont été contaminés par le SARS-CoV-2. Parmi les **23 186 cas**, **14 573 (63%)** étaient des professionnels de santé et **2 375 (10%)** des professionnels non soignants. Pour 27% des cas, la catégorie professionnelle n'était pas renseignée.
- Les deux professions le plus souvent rapportées étaient les infirmiers (N=4 806, 21% des cas) et les aides-soignants (N=4 419, 19% des cas).
- La proportion de PES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des PES participant à l'enquête était égale à **4,9%**. Les kinésithérapeutes (**6,8%**) et les aides-soignants (**5,4%**) étaient les professions proportionnellement les plus impactées (Tableau 11).

Figure 34. Nombre de professionnels atteints de la COVID-19 déclarés dans les établissements de santé participant, par semaine, depuis le 13 avril 2020 (données au 11 janvier 2021, N=37 353), France



* Les données pour S52, S53 (2020) et S1 (2021) sont en cours de consolidation.

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.

Tableau 11. Nombre et proportion de professionnels atteints de COVID-19 déclarés, par catégorie professionnelle, dans les établissements de santé participant entre la semaine 37 et la semaine 50 de 2020 (données du 11 janvier 2021), France

Catégorie professionnelle	Nombre de cas	% parmi les PES
Infirmier	4 806	4,0
Aide-soignant	4 419	5,4
Médecin	1 302	2,9
Interne	630	4,0
Kinésithérapeute	232	6,8
Sage-femme	150	2,6
Autre professionnel soignant	2 187	3,6
Autre professionnel non soignant	2 375	1,9
Inconnu	6 238	NA
Total	22 339	4,9

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=847) 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 2020 et le 12 janvier 2021, **68 802 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **47 799** décès étaient survenus au cours d'une hospitalisation et **21 003** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements médico-sociaux (EMS) (données au 10 janvier 2021).

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

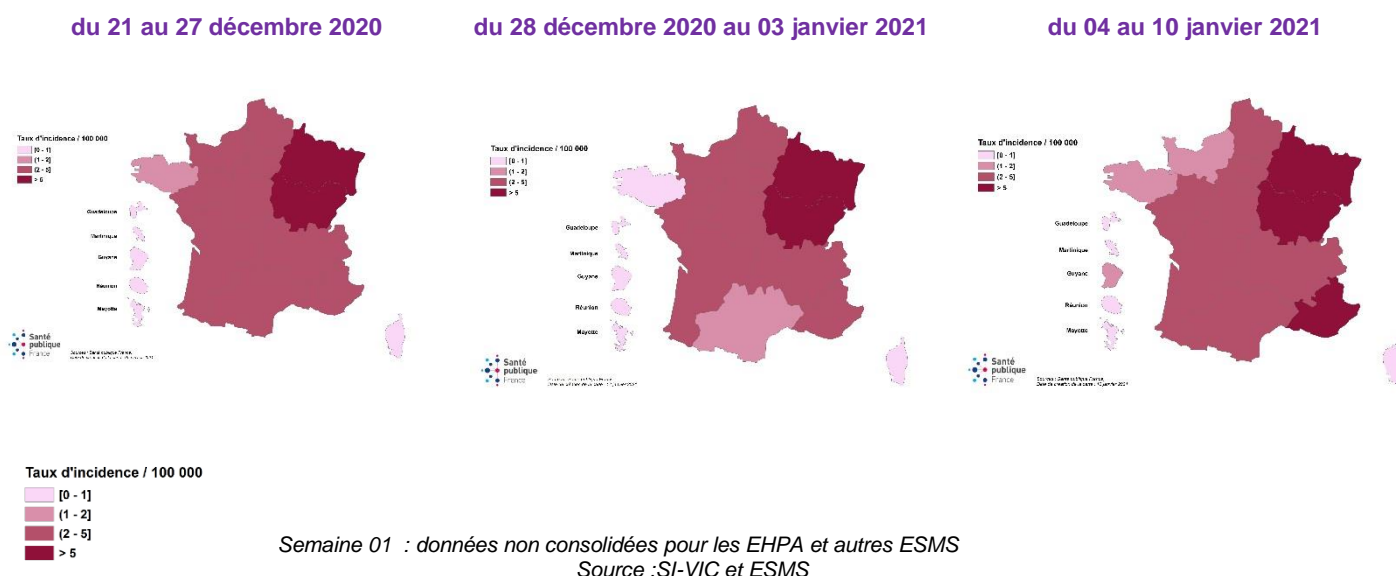
- Au niveau national, après consolidation des données, **le nombre hebdomadaire de décès restait stable en semaine 53**, avec 2 360 décès vs 2 344 en S52 (+0,7%, données consolidées). En semaine 01, **2 298 décès étaient recensés**, mais les données n'étant pas consolidées, cette tendance ne peut pas encore être interprétée. En S53, une augmentation était constatée pour les décès survenus en ESMS (+16%), associée à une stagnation des décès survenus en hospitalisation (-4%). En S01, les décès survenus à l'hôpital augmentaient (+11%, données consolidées). L'évolution des décès en ESMS entre les S53 et S01 ne peut pas être interprétée, car les données ne sont pas encore consolidées.

- Le taux hebdomadaire de décès** à l'échelle nationale était de **3,4 pour 100 000 habitants** en S01 (vs 3,5 en S53 et 3,5 en S52 – données consolidées pour S52 et S53).

- En semaine 01**, les **plus forts taux de décès** dus à la COVID-19 **par région** rapportés à la population étaient toujours observés en Bourgogne-Franche-Comté (7,4/100 000 habitants), Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,4) et Grand Est (5,1) suivis de la région Auvergne-Rhône-Alpes (4,5) (Figure 35).

- Entre les semaines 52 et 53 (données consolidées), le taux de décès diminuait ou restait stable dans 7 régions métropolitaines, comme la semaine précédente. Le taux de décès augmentait en Normandie (+51%), Bourgogne-Franche-Comté (+20%), Île-de-France (+14%), Grand Est (+8%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+6%) et Auvergne-Rhône-Alpes (+5%). Malgré des données encore non consolidées pour la S01, 6 régions rapportent d'ores et déjà une augmentation du taux de décès par rapport à la semaine précédente : Centre-Val de Loire (+37%), Île-de-France (+31%), Occitanie (+23%), Hauts-de-France (+21%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+12%), Bretagne (+6%) (données non consolidées).

Figure 35. Taux hebdomadaires de décès dus à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 21 décembre 2020 au 10 janvier 2021 (S51 à S53), par région, France



► 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, 28 927 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 12).

- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92,5% des personnes avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 54% de ces décès.
- 54% de ces certificats de décès contenaient une mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée.

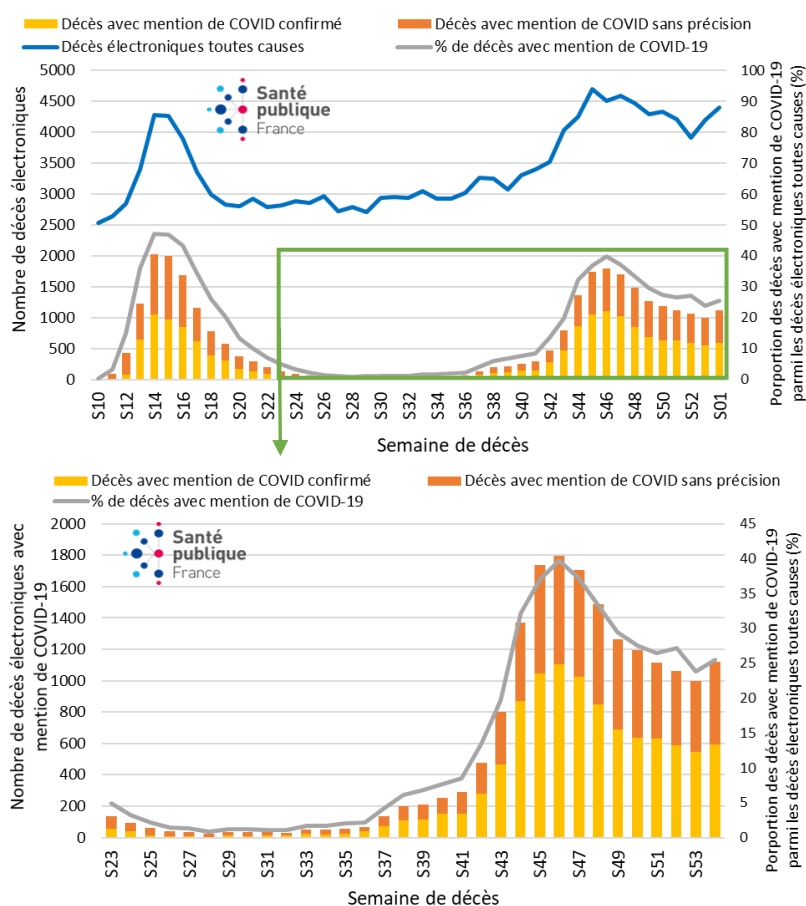
- Des comorbidités étaient renseignées pour 18 836 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 35% de ces décès et une mention d'hypertension artérielle pour 22%.

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

- **Pour la semaine 01-2021 (du 04 au 10 janvier 2021), 1 121 décès contenaient une mention de COVID-19 dans le certificat, représentant 26% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 36). Ce nombre de décès est en hausse par rapport à la semaine précédente (+ 122 décès, soit +12%, par rapport à la S53).** La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 53%.

- Parmi les 1 121 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 935 (83%) étaient âgées de 75 ans et plus, 125 (11%) étaient âgées de 65 à 74 ans et 60 (5%) étaient âgées de 45 à 64 ans. Une personne décédée était âgée de 15 à 44 ans. La hausse la plus forte en semaine 01-2021 est observée dans la classe d'âge des plus de 75 ans (+135 décès par rapport à la semaine précédente).

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 2020 au 10 janvier 2021, France (données au 12 janvier 2021)



Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 12. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 11 janvier 2021, France (données au 12 janvier 2021)

Sexe	n	%
Hommes	15 736	54
Femmes	13 190	46

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	60	34	116	66	176	1
45-64 ans	570	29	1 429	71	1 999	7
65-74 ans	1 246	30	2 887	70	4 133	14
75 ans ou plus	8 215	36	14 401	64	22 616	78
Tous âges	10 091	35	18 836	65	28 927	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	6 564	35
Hypertension artérielle	4 166	22
Diabète	3 021	16
Pathologie respiratoire	2 478	13
Pathologie rénale	2 384	13
Pathologies neurologiques*	1 612	9
Obésité	1 041	6
Immunodéficience	429	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 S40-2020 (du 28 septembre au 04 octobre) jusqu'en S53 (du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021), 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), avant une nouvelle diminution jusqu'en semaine 53.**

L'excès de mortalité, au niveau national, était compris entre +6% et +8% en semaines 40 à 42, +21% en S43, +26% en S44, +33% en S45, +31% en S46, +25% en S47, +21% en S48, +20% en S49, +19% en semaine 50, +15% en semaine 51 et +11% en semaine 52. 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 53 sera précisée la semaine prochaine.

● **Au niveau régional (Figures 38 et 40), la dynamique du nombre de décès sur les dernières semaines est hétérogène selon les régions. En Auvergne-Rhône-Alpes, les effectifs de décès sont à nouveau en légère augmentation en semaine 53, après une diminution pendant 6 semaines consécutives. Dans les régions Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, les effectifs de décès sont stabilisés depuis la semaine 49 à un niveau élevé.** En Centre-Val de Loire, les effectifs de décès semblent se stabiliser à la limite haute de la marge de fluctuation habituelle, après une diminution observée en S52. Enfin, dans les régions Île-de-France, Normandie et Occitanie, les effectifs de décès semblent revenir dans les marges de fluctuation habituelle à partir de la S51.

● **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 dans 10 régions, en S49 dans 9 régions, en S50 dans 11 régions, en S51 à S53 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, 31 départements en S50, 28 départements en S51, 20 départements en S52 et 19 départements en S53 (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, les données des dernières semaines sont encore incomplètes, en particulier sur les semaines 51 à 53, 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 18-2014 à la semaine 53-2020, France

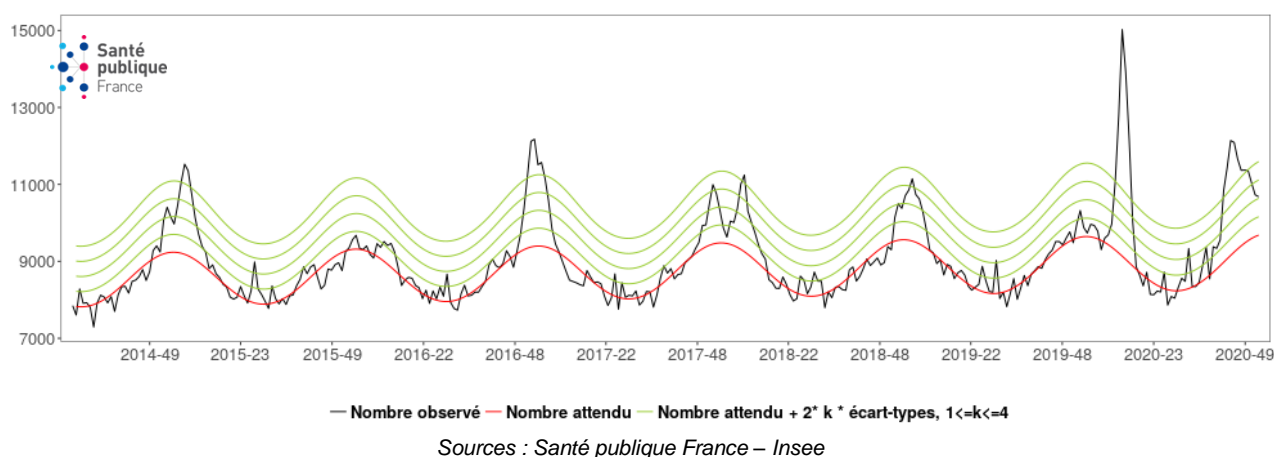
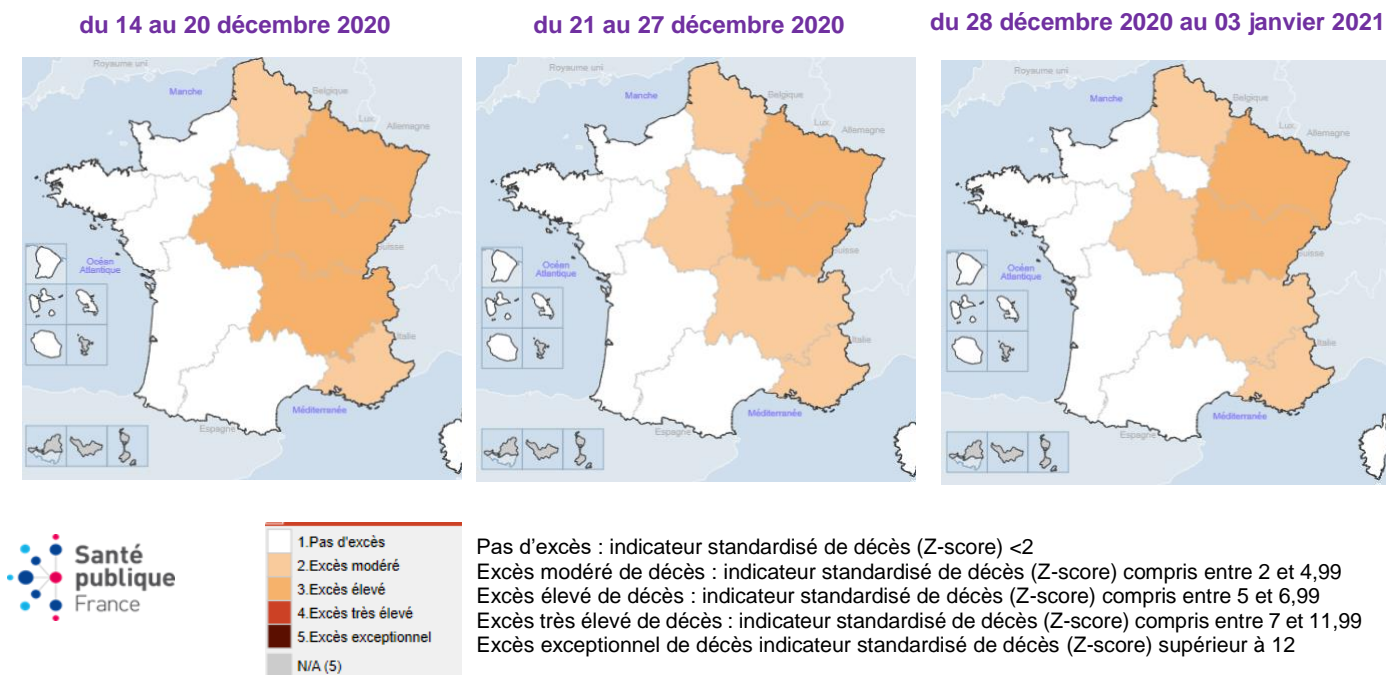
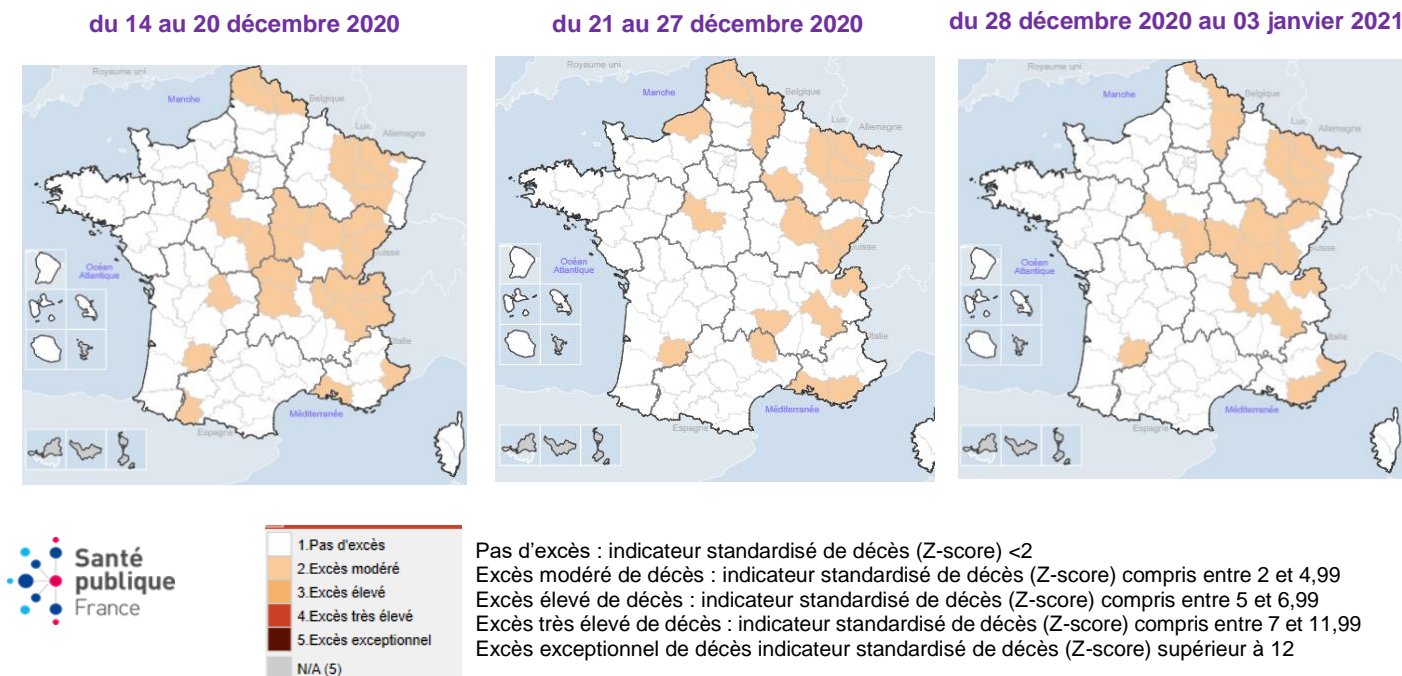


Figure 38. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 51, 52 et 53 de 2020, par région, France (données au 12 janvier 2021)



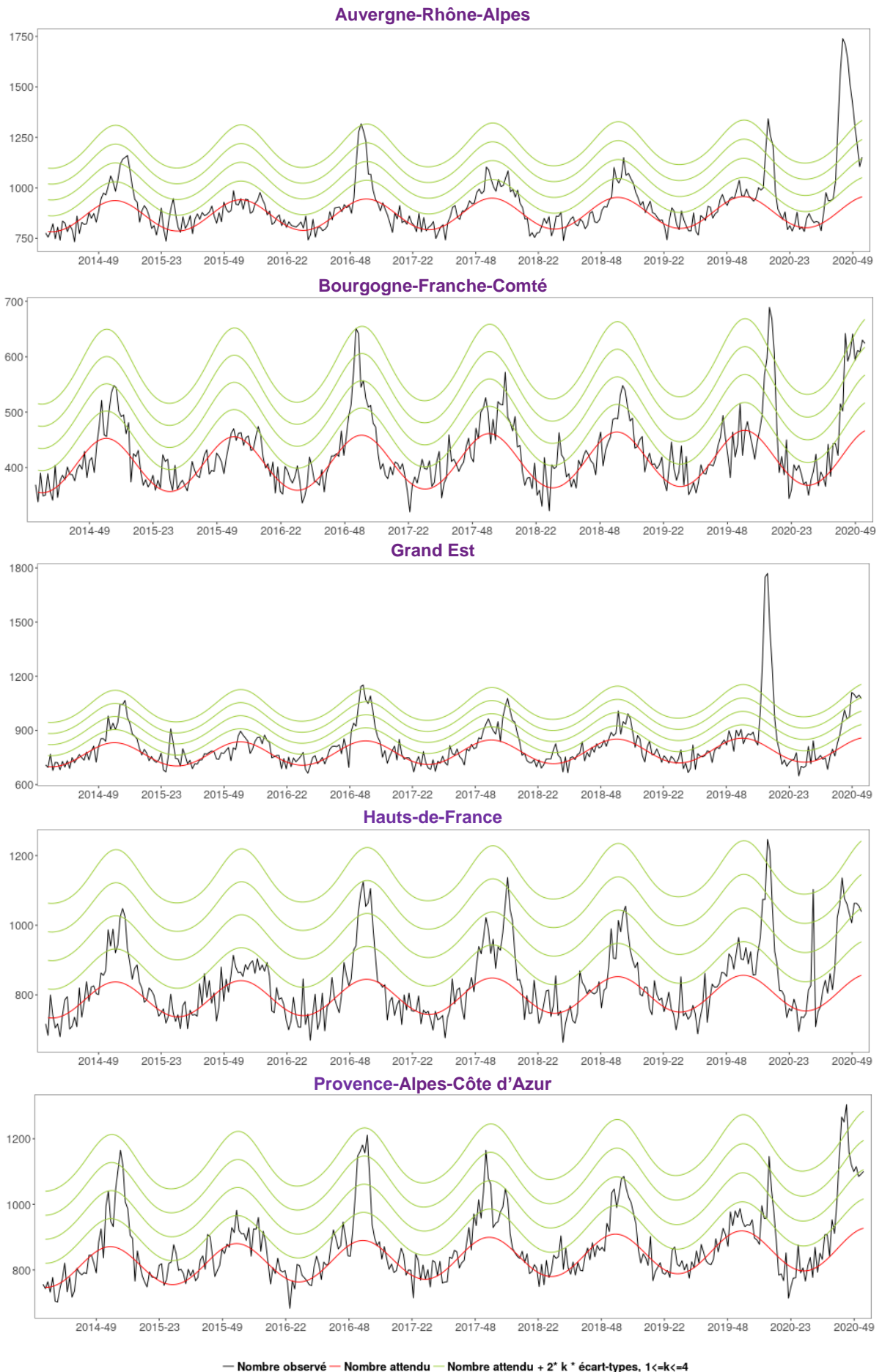
Sources : Santé publique France - Insee

Figure 39. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 51, 52 et 53 de 2020, par département, France (données au 12 janvier 2021)



Sources : Santé publique France - Insee

Figure 40. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 18-2014 à la semaine 53-2020, dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, France



Sources : Santé publique France – Insee

► Mortalité à l'échelle européenne

À l'échelle européenne, parmi les 27 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 41). Le nombre de décès s'est stabilisé jusqu'en S49, avant d'aborder une diminution en S50, qui s'est poursuivie entre S51 et S53. Les nombres de décès en S52 et S53 semblent revenir dans les marges de fluctuation habituelle. **Les effectifs sur les deux dernières semaines sont toutefois à prendre avec prudence, compte tenu de la période des fêtes de fin d'année, susceptible d'accroître les délais de transmission des données.**

Un excès de mortalité était observé dans dix-sept pays/régions en S49 et S50, dans seize pays en S51 et dans quatorze pays en S52 (Angleterre, Estonie, Danemark, Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, Allemagne (Hesse), France, Italie, Grèce, Autriche, Suisse, Slovaquie et Portugal) (Figure 42).

Figure 41. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 27 pays/régions européens, de la semaine 03-2017 à la semaine 53-2020 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 05 janvier 2021)

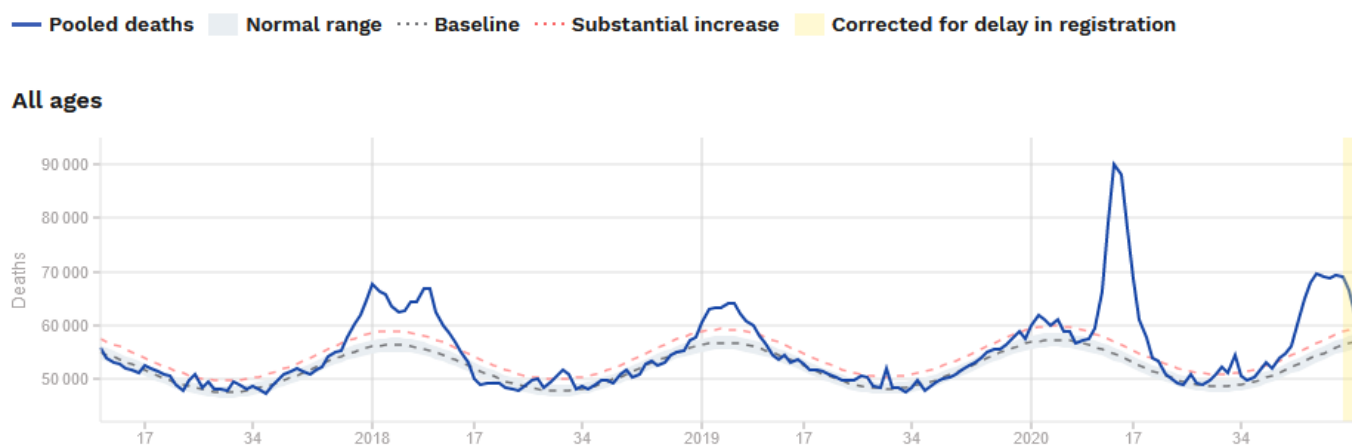
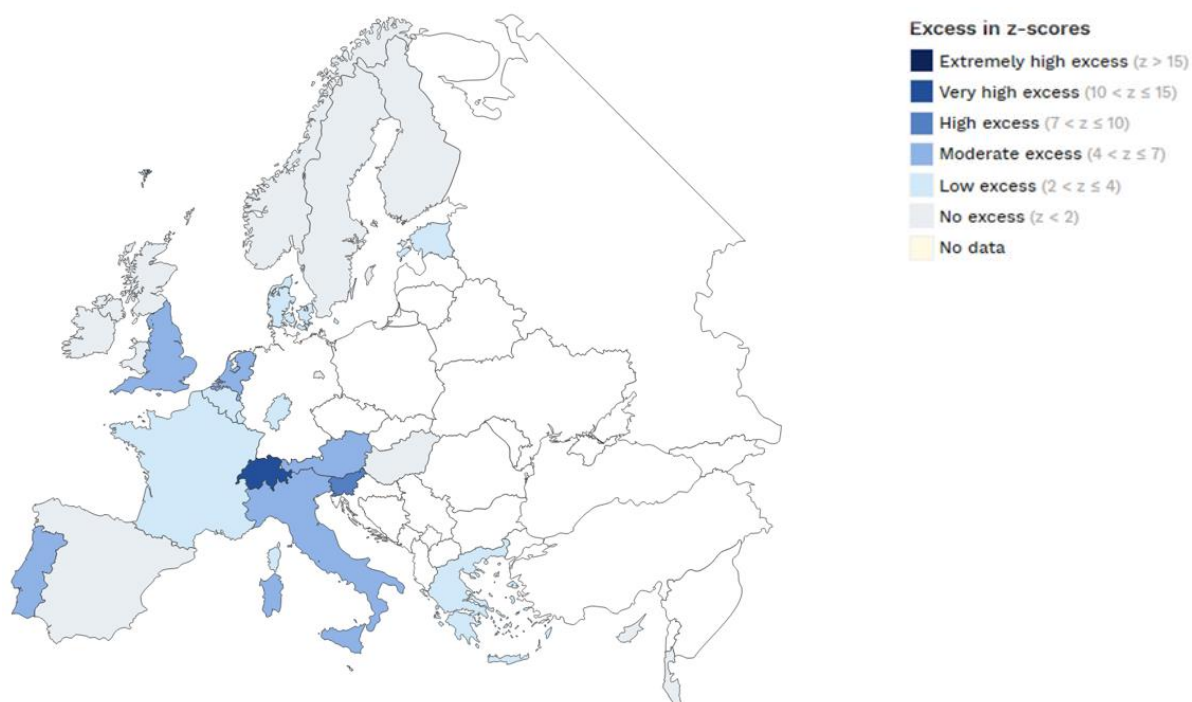


Figure 42. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 52-2020 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 05 janvier 2021)



VACCINATION CONTRE LA COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Les **publics prioritaires** pour la vaccination sont notamment les personnes âgées résidents en EHPAD ou en unité de soins de longue durée (USLD), les personnels de ces établissements présentant des comorbidités, les soignants âgés de plus de 50 ans ou présentant des comorbidités, les pompiers de plus de 50 ans ou présentant des comorbidités, les aides à domicile de plus de 50 ans ou présentant des comorbidités ainsi que les personnes handicapées vulnérables prises en charge dans les foyers d'accueil médicalisés et les maisons d'accueil spécialisées.

À compter du 18 janvier 2021, les personnes âgées de plus de 75 ans auront également la possibilité de se faire vacciner.

La campagne de vaccination sera accompagnée d'un suivi des nombres de personnes vaccinées ainsi que des couvertures vaccinales. Il conviendra d'estimer pour chaque population cible et pour lesquelles les données le permettront (par exemple, les résidents et les professionnels en EHPAD), à différentes échelles géographiques, la proportion des personnes vaccinées, pour la dose initiale puis pour la seconde dose.

Le système d'information Vaccin Covid, permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19, a été mis en œuvre le 04 janvier 2021. Il est administré par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et alimenté par les professionnels de santé réalisant les vaccinations. Le traitement épidémiologique de ces données permettra la production d'indicateurs qui feront l'objet d'une publication régulière sur le site internet de Santé publique France, d'analyses dans les points épidémiologiques hebdomadaires et seront en accès libre en open data sur la plateforme Géodes. Comme au démarrage de tout système de surveillance, les premières données reçues par Santé publique France font l'objet d'analyse de qualité. Les publications seront réalisées dès que la qualité et la complétude des données seront assurées. Des données plus complètes tenant compte notamment du sexe, de l'âge ainsi que des populations cibles (résidents des Ehpads, professionnels des Ehpads) pourront alors être présentées.

Pendant la période intermédiaire, les données présentées sont issues des remontées d'informations transmises par les Agences régionales de santé (ARS) et [publiées sur data.gouv.fr](https://data.gouv.fr). Le nombre de vaccinations en France est obtenu par recueil quotidien auprès des ARS des données régionales de vaccination, recensées auprès des établissements pour personnes âgées (vaccination des résidents et des professionnels des établissements) et des centres de vaccination (vaccination des professionnels de santé).

Au 13 janvier 2021, 247 166 personnes avaient été vaccinées contre la COVID-19 en France (Tableau 13).

Tableau 13. Nombre de personnes vaccinées (1 dose) contre la COVID-19 et couverture vaccinale (/100 000 habitants) au 13 janvier 2021, France

Régions	Nombre de personnes vaccinées (N)	Couverture vaccinale (/ 100 000 habitants)
Auvergne-Rhône-Alpes	24 979	311
Bourgogne-Franche-Comté	14 102	507
Bretagne	10 574	317
Centre-Val de Loire	8 085	316
Corse	1 252	363
Grand Est	20 692	375
Hauts-de-France	17 763	298
Ile-de-France	50 881	414
Normandie	18 971	574
Nouvelle-Aquitaine	28 428	474
Occitanie	23 743	401
Pays de la Loire	12 354	325
Provence-Alpes-Côte d'Azur	14 769	292
France métropolitaine	246 593	380
Guadeloupe	197	52
Guyane	0	0
La Réunion	0	0
Martinique	376	105
Mayotte	0	0
France entière	247 166	368

Source : Agences régionales de santé, data.gouv.fr

La liste des centres de vaccination est disponible à l'adresse : <https://sante.fr/carte-vaccination-covid>

Afin de faciliter l'accès aux supports d'information et aux connaissances disponibles, les données actualisées sur le vaccin COVID-19 sont disponibles sur le site vaccination-info-service.fr, accessible au [grand public](#) comme aux [professionnels de santé](#).

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

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.

Les résultats de la dernière enquête CoviPrev « vague 19 » réalisée entre le 14 et le 16 décembre 2020 sont disponibles dans le [Point épidémiologique du 24 décembre 2020](#).

La prochaine enquête est prévue du 18 au 20 janvier 2021. Les résultats seront présentés dans le Point épidémiologique de la semaine suivante.

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), **90 054 813 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés dans le monde - dont **1 945 610 décès** - au 13 janvier 2021.

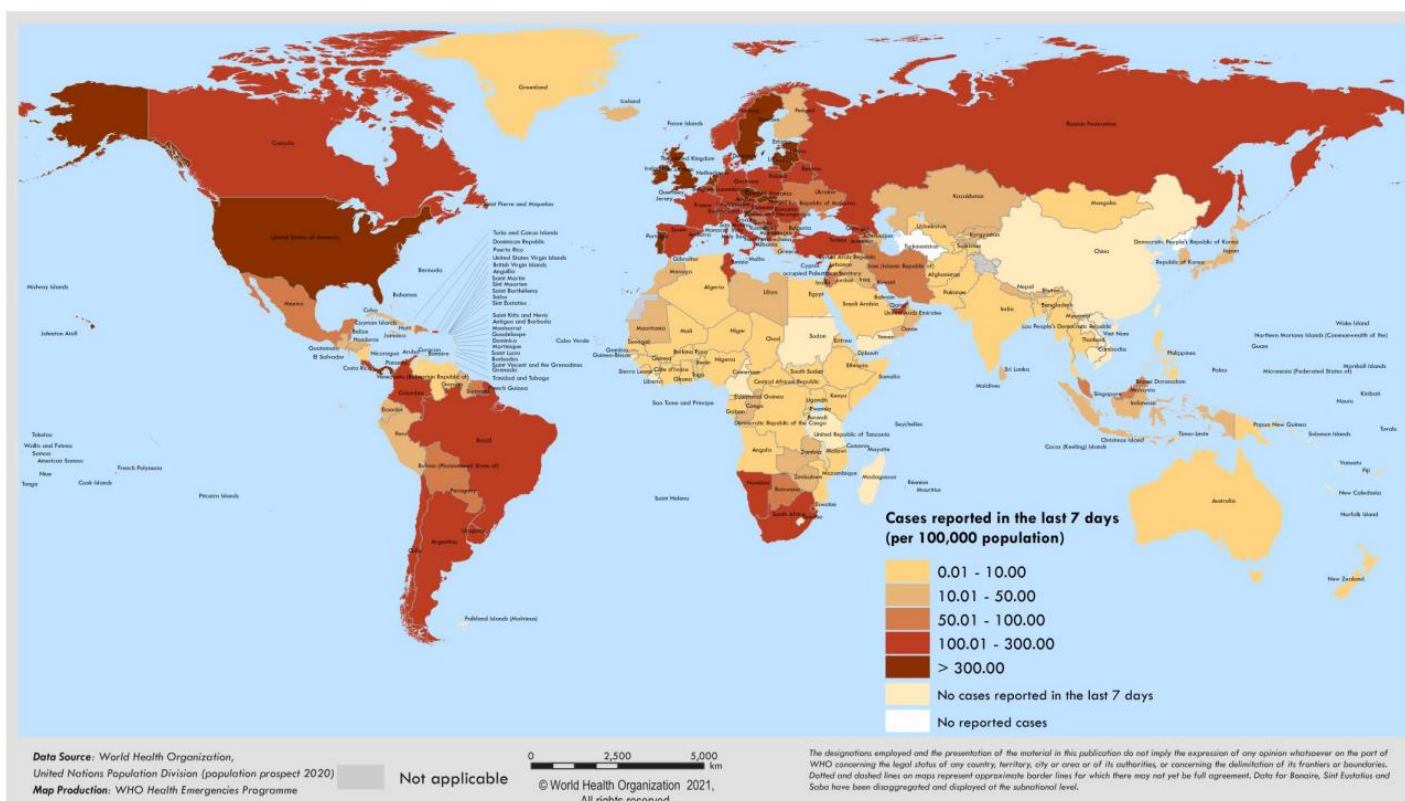
► Foyers majeurs

Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Amériques** (2 522 297 cas et 38 183 décès rapportés en semaine 01) et en **Europe** (1 806 928 cas et 36 041 décès rapportés en S01), respectivement à l'origine de 51% et 36% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 45% et 42% des nouveaux décès en S01 (du 04 janvier au 10 janvier 2021) (Figure 43).

Les pays qui rapportent le plus grand nombre de cas en S01 sont : **les États-Unis** (+1 786 773 nouveaux cas), **le Royaume-Uni** (+417 620), **le Brésil** (+313 130), **la Russie** (+165 167), **l'Allemagne** (+142 861), **l'Afrique du Sud** (+125 287) et **la France** (+126 022).

Les pays avec les plus fortes incidences rapportées en S01 sont : **l'Irlande** (887 cas/100 000 habitants), **la République tchèque** (847 cas/100 000 habitants), **la Slovénie** (666 cas/100 000 habitants), **le Royaume-Uni** (615 cas/100 000 habitants), **Israël** (573 cas/100 000 habitants), **le Panama** (540 cas/100 000 habitants) et **les États-Unis** (540 cas/100 000 habitants).

Figure 43. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 01 (du 04 au 10 janvier 2021)









Source : OMS

► Tendances

Comparativement à la semaine 53, toutes les régions OMS ont observé une hausse du nombre de cas en S01, sauf l'Asie du Sud-Est où ce nombre est resté stable (Tableau 14). Le nombre de décès était en augmentation en Afrique (+31%), dans la région des Amériques (+18%) ainsi que dans la région du Pacifique occidental (+14%) et en Europe (+6%).

Tableau 14. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 rapportés dans le monde en semaine 01-2021 et évolution par rapport à la semaine 53-2020

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+ 174 644	+ 2 522 297	+ 206 670	+ 1 806 928	+ 171 280	+ 71 939
Tendance	+34% 	+30% 	-1% 	+10% 	+11% 	+36% 

Note : Les flèches rouges représentent une augmentation du nombre de cas de plus de 5% par rapport à la semaine précédente. Les flèches vertes représentent une diminution du nombre de cas de plus de 5% par rapport à la semaine précédente. Une flèche noire représente une évolution (diminution ou augmentation) inférieure à 5%.

Source : OMS

► Par région

- Dans la région des **Amériques**, le nombre de nouveaux cas hebdomadaires a dépassé 2 500 000 en S01, et on compte 38 138 nouveaux décès, ce qui représente une hausse de respectivement 30% et 18% par rapport à la semaine précédente (S53).

Les États-Unis restent le pays le plus touché par l'épidémie dans la région avec 1 786 773 nouveaux cas (540 cas/ 100 000 hab.) et 20 633 nouveaux décès rapportés en S01. Le nombre de décès journaliers aux États-Unis a atteint des nombres records, de l'ordre de 4 000 décès en 24h. Les autres pays avec les plus grands nombres de nouveaux cas sont le Brésil (313 130 nouveaux cas, soit 177 nouveaux cas/100 000 hab.) et la Colombie (100 688 nouveaux cas, soit 198 nouveaux cas/100 000 hab.).

Les États-Unis représentaient 71% de tous les nouveaux cas et 54% des décès dans la région des Amériques.

Pour plus de détails sur la zone Amériques, [cliquez ici](#).

- La région **Europe** a continué de signaler un nombre élevé de cas en S01, avec plus de 1,8 million de nouveaux cas et 36 041 nouveaux décès, soit une augmentation de 10% des cas et de 7% des décès par rapport à la S53.

Les pays de la région Europe ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux cas étaient le Royaume-Uni (+417 620 nouveaux cas, soit 615 nouveaux cas /100 000 hab.), la Russie (+165 167 nouveaux cas, soit 113 nouveaux cas /100 000 hab.) et l'Allemagne (142 861 nouveaux cas, soit 171 nouveaux cas /100 000 hab.); suivis de la France (122 565 nouveaux cas, soit 188 nouveaux cas /100 000 hab.) et de l'Italie (90 684 nouveaux cas, soit 193 nouveaux cas /100 000 hab.). Le plus grand nombre de décès a été signalé au Royaume-Uni (6 298, +51%), en Allemagne (6 071, +35%) et en Italie (3 409, +1%).

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

- Une augmentation importante de cas et de décès par rapport à la semaine précédente (S53) est observée en région **Afrique**. Plus de 174 000 nouveaux cas et 4 300 décès ont été rapportés, soit une hausse de respectivement 34% et 31%. Le nombre de nouveaux cas rapportés est en augmentation depuis mi-septembre 2020, mais cette tendance s'accélère depuis fin novembre. Les trois pays rapportant le plus grand nombre de cas sont l'Afrique du Sud (125 287 nouveaux cas, soit 211 cas/100 000 hab., +27%), le Nigeria (8 315 nouveaux cas, soit 40 cas/100 000 hab., +49%) et le Zimbabwe (6 008 nouveaux cas, soit 40 cas/100 000 hab., +293%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès en S01 sont l'Afrique du Sud (3 649, +37%), le Zimbabwe (106, +194%) et la Zambie (72, +620%).

En Afrique du Nord, la situation reste préoccupante au Maroc (9 496 cas en S01, chiffre en baisse de 19% par rapport à S53) et tout particulièrement en Tunisie, qui atteint un niveau record du nombre de cas confirmés hebdomadaires depuis le début de la pandémie avec 15 535 cas pour la S01 (soit +32% par rapport à la S53). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

● En **région Asie du Sud-Est**, les indicateurs de l'épidémie continuent de baisser, une tendance observée depuis mi-septembre. On dénombre plus de 200 000 nouveaux cas et 3 200 nouveaux décès, soit une diminution de 1% et 12% respectivement par rapport à la S53. Les pays rapportant les nombres de cas les plus élevés sont l'Inde, avec 126 319 nouveaux cas soit 9 cas/100 000 hab. (-7%), l'Indonésie avec 59 913 nouveaux cas, soit 22 cas/100 000 hab. (+16%) et le Bangladesh avec 6 198 nouveaux cas soit 4 cas/100 000 hab. (-13%). Ces trois pays sont également les pays cumulant le plus de décès en S01, avec respectivement 1 564 (-14%), 1 392 (-11%) et 157 décès (-8%). L'Inde demeure le pays rapportant le plus grand nombre de cas et de décès dans la région depuis la deuxième semaine d'avril 2020.

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

● En **région Méditerranée orientale**, plus de 171 000 nouveaux cas ont été signalés, soit une hausse de 11% alors que la région avait présenté une baisse continue du nombre de cas entre le 23 novembre et le 28 décembre 2020. Le nombre de décès rapportés continue toutefois de diminuer pour la 7^e semaine consécutive (-9%). Les pays avec le plus grand nombre de cas sont l'Iran (42 964 nouveaux cas, soit 51 cas/100 000 hab. +1%), le Liban (29 145 nouveaux cas soit 427 cas/100 000 hab., +72%) et les Émirats arabes unis (16 061 nouveaux cas, soit 162 cas/100 000, +49%). Ces trois pays représentent à eux seuls plus de la moitié (52%) des nouveaux cas de la région. Le plus grand nombre de décès est observé en Iran (662, -23%), au Pakistan (340, -23%) et en Egypte (401, +3%), ces pays enregistrant 60% des décès de la région. En Israël, le nombre de cas continue d'augmenter pour la 8^e semaine consécutive, avec un nombre record de cas hebdomadaire atteint depuis le début de la pandémie en S01 : 49 605 cas (+41% par rapport à la S53) ; pour les décès, 5^e semaine consécutive d'augmentation avec 43% d'augmentation entre la S53 et la S01.

Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

● En **région Pacifique occidental**, le nombre de nouveaux cas est de 71 000, soit une augmentation de 36% par rapport à la semaine précédente (S53). Si une tendance à la hausse est observée depuis fin octobre 2020, cette augmentation marque une accélération de la situation. Les trois pays rapportant le plus grand nombre de cas sont le Japon (39 821 cas soit 32 cas /100 000 hab., +68%), la Malaisie (16 186 nouveaux cas, soit 50 cas/100 000 hab., +20%) et les Philippines (8 881 nouveaux cas, soit 8 cas/100 000 hab., +12%). Les pays rapportant cette semaine le plus grand nombre de décès sont le Japon (448, +34%), la Corée du Sud (163, +6%) et les Philippines (145, -22%).

Pour plus de détails sur la région Pacifique occidental, [cliquez ici](#).

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 :

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

- en Europe : ECDC - [Weekly Surveillance Report](#)

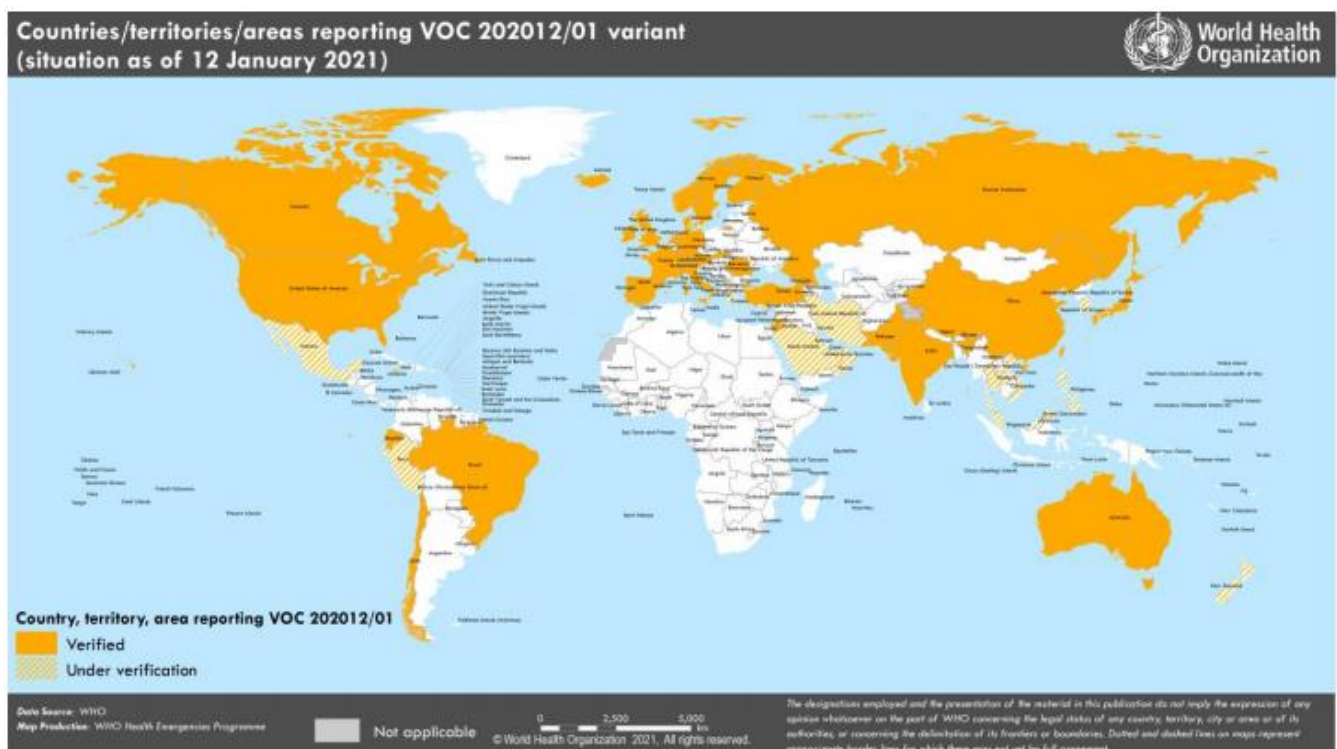
POINT SUR LES VARIANTS ÉMERGENTS DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL

Plusieurs nouveaux variants du SARS-CoV-2 ont été identifiés au cours des derniers mois et font l'objet d'une attention particulière, notamment VOC 202012/01, identifié pour la première fois au Royaume-Uni, et 501Y.V2, repéré pour la première fois en Afrique du Sud. Un troisième variant ayant émergé au Brésil (B.1.1.2.8) est en cours d'investigation.

► VOC 202012/01 (Royaume-Uni)

- **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* ». Des travaux préliminaires suggèrent que la transmissibilité de ce variant est plus élevée que celle des variants circulant actuellement, 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 (ECDC), en date du 29 décembre 2020, estime que la probabilité d'introduction et de circulation de ce variant hors du Royaume-Uni est très élevée.
- **Dans le monde, au total, 50 pays** ont rapporté au 12 janvier 2021 des cas confirmés de COVID-19 avec le variant VOC 202012/01, vs 38 pays la semaine précédente. Selon les données disponibles à l'OMS, tous les continents rapportent officiellement des cas confirmés avec ce variant, sauf encore l'Afrique (Figure 44).
- Selon le dernier *Weekly epidemiological update* de l'OMS et les premières données disponibles, **la distribution par âge et sexe de ce variant serait similaire à celle des autres variants circulant sur la même période**. En revanche, une transmissibilité plus élevée serait rapportée, avec un taux d'attaque chez les cas secondaires de l'ordre de 11 à 15%.
- Pour plus de détails dans le *Weekly epidemiological update* de l'OMS du 12 janvier 2021 : [cliquez ici](#).

Figure 44. Pays et territoires rapportant des cas confirmés et des cas suspects (en cours de confirmation) de COVID-19 avec le variant VOC 202012/01 (données au 12 janvier 2021)



Source : OMS

► 501Y.V2 (Afrique du Sud)

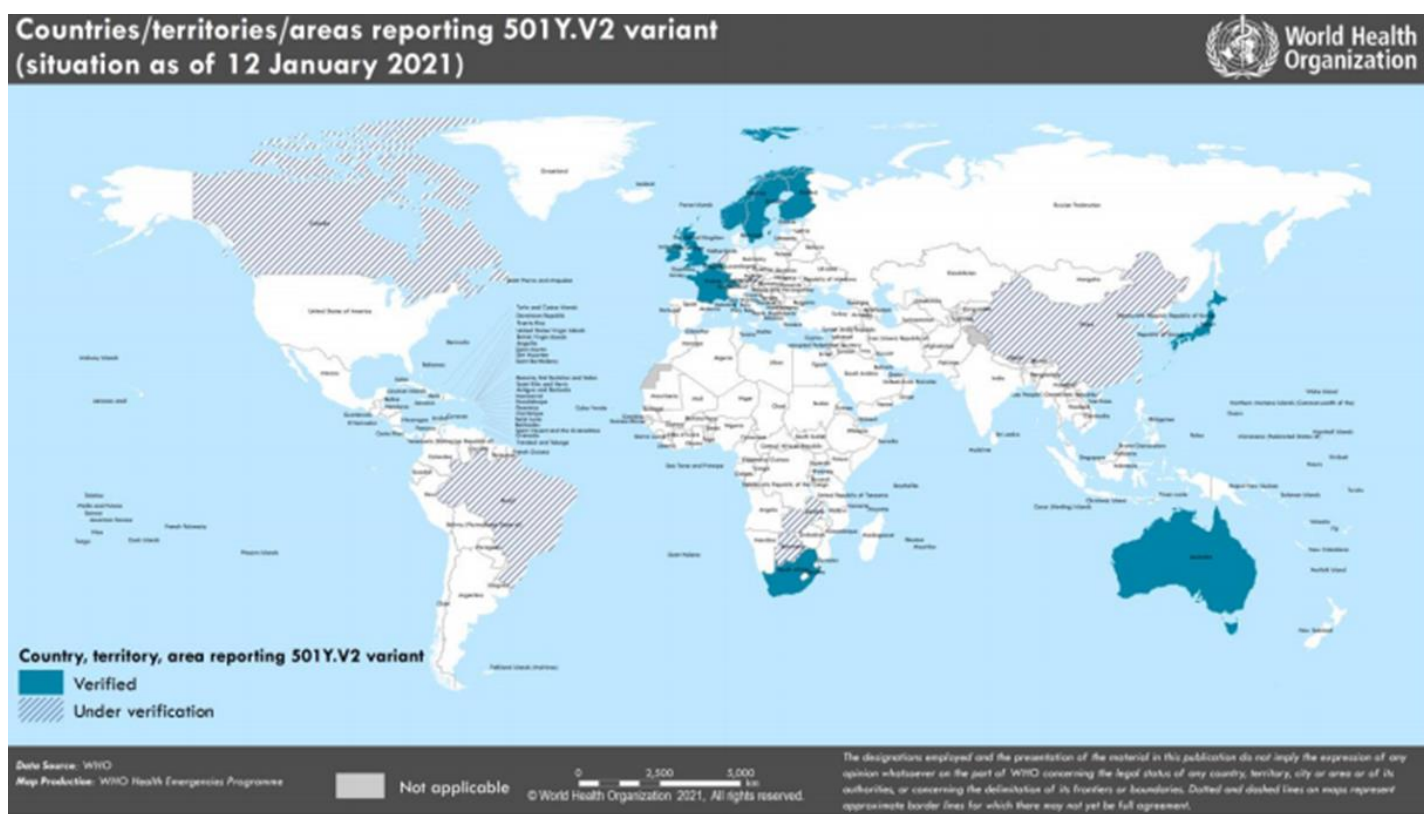
● **En Afrique du Sud, le gouvernement signalait, le 18 décembre 2020, l'émergence d'un autre variant désigné 501Y.V2.** Ce nouveau variant a été détecté par une plateforme de recherche (KRISP) qui conduit une surveillance génomique de routine du SARS-CoV-2 à partir d'échantillons collectés dans plus de 50 établissements de santé différents du Cap oriental, du Cap occidental et du KwaZulu-Natal. Ce variant serait apparu début août. Début novembre, il était le variant dominant dans les provinces du Cap oriental et du Cap occidental.

● **Dans le monde, au 12 janvier 2021,** selon les données du dernier *Weekly epidemiological update* de l'OMS, **au total, 20 pays** dans le monde rapportaient des cas confirmés COVID-19 avec le variant 501Y.V2 vs 10 la semaine dernière.

● Dans la région des Amériques, il n'y a toujours pas de cas confirmés avec ce variant, mais des cas suspects sont en cours de vérification au Canada et au Brésil. En Asie, le Japon rapporte des cas confirmés alors que la Chine vérifie quelques cas suspects. En Afrique, mis à part l'Afrique du Sud qui rapporte des centaines de cas confirmés, des cas suspects sont en cours de confirmation au Botswana et en Zambie (Figure 45).

● Selon l'OMS, ce nouveau variant 501Y.V2 serait plus contagieux que les autres variants qui circulent déjà en Afrique du Sud mais n'engendrerait pas de formes plus sévères.

Figure 45. Pays et territoires rapportant des cas confirmés et des cas suspects (en cours de confirmation) de COVID-19 avec le variant 501Y.V2 (données au 12 janvier 2021)



Source : OMS

► Variant B.1.1.2.8 (Brésil)

- Le 9 janvier 2021, le ministère de la Santé japonais notifiait à l'OMS la détection d'un nouveau variant, différent de ceux repérés au Royaume-Uni et en Afrique du Sud, chez 4 voyageurs en provenance du Brésil : le variant avec lignage B.1.1.2.8.
- Le ministère de la Santé brésilien a été informé par les autorités japonaises que ce variant comporte 12 mutations, dont 3 retrouvées dans les variants VOC 202012/01 et 501Y.V2 (mutations: K417N/T, E484K et N501Y).

Pour plus de détails sur les informations issues du ministère de la Santé du Brésil, [cliquez ici](#).

- Par ailleurs, les chercheurs brésiliens rapportent en parallèle l'émergence d'un variant similaire avec la mutation E484K qui a probablement évolué indépendamment de la variante détectée chez les voyageurs japonais.
- Dans une étude publiée dans le magazine [Virological.org](#) et co-signée par des chercheurs britanniques et brésiliens le 12 janvier dernier, ce variant « Manaus » (du nom de la capitale de l'Amazonas, d'où il serait parti), présenterait des taux d'attaque très élevés, représentant 42% des tests positifs RT-PCR recueillis entre le 15 et le 23 décembre 2020 à Manaus.

Pour plus de détails sur cette étude, [cliquez ici](#).

L'ECDC et l'OMS rappellent par ailleurs qu'à ce stade de l'évolution de la circulation des nouveaux variants, la comparaison du nombre de cas entre pays n'est pas pertinente puisqu'elle est très dépendante des capacités laboratoires et de la capacité de détection des variants de chaque pays. En effet, les variants peuvent déjà circuler sans que les pays aient été en mesure de les identifier.

Pour en savoir + sur ces variants émergents du SARS-CoV-2 :

- Évaluation de risque de l'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 de l'OMS : <https://www.who.int/csr/don/31-december-2020-sars-cov2-variants/en/>
- Weekly report de l'OMS du 12 janvier 2021 : <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---12-january-2021>

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 01 (du 04 au 10 janvier 2021), **les indicateurs épidémiologiques de suivi de l'épidémie de COVID-19 montraient une progression de la circulation du SARS-CoV-2** dans un contexte de circulation du virus à un niveau déjà élevé. Cette augmentation fait suite à la période de vacances et aux rassemblements festifs de fin d'année et à l'apparition de variants dont la transmissibilité est potentiellement plus élevée. Dans ce contexte, il y a un risque que la circulation virale continue de s'intensifier dans les semaines à venir.

Au niveau national, en semaine 01, le recours au dépistage était en augmentation par comparaison à la semaine précédente, pendant laquelle une diminution de l'activité de dépistage avait été constatée **en fin d'année** (+9% entre S53 et S01 et -39% entre S52 et S53). En semaine 01, le taux de dépistage était de 2 910/100 000 habitants (soit 1 953 125 personnes testées). Il restait le plus élevé chez les 15-44 ans (3 759) mais à un niveau stable (+2%) tandis qu'une augmentation était constatée chez les 75 ans et plus (3 591, +23%).

Le dépistage était en augmentation chez les personnes symptomatiques (+34% entre S53 et S01) qui représentaient 22% des personnes testées en S01 (vs 17% en S53), tandis qu'il était stable chez les personnes asymptomatiques (+1%).

En semaine 01, l'augmentation du nombre de nouveaux cas confirmés s'accroît davantage par rapport à la semaine précédente (+30% vs +17% entre S53 et S52) dans l'ensemble des classes d'âge, avec un nombre total de cas confirmés de 126 022 (vs 97 025 cas en S53). Le **taux d'incidence était** de 188 pour 100 000 habitants (vs 145 en S53), **avec 18 003 cas confirmés en moyenne chaque jour**.

En semaine 01, **les personnes de 15 à 44 ans étaient les plus touchées** par le SARS-CoV-2 (incidence de 243/100 000 habitants en S01), suivies de celles **âgées de 75 ans et plus** (230) puis de **45-64 ans** (187). L'augmentation était observée dans toutes les classes d'âge, mais plus fortement chez les **moins de 15 ans** (+46%). Chez les plus jeunes, les taux d'incidence ont augmenté de 47% chez les 0-9 ans (50/100 000) et de 46% chez les 10-19 ans (184).

Parmi l'ensemble des cas diagnostiqués en semaine 01, la proportion des personnes présentant des symptômes (53% des cas) était stable en comparaison à la semaine précédente (52%). Le nombre de cas était en augmentation chez les personnes symptomatiques (+33% entre S53 et S01) et asymptomatiques (+25%).

Le **taux de positivité au niveau national (6,5%)** était en augmentation par rapport à celui de la semaine précédente (5,4%, soit +1,1 point), en particulier chez les moins de 15 ans (10,1%, +2,4 points).

L'augmentation du nombre de cas confirmés progresse plus fortement que celle du dépistage, signifiant un réel accroissement du nombre de contaminations entre les semaines 53 et 01.

En semaine 01, les indicateurs de **contact tracing** montrent l'**impact des rassemblements festifs de fin d'année** sur l'évolution de l'épidémie. Le nombre de nouveaux cas observé en semaine 53 poursuit sa hausse en semaine 01, en lien avec l'augmentation marquée du nombre de personnes-contacts observée en semaine 53. Le **nombre moyen de personnes-contacts par cas** en semaine 01 reste **stable**, tout comme la proportion de personnes-contacts qui n'appartiennent pas au même foyer que le cas index, et la proportion de cas revenant d'un voyage (hors département ou pays de résidence).

En semaine 01, les **contacts à risque semblent moins intergénérationnels qu'en semaine 53**, avec une diminution du nombre de contacts à risque entre les plus de 60 ans et les plus jeunes. Néanmoins, ces proportions semblent toujours plus élevées qu'au cours des semaines de confinement, et il faudra en mesurer l'évolution dans les jours et semaines à venir.

Les **chaînes de transmission** continuent à être mieux identifiées : un quart des nouveaux cas appartiennent à une chaîne connue (vs 25,4% en S53 et 20,3% en S52). Comme en semaine 53, cela pourrait indiquer une facilité à retracer une liste complète des personnes-contacts durant cette période de regroupement entre proches. Néanmoins, cette situation n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire.

En médecine générale, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était **en augmentation** en comparaison à celui de la semaine précédente (95/100 000 habitants en S01 vs 65 en S53).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était également en hausse en semaine 01 (+14% entre S53 et S01) pour la 2^e semaine consécutive.

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), le nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel avait atteint un pic en semaine 45 puis entamé une décroissance. Une augmentation du nombre de cas confirmés de COVID-19 est observée en semaine 01, alors que les données de la semaine 01 ne sont pas consolidées. Cette augmentation pourrait être liée aux interactions sociales plus fréquentes en période de fin d'année. 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 est stable** en semaine 01 (+0,7%), après trois semaines de hausse, mais cela est probablement à mettre en lien avec la modification du recours aux soins durant les congés de fin d'année.

En milieu hospitalier, en semaine 01, les taux hebdomadaires d'hospitalisations et de nouvelles admissions en réanimation par date de déclaration **ont augmenté** par rapport à la semaine 53 (respectivement +19% et +21%). Par date d'admission, les données ne sont pas encore consolidées du fait du délai de déclaration pendant la période de fin d'année. Cependant, cette tendance à l'augmentation est déjà observée à ce jour : +6% pour le nombre de personnes hospitalisées et +5% pour le nombre de personnes admises en réanimation. **Le nombre de patients hospitalisés en France pour COVID-19 restait élevé**, avec **24 737** cas de COVID-19 hospitalisés le 12 janvier 2021, dont **2 688 en réanimation**.

En France métropolitaine, les **estimations du R-eff calculées à partir des trois sources sont supérieures à 1 de façon significative** (1,19 pour les données virologiques (tests PCR et tests antigéniques, SI-DEP), 1,06 pour les données d'hospitalisations (SI-VIC) et 1,02 pour les passages aux urgences (OSCOUR®) pour suspicion de COVID-19). Le passage de cet indicateur au-dessus de 1 montre une progression de la circulation du virus. Les valeurs de R-eff, qui permettent de décrire la dynamique de l'épidémie, 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**, incluant les décès survenus en milieu hospitalier et dans les établissements médico-sociaux (décès survenus à domicile non inclus), restait stable à un niveau élevé en semaine 53 en comparaison de la semaine précédente (2 360 vs 2 344 décès en S52, +0,7%).

En semaine 01, 2 298 décès avaient été recensés mais les données des décès en ESMS n'étant pas consolidées, l'évolution ne peut pas encore être interprétée. À noter que le nombre de décès liés à la COVID-19 est élevé : plus de 68 000 décès sont actuellement comptabilisés sur la période du 1^{er} mars 2020 au 12 janvier 2021.

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). Au niveau national, l'excès de mortalité a atteint un niveau exceptionnel en semaine 45 (+33%) et en semaine 46 (+31%). L'excès de mortalité était de +19% en S50, +15% en semaine 51 et +11% en semaine 52 et se maintient à un niveau élevé. 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 53 sera précisée la semaine prochaine.

L'augmentation du nombre de cas confirmés pourrait présager une augmentation supplémentaire du nombre d'hospitalisations et de décès dans les semaines à venir. En effet, les formes graves surviennent à distance du début des signes cliniques : les hospitalisations et les admissions en réanimation surviennent avec un décalage d'une à deux semaines après le début des signes et le décès avec un décalage de 3 à 4 semaines.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

La majorité des régions métropolitaines restait fortement touchée par l'épidémie en semaine 01. Une augmentation du taux d'incidence a été observée dans toutes les régions métropolitaines.

En semaine 01, les **plus forts taux d'incidence** étaient à nouveau observés dans l'est de la France dans les régions les plus impactées : **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (311/100 000 habitants), **Bourgogne-Franche-Comté** (285), **Grand Est** (239) et **Auvergne-Rhône-Alpes** (222). Ces quatre régions ainsi que la région Centre-Val de Loire présentaient les taux de positivité les plus élevés. À noter que contrairement aux autres régions, l'augmentation du taux d'incidence était inférieure à celle du taux de dépistage en Grand Est (+4% vs +8%) et en Bourgogne-Franche-Comté (+15% vs +17%).

En semaine 01, les taux hebdomadaires d'hospitalisations étaient en hausse dans toutes les régions de France métropolitaine, excepté en Corse où le taux a diminué. **Les taux d'hospitalisations les plus élevés** ont été enregistrés en **Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes**.

En semaine 01, **les plus forts taux hebdomadaires d'admissions en réanimation** étaient rapportés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes**. Le taux hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation a augmenté dans toutes les régions de France métropolitaine, excepté en Grand Est (-8%), Bourgogne-Franche-Comté (-7%), Bretagne (-6%) et Centre-Val de Loire (-2%).

En semaine 01, les **plus forts taux de décès** (données hospitalières consolidées et données ESMS non consolidées) rapportés à la population étaient observés en **Bourgogne-Franche-Comté, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes**.

En semaine 53, un excès du **nombre de décès toutes causes** et tous âges confondus était enregistré dans 6 régions : **Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val-de-Loire, Grand Est, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur**.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

• **En Guyane, les indicateurs virologiques étaient en augmentation en semaine 01** (taux d'incidence et taux de positivité). Le taux d'hospitalisations était en augmentation modérée (11,4/100 000 habitants en S01 vs 10,0 en S53).

• **En Guadeloupe, les taux d'incidence et de positivité étaient en augmentation**. Le taux d'hospitalisations se stabilisait (0,8 en S01 vs 0,5 en S53).

• **En Martinique, le taux d'incidence était en diminution**, tandis que le taux de positivité était stable. Le taux d'hospitalisations tendait à augmenter (1,1 en S01 vs 0,6 en S53).

• **À La Réunion, le taux d'incidence était en augmentation**, tandis que le taux de positivité était stable. Le taux d'hospitalisations a augmenté (2,0 en S01 vs 0,8 en S53).

• **À Mayotte, le taux d'incidence était en augmentation**, tandis que le taux de positivité était stable. Le taux d'hospitalisations diminuait (2,9 en S01 vs 3,9 en S53).

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 91% des personnes décédées de la COVID-19 à l'hôpital depuis le 1^{er} mars 2020, et 68% des personnes hospitalisées en réanimation le 12 janvier 2021.

La surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation lors de la 2^e vague indiquait une proportion élevée d'hommes (71%), de personnes de 65 ans et plus (63%) 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 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 2020 et le 10 janvier 2021, 356 cas de PIMS ont été signalés. En France, l'incidence des PIMS en lien avec la COVID-19 (298 cas) a été estimée à 20,5 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 **61 526** cas d'infection au SARS-CoV-2 au 11 janvier 2021. Parmi ces cas, 18 étaient décédés en lien avec leur infection à SARS-CoV-2 (aucun décès rapporté depuis juin 2020). Le nombre hebdomadaire de cas rapportés était stable entre les semaines 49 et 51, après une diminution depuis la semaine 45. Les données des semaines 52, 53-2020 et 01-2021 ne sont pas consolidées. 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.

Dans le cadre de la surveillance des infections nosocomiales (e-SIN), entre le 1^{er} janvier 2020 et le 03 janvier 2021, 2 729 signalements de cas de COVID-19 nosocomiaux, survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un établissement de santé, ont été enregistrés (données disponibles dans le [Point épidémiologique du 07 janvier 2021](#)).

► Variants émergents du SARS-CoV-2

Suite à l'identification des **variants SARS-CoV-2 émergents** signalés à l'OMS mi-décembre 2020, **VOC 202012/01** (*Variant Of Concern, year 2020, month 12, variant 01*) détecté au **Royaume-Uni** et **501Y.V2** détecté en Afrique du Sud, une surveillance a été mise en place en France afin d'évaluer et de suivre leur diffusion sur le territoire national.

Le 9 janvier 2021, un nouveau variant B.1.1.2.8. ayant émergé au Brésil a également été notifié à l'OMS. Aucun cas d'infection au nouveau variant B.1.1.2.8. n'a été signalé à ce jour en France.

Au 13 janvier 2021, 66 cas d'infection au variant VOC 202012/01 (variant identifié au Royaume-Uni) et **trois cas d'infection au variant 501Y.V2** (variant identifié en Afrique du Sud) ont été confirmés en France métropolitaine. Ces cas ont été recensés dans différentes régions de France métropolitaine. Il est probable que la diffusion de ces variants sur le territoire national soit actuellement sous-estimée.

Les résultats préliminaires de l'enquête Flash Variant menée les 7 et 8 janvier 2021 sur les tests RT-PCR positifs au SARS-CoV-2 montraient que les cas de COVID-19 liés au variant VOC 202012/01 pourraient représenter 1 à 2 % des cas actuellement recensés en France. Ces cas de COVID-19 liés au variant du Royaume-Uni semblent répartis de manière hétérogène sur le territoire de France métropolitaine, mais cette analyse doit rester prudente du fait d'une participation variable des laboratoires selon les régions et dans l'attente des résultats des analyses de séquençage en cours.

À ce jour, il n'y a pas d'élément en faveur d'une plus grande sévérité des cas induits par ce variant. Cependant il se distingue des virus circulants par une capacité de diffusion plus importante. Les travaux menés en Angleterre ont conclu à une transmissibilité augmentée de plus de 50%, voire de 75% par rapport aux souches circulant actuellement. Des travaux de modélisation sont en cours afin d'estimer l'impact sur la dynamique épidémique de la diffusion probable de ce variant en France dans les prochaines semaines. Le renforcement de la surveillance génomique du SARS-CoV-2, qui associe Santé publique France, le CNR et plusieurs laboratoires fédérés au sein de l'ANRS Maladies Infectieuses Émergentes, associés aux travaux de modélisation, permettront de guider les décisions concernant la nécessité d'un renforcement des mesures de contrôle de l'épidémie.

► 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](#).

La campagne de vaccination a débuté le 27 décembre 2020, et s'est intensifiée depuis le 04 janvier 2021. Elle a visé dans un premier temps essentiellement les résidents en EHPAD et certains professionnels de ces établissements. Un élargissement des cibles vaccinales est en cours ainsi qu'un déploiement des vaccins dans l'ensemble des régions afin d'augmenter la couverture vaccinale de la population-cible. L'accélération de la vaccination est primordiale pour faire face à l'augmentation de la circulation du SARS-CoV-2 et à la présence sur le territoire national de variants émergents qui présentent une contagiosité supérieure aux variants actuellement majoritaires.

Dans l'attente des indicateurs qui seront fondés sur le système d'information Vaccin Covid et d'après les données transmises par les Agences régionales de Santé (ARS), **247 166 personnes avaient été vaccinées** contre la COVID-19 en France au 13 janvier 2021.

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>

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).

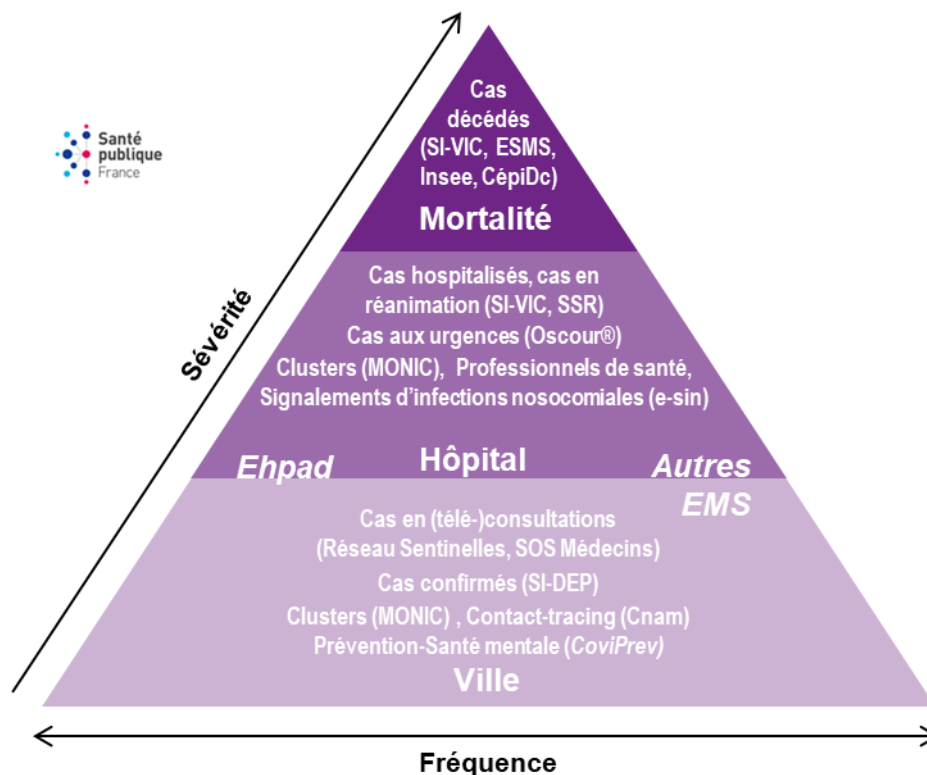
Mortalité toutes causes (Insee) : nombre de décès toutes causes par âge, avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).

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



CèpiDc-Inserm : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ; Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; EMS : Etablissement médico-social ; ESMS : Etablissement social et médico-social ; Insee : Institut national de la statistique et des études économiques ; MONIC : Système d'information de monitoring des clusters ; Oscour@ : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences ; SI-DEP : Système d'informations de dépistage ; SI-VIC : Système d'information des victimes ; SSR : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs. 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



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 : Delphine Viriot, Christine Campèse, Nelly Fournet, Nicolas Méthy, Judith Benrekassa, Didier Che

Systèmes de surveillance : Fatima Aït El Belghiti, Denise Antona, Jonathan Bastard, Ghaya Ben Hmidene, Anne Berger-Carbonne, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Mathias Bruyand, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Mélanie Colomb-Cotinat, Kostas Danis, Julien Durand, Myriam Fayad, Julie Figoni, Laure Fonteneau, Cécile Forgeot, Camille Fortas, Anne Fouillet, Scarlett Georges, Katia Hammad, Imene Horrigue, Yu Jin Jung, Edith Laurent, Yann Le Strat, Daniel Levy-Bruhl, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Michael Padget, Elisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Isabelle Pujol, Alexandra Septfons, Cécile Sommen, Benjamin Taisne, Pierre-Etienne Toulemonde, Sophie Vaux

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

14 janvier 2021