

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 20 janvier 2021.**

► Points clés

En semaine 02, persistance de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé

- Stabilisation des taux d'incidence, de positivité et de dépistage au niveau national
- Augmentation du nombre de cas chez les 75 ans et plus, et dans les EHPAD
- Augmentation des hospitalisations et admissions en service de réanimation depuis début janvier
- Régions toujours 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 131 cas d'infection au variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni) et de 10 cas d'infection au variant 501Y.V2 (Afrique du Sud)

Prévention

- Vaccination : 692 777 personnes vaccinées au 20 janvier 2021
- Renforcement de l'adoption des mesures barrières et de la limitation des contacts pour tous
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires semaine 02 (du 11 au 17 janvier 2021)

	S02*	S01	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	128 551	126 734	+1%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	6,7%	6,5%	+0,2 point
Taux de dépistage (/100 000 habitants) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	2 873	2 927	-2%
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 718	2 749	-1%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	6 119	5 543	+9,5%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	9 631	8 872	+9%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 418	1 375	+3%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	2 142	2 601	Non consolidée

* Données non consolidées

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars 2020 au 19 janvier 2021

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	287 310
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	71 342



► Point de situation en semaine 02 (du 11 au 17 janvier 2021)

En semaine 02 (du 11 au 17 janvier 2021), les indicateurs épidémiologiques de suivi de l'épidémie de COVID-19 montraient une persistance de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé.

Au niveau national, en semaine 02, 1 928 414 personnes ont été testées et 128 551 ont été confirmées positives au SARS-CoV-2, soit **18 364 nouveaux cas confirmés en moyenne chaque jour**. Les indicateurs virologiques montraient une **stabilisation du taux d'incidence et du taux de dépistage**, avec toutefois des disparités observées par classe d'âge. En semaine 02, **les personnes de 75 ans et plus étaient les plus touchées par le SARS-CoV-2**, et le nombre de cas confirmés dans cette classe d'âge était **en augmentation**.

Les indicateurs du suivi des contacts semblaient indiquer une diminution des contacts à risque intergénérationnels après l'augmentation observée lors des fêtes de fin d'année et une stabilisation du nombre de cas et de personnes-contacts à des niveaux encore très élevés. La moins bonne identification des chaînes de transmission peut avoir des conséquences d'amplification de la circulation du SARS-CoV-2 dans le contexte de la diffusion de variants émergents plus transmissibles.

Si les indicateurs pour la médecine libérale étaient stables en semaine 02, les taux hebdomadaires de passages aux urgences, **d'hospitalisations et de nouvelles admissions en réanimation ont augmenté** (pour la deuxième semaine consécutive pour les hospitalisations conventionnelles et en réanimation). **Le nombre de patients hospitalisés en France pour COVID-19 restait élevé**, avec **25 567** personnes hospitalisées le 19 janvier 2021, dont **2 839 en réanimation**.

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), **les nombres de cas confirmés, ainsi que de décès** survenus dans les établissements, **étaient en augmentation depuis début janvier 2021**.

Le **nombre hebdomadaire de décès**, incluant les décès survenus en milieu hospitalier et dans les établissements médico-sociaux, **a augmenté en semaine 01**. Ainsi, plus de **71 000 décès liés à la COVID-19** ont été rapportés du 1^{er} mars 2020 au 19 janvier 2021.

Au 20 janvier 2021, **131 cas d'infections au variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni) et 10 cas d'infections au variant 501Y.V2 (Afrique du Sud) ont été rapportés en France**. Plusieurs actions sont en cours pour évaluer et suivre la diffusion sur le territoire national de ces variants émergents.

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 systématique à ces mesures est encore plus importante dans le contexte de l'identification de variants émergents, avec une contagiosité supérieure à celle des variants actuellement majoritaires.

La campagne de vaccination, débutée le 27 décembre 2020, **s'est intensifiée** depuis le 04 janvier 2021 et s'adresse prioritairement aux personnes les plus vulnérables et aux professionnels de santé. Dans l'attente des indicateurs de couverture vaccinale qui seront basés sur le système d'information Vaccin Covid et d'après les données transmises par les Agences régionales de Santé (ARS), **692 777** personnes avaient été vaccinées contre la COVID-19 en France au 20 janvier 2021.

L'accélération du déploiement de la campagne de 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 recommandée pour renforcer les mesures de suivi des contacts et d'isolement rapide.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
IMPACT DES COUVRE-FEUX ANTICIPÉS SUR LA DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 À L'ÉCHELLE DES DÉPARTEMENTS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE	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 DE LA MORTALITÉ.....	37
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	44
PRÉVENTION	46
SITUATION INTERNATIONALE.....	47
POINT SUR LES VARIANTS ÉMERGENTS DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL	50
POINT SUR LA VACCINATION AU NIVEAU INTERNATIONAL	53
SYNTHÈSE	54
SOURCES DES DONNÉES	59

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.

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

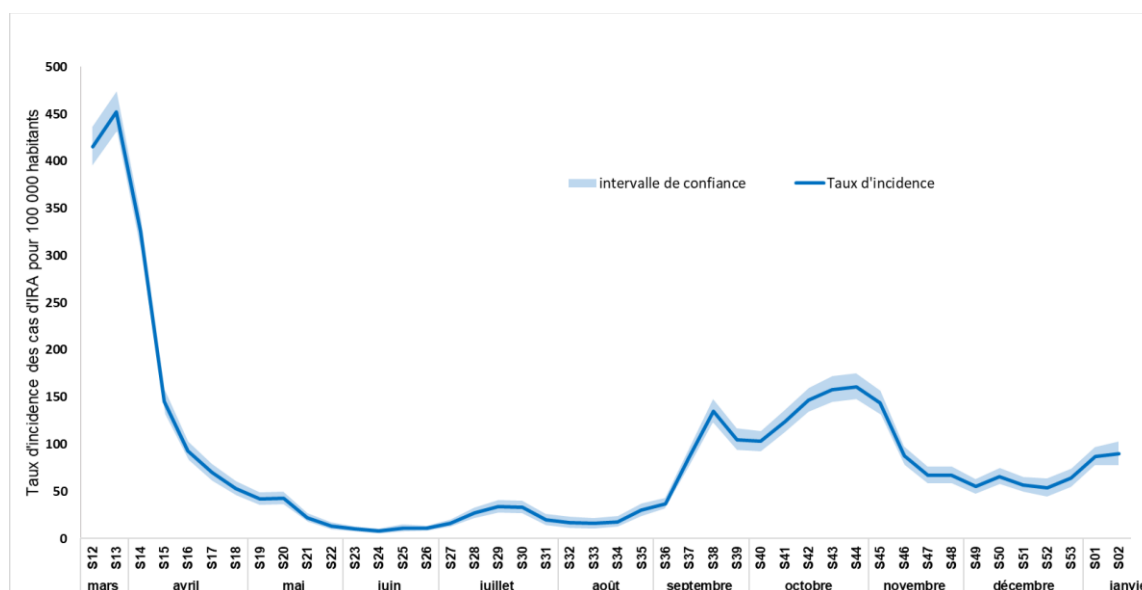
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le Réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes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

• **En semaine 02** (du 11 au 17 janvier 2021), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 90/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [77-103]) en France métropolitaine, stable par rapport à celui de la semaine 01 : 87/100 000 habitants (IC95% : [77-103]) (Figure 1).

• **En semaine 02**, sur les 33 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, 4 prélèvements se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2, 3 étaient positifs pour un rhinovirus, 1 pour un métapneumovirus, 1 pour un virus respiratoire syncytial (VRS) et 1 pour un virus grippal de type B/Victoria.

• Depuis la semaine 37, sur les 608 prélèvements effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés sur prélèvement nasopharyngé, 229 (38%) étaient positifs pour un rhinovirus, 109 (18%) pour le SARS-CoV-2, 7 pour un métapneumovirus et 2 pour un VRS. Deux prélèvements se sont avérés positifs pour un virus grippal de type B/Victoria en semaine 49 et en semaine 02.

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 02 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

• Depuis le 03 mars 2020, **168 218 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 19 janvier 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

• **En semaine 02** (du 11 au 17 janvier 2021), **2 718 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%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (13%), Auvergne-Rhône-Alpes (12%), Nouvelle-Aquitaine (12%), Hauts-de-France (9%) et Grand Est (8%).

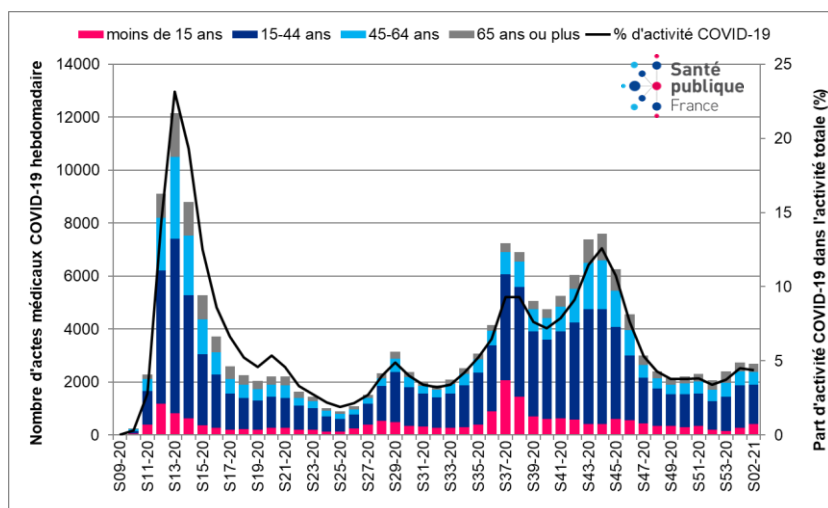
• **En semaine 02**, après 2 semaines consécutives de hausse, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 tous âges était stable par rapport à la semaine précédente avec **2 718 actes** enregistrés (vs 2 749 actes en S01, soit -1%, données consolidées).

• Selon l'âge, le nombre d'actes était en forte hausse chez les **2-14 ans** (+54% soit +135 actes), stable chez les **moins de 2 ans** (24 actes vs 23 actes en S01) et les **75 ans et plus** (195 actes vs 194 actes en S01) et en baisse chez les **15-74 ans** (-8% soit -175 actes). La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge** était comparable à celle de la semaine précédente : 0-4 ans : 4%, 5-14 ans : 11%, 15-44 ans : 55%, 45-64 ans : 18%, 65-74 ans : 5%, 75 ans et plus : 7%.

• **Au niveau régional**, les nombres d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en baisse dans la majorité des régions ; cette baisse était plus marquée en Auvergne-Rhône-Alpes (-15% soit -57 actes) et Grand Est (-12% soit -31 actes). Dans 5 régions métropolitaines, une hausse du nombre d'actes a été observée : Provence-Alpes-Côte d'Azur (+11% soit +35 actes), Centre-Val de Loire (+44% soit +28 actes), Pays-de-la-Loire (+14% soit +20 actes), Nouvelle-Aquitaine (+7% soit +22 actes) et Occitanie (+10% soit +13 actes).

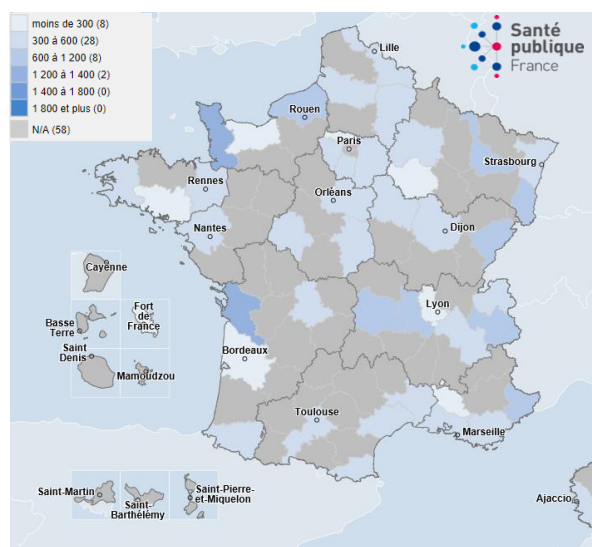
• La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était stable à 4,5% (vs 4,6% en S01) (Figure 2).

Figure 2. Nombre hebdomadaire d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 24 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 02-2021, 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).

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 de cas confirmés pendant cette période.

Depuis le 13 mai 2020, la surveillance 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 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). Du fait de l'intégration incomplète des TA TROD dans la base SI-DEP lors de l'introduction de ces tests, le décompte des cas confirmés a pris en compte 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). 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).

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.

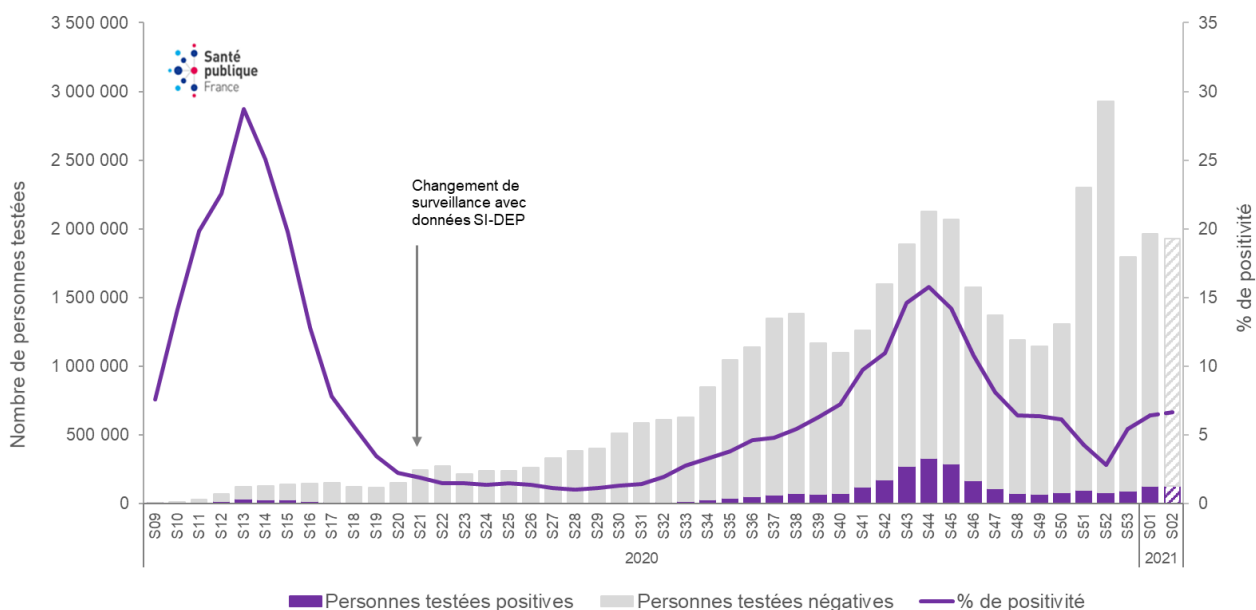
Cas confirmé de COVID-19 : une personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir [définition de cas](#)).

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

- Au niveau national, en semaine 02, 1 928 414 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 1 964 532 en S01, soit -2%). En S02, **128 551 nouveaux cas confirmés** ont été rapportés, **nombre stable** par rapport à celui de la semaine 01 où 126 734 nouveaux cas avaient été rapportés, soit +1% (Figures 4 et 5).

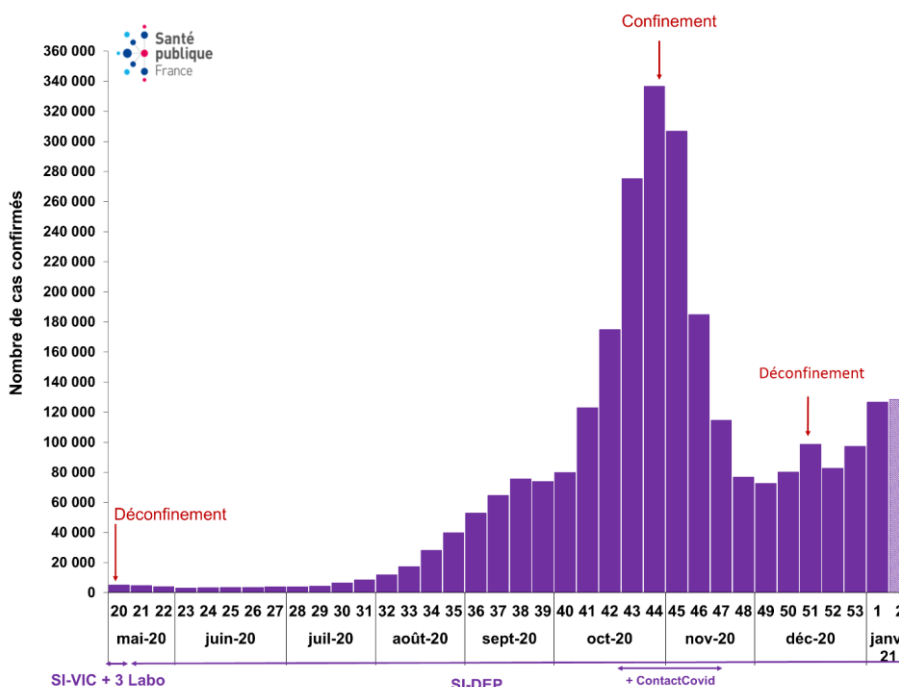
- Au 20 janvier 2021, **un total de 2 965 117 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

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 20 janvier 2021)



Semaine 02 : 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 17 janvier 2021, France (données au 20 janvier 2021)

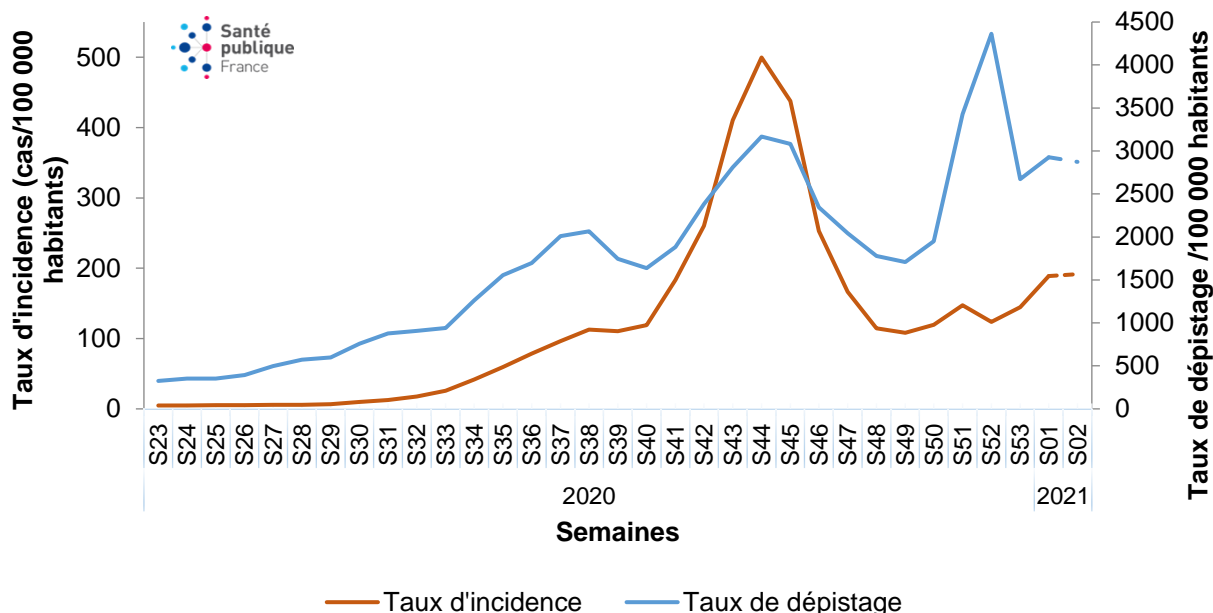


Semaine 02 : données non consolidées

● En S02, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **6,7%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), stable par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (6,5% en S01, soit +0,2 point) (Figure 4).

- **Le taux national d'incidence** des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **192 cas/100 000 habitants** en S02, stable par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (189 cas/100 000 hab. en S01, +1%) (Figure 6).
- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **2 873/100 000 habitants, en légère diminution** par rapport à la semaine 01 (2 927 /100 000 hab., -2%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 20 janvier 2021)



*Semaine 02 : données non consolidées
Source SI-DEP*

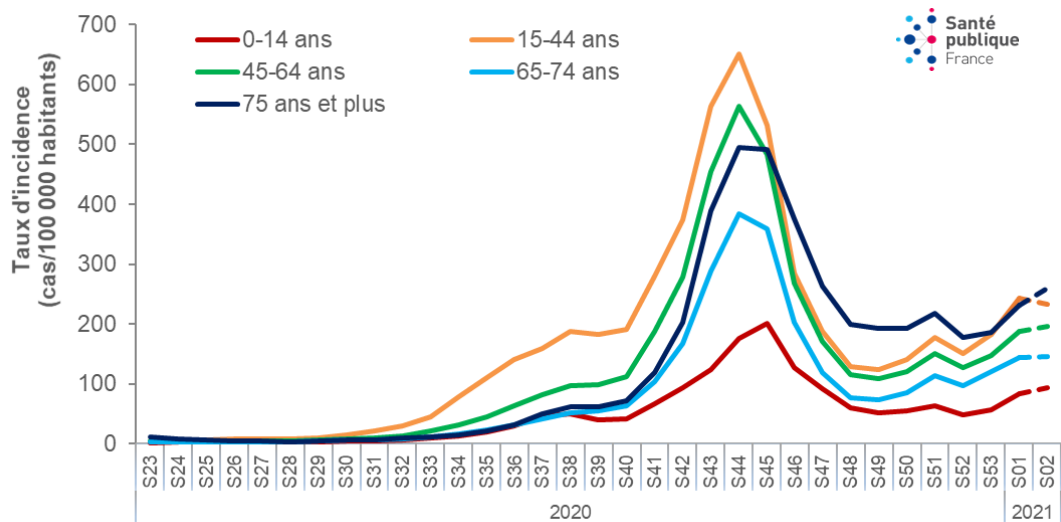
- **La proportion des tests effectués en S02** et intégrés dans la base SI-DEP de Santé publique France le jour même ou le lendemain du prélèvement était de 97%, en augmentation par rapport à la semaine précédente (93% en S01).

Analyse par classes d'âge

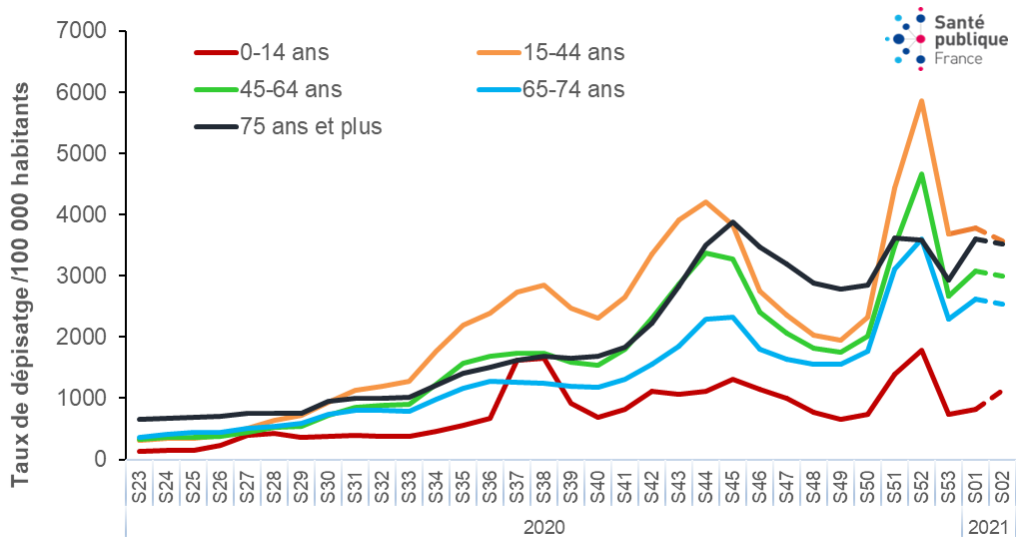
- En semaine 02, au niveau national, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 94 chez les 0-14 ans, 233 chez les 15-44 ans, 196 chez les 45-64 ans, 145 chez les 65-74 ans et 259 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).
- En semaine 02, **le taux d'incidence a augmenté par rapport à la S01** chez les 0-14 ans (+13%), suivis par les 75 ans et plus (+12%) et les 45-64 ans (+4%). Ce taux était stable chez les 65-74 ans et en légère diminution chez les 15-44 ans (-4%) (Figure 7a).
Parmi les plus jeunes, les taux d'incidence suivaient la même dynamique avec +11% chez les 0-9 ans, +3% chez les 10-19 ans et -12% chez 20-29 ans.
- En semaine 02, par rapport à la S01, le **taux de dépistage était en diminution dans toutes les classes d'âge, sauf chez les 0-14 ans où il était en augmentation (+38%)**. La diminution la plus marquée était chez les 15-44 ans (-5%) suivis par les 65-74 ans (-3%), les 45-64 ans et les 75 ans et plus (-2%) (Figure 7b).
- En semaine 02, le **taux de positivité** des personnes testées était en diminution par rapport à la S01 chez les 0-14 ans (-1,9 point). Il était en légère hausse dans le reste des classes d'âge : chez les 15-44 ans (+0,1 point), les 45-64 ans (+0,4 point), les 65-74 ans (+0,2 point) et les 75 ans et plus (+0,9 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 20 janvier 2021)

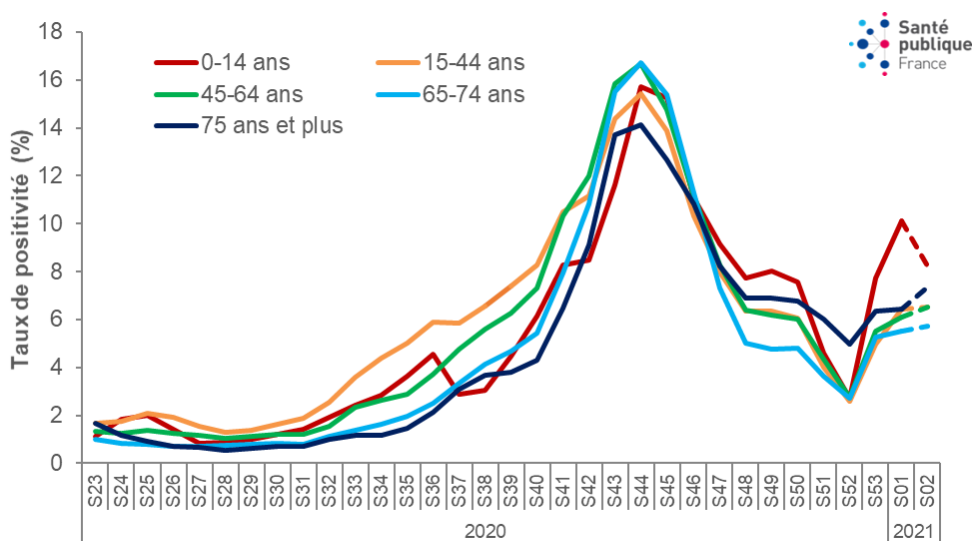
7a



7b



7c



Semaine 02 : données non consolidées
Source : SI-DEP

Dépistage selon la présence de symptômes

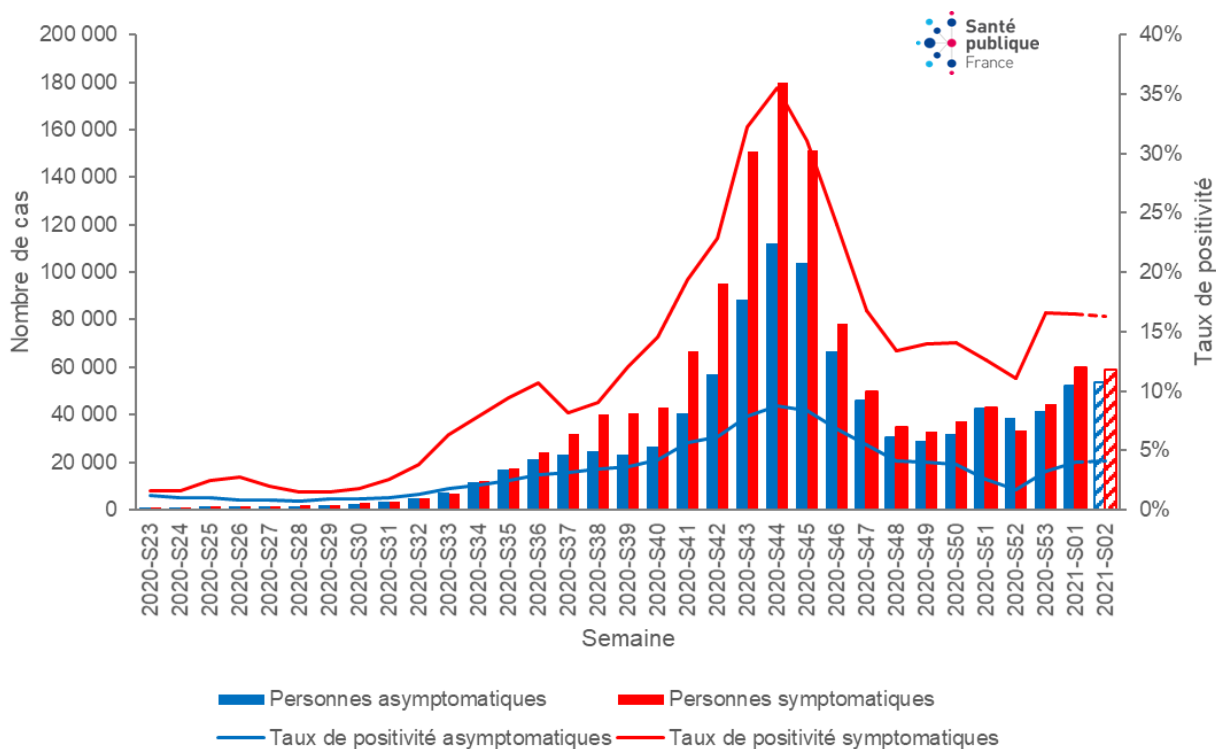
- **Parmi l'ensemble des personnes testées en S02** (quel que soit le résultat du test), 78% se déclaraient sans symptômes, proportion stable par rapport à la S01 (78%). Le nombre de personnes testées selon la présence ou non de symptômes était stable en S02 par rapport à la S01 : chez les asymptomatiques il était de 1 303 987 en S02 (vs 1 320 510 en S01, soit -1%) et chez les symptomatiques il était de 360 362 (vs 362 958 en S01, soit -0,7%).

- **En S02, 52% des cas présentaient des symptômes** (données disponibles pour 112 380 cas). Cette proportion est stable par rapport à la S01, où elle était de 53% (Figure 8).

- En S02, par rapport à la S01, **une légère augmentation du nombre de cas était observée chez les personnes testées asymptomatiques** (53 607 vs 52 433 en S01, soit +2%) **et une légère diminution des cas chez les personnes testées symptomatiques** (58 773 vs 59 854 en S01, soit -2%) (Figure 8).

- **En S02, le taux de positivité était de 16,3% chez les personnes symptomatiques, stable par rapport à la S01 (16,5%). Il était de 4,1% chez les asymptomatiques (4,0% en S01)** (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 (2 366 868 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23-2020, France métropolitaine (données au 20 janvier 2021)



Semaine 02 : 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**, 126 087 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 02, stable par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S01 avec 124 573 nouveaux cas, +1%). **Le taux de positivité** était de **6,7%** en S02, stable par rapport à la S01 (6,5% en S01, soit +0,2 point). **Le taux d'incidence** des cas confirmés **était stable** en S02 avec **194 cas/100 000 habitants** (vs 192 en S01, +1%). **Le taux de dépistage** était de **2 897/100 000 habitants** en S02, en **légère baisse** par rapport à la semaine précédente (2 956 en S01, -2%).

- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés **était, en semaine 02, au-dessus du seuil de 100/100 000 habitants dans 91 départements métropolitains (88 départements en S01)**. Les départements présentant les taux d'incidence (/100 000 habitants) les plus élevés étaient les Alpes-Maritimes (431), les Bouches-du-Rhône (326), le Jura (318), le Territoire de Belfort (305), le Var (294) et la Somme (281).

- Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés dans le Territoire de Belfort (10,7%), la Lozère (10,2%), la Haute-Loire (10%), le Jura (9,8%) et le Doubs (9,7%) (Figure 9b). **Le taux de positivité** était supérieur à 10% dans deux départements en S02 (quatre en S01).

- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage (/100 000 habitants)** en S02 étaient les Alpes-Maritimes (5 062), les Bouches-du-Rhône (4 641), Paris (4 487), la Corse-du-Sud (4 161) et le Var (4 135) (Figure 9c).

En outre-mer

- **En Guadeloupe**, les indicateurs SI-DEP étaient en **baisse** en semaine 02, avec un taux d'incidence de 26/100 000 habitants (32 en S01) et un taux de positivité de 3,1% (3,3% en S01).

- **En Martinique** en S02, le **taux d'incidence** était **stable** à 20/100 000 habitants (22 en S01), et le **taux de positivité en légère augmentation** : 2,1% vs 1,8% en S01.

- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient en **hausse** en S02, avec un taux d'incidence de 209/100 000 habitants (125 en S01) et un taux de positivité de 10,2% (6,5% en S01).

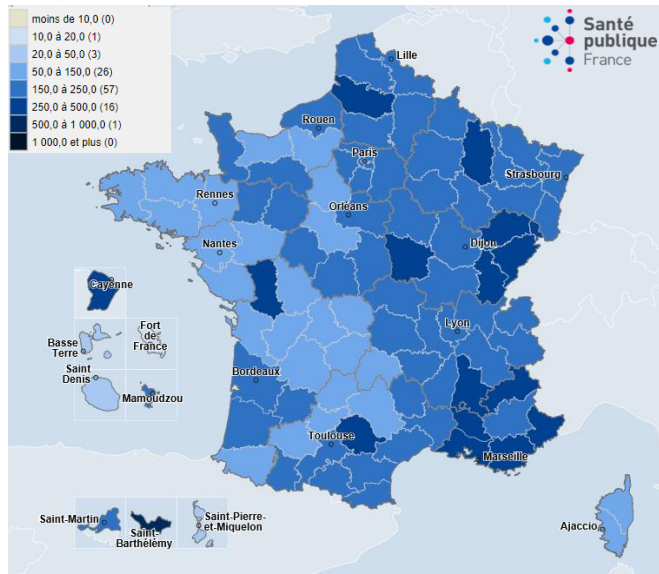
- **En Guyane**, les indicateurs étaient en **baisse** en S02 : le taux d'incidence était de 275/100 000 habitants (294 en S01) et le taux de positivité de 10,5% (11,2% en S01).

- **À Mayotte**, les indicateurs étaient en **hausse** en S02 : le taux d'incidence était de 190/100 000 habitants (93 en S01) et le taux de positivité de 13,1% (11,1% en S01).

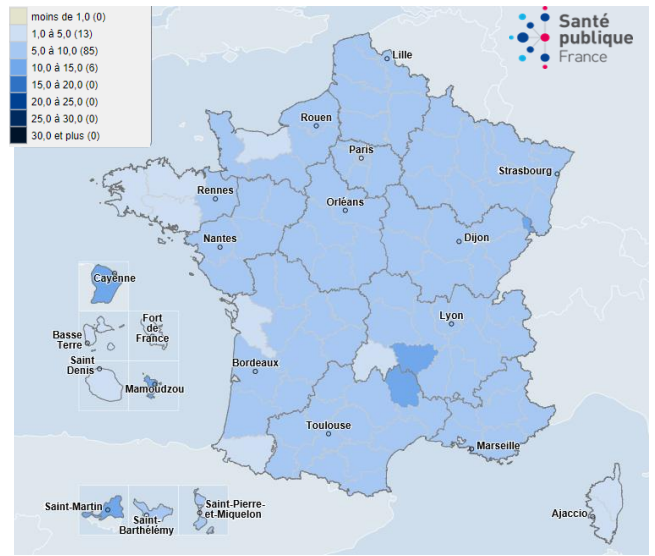
- **À La Réunion**, les indicateurs étaient en **baisse** en S02 : le taux d'incidence était de 27/100 000 habitants (32 en S01) et le taux de positivité était de 1,6% (2,0% en S01).

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 11 au 17 janvier 2021, par département, France (données au 20 janvier 2021)

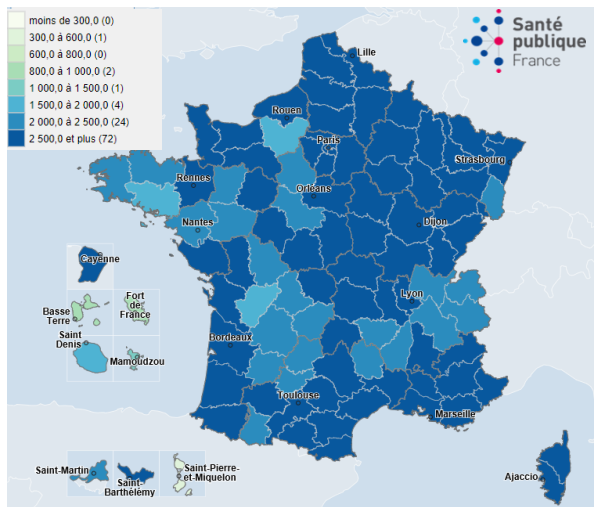
9a



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 20 janvier 2021**, 141 cas d'infection à des variants émergents étaient recensés en France : **131 cas du variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni) et 10 cas du variant 501Y.V2 (Afrique du Sud)** (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.

- Un ou plusieurs cas confirmés du variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni) sont recensés dans toutes les régions de France métropolitaine, excepté en Bourgogne-Franche-Comté. Aucun n'a été rapporté en Outre-mer (Figure 10a).

- Un ou plusieurs cas confirmés du variant 501Y.V2 (Afrique du Sud) sont recensés dans cinq régions de France métropolitaine (Grand Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire, Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes) et dans une région d'outre-mer (Mayotte) (Figure 10b). Ce variant a aussi été mis en évidence chez un patient comorien, évacué sanitaire à La Réunion. Celui-ci n'est pas comptabilisé dans le nombre total de cas.

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 S02-2021, France (données au 20 janvier 2021)

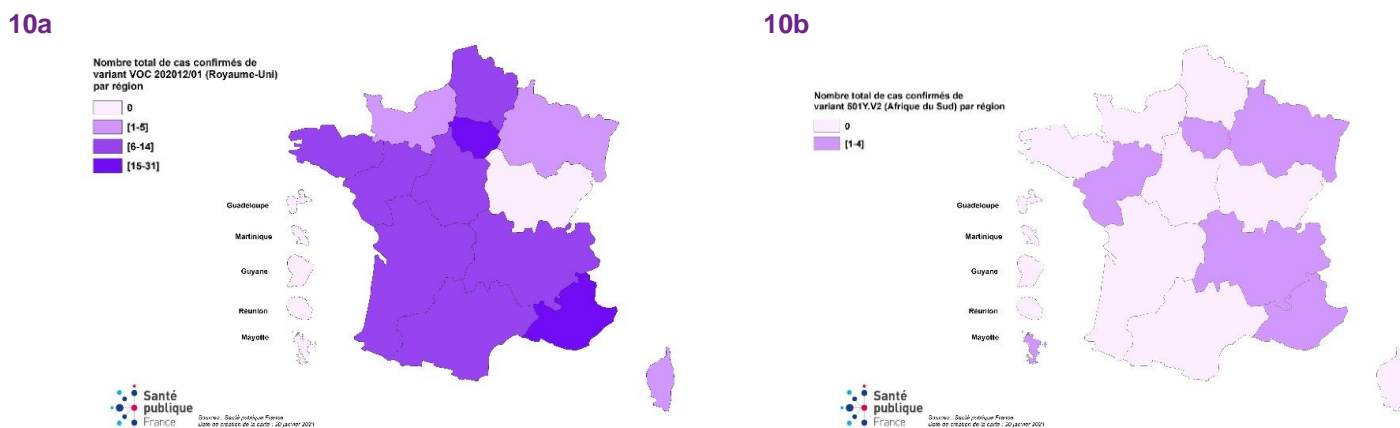
	Cas confirmés de variants émergents	dont variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni)	dont variant 501_V2 (Afrique du Sud)
NA*	14	11	3
S50	1	1	
S51	3	2	1
S52	28	26	2
S53	46	45	1
S01**	48	45	3
S02**	1	1	
Total	141	131	10

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

**Les données des semaines 01 et 02 ne sont pas consolidées.

Les données de la semaine en cours sont arrêtées le mercredi matin.

Figure 10. Répartition des cas d'infection de COVID-19 (10a) variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni) et (10b) variant 501Y.V2 (Afrique du Sud), par région*, rapportés à Santé publique France jusqu'au 20 janvier 2021, France



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

- En semaine 52, 166 séquençages ont été réalisés par le CNR. Les données des semaines 53 (260 séquençages) et 01 (453 séquençages) ne sont pas consolidées mais traduisent une très forte augmentation de cette activité de séquençage (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 S02-2021, France (n=1 020)

	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	166	34	3	66	61
S53*	260	72	2	69	109
S01*	453	34	9	251	155

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

- En semaine 02, 23 cas confirmés de COVID-19 mentionnaient le Royaume-Uni comme pays de provenance, et 6 cas confirmés mentionnaient l'Afrique du Sud (Tableau 3).

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 S02-2021, France

	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
S02*	23	6

*Les données de la semaine 02 ne sont pas consolidées.
Source : SI-DEP / DNUM

IMPACT DES COUVRE-FEUX ANTICIPÉS SUR LA DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 À L'ÉCHELLE DES DÉPARTEMENTS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE

● Depuis le 02 janvier 2021, un couvre-feu anticipé (18h00-06h00) a été mis en place dans 15 départements (6,4 millions d'habitants). Cette mesure a été élargie à 8 autres départements le 10 janvier et 2 supplémentaires le 12 janvier (7,4 millions d'habitants). Enfin, le couvre-feu anticipé a été généralisé à l'ensemble du territoire métropolitain (51 millions d'habitants) le 16 janvier 2021 (Figure 11).

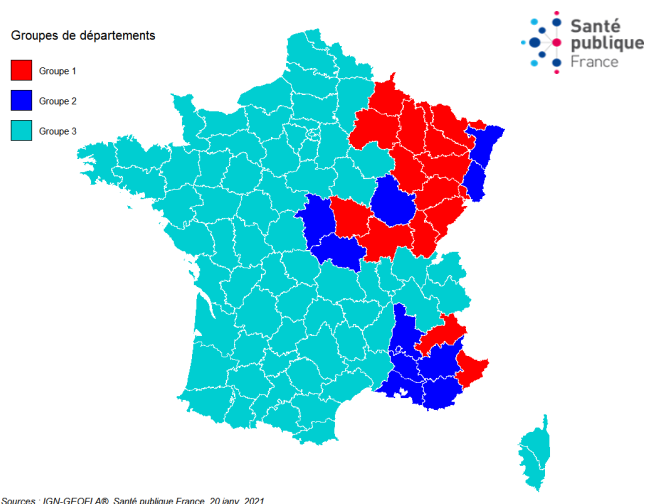
Les départements ont donc été classés en trois groupes :

Groupe 1 : 15 départements avec couvre-feu dès 18h à partir du 02 janvier 2021 ;

Groupe 2 : 10 départements avec couvre-feu dès 18h à partir des 10 et 12 janvier 2021 ;

Groupe 3 : 61 départements avec couvre-feu dès 18h à partir du 16 janvier 2021.

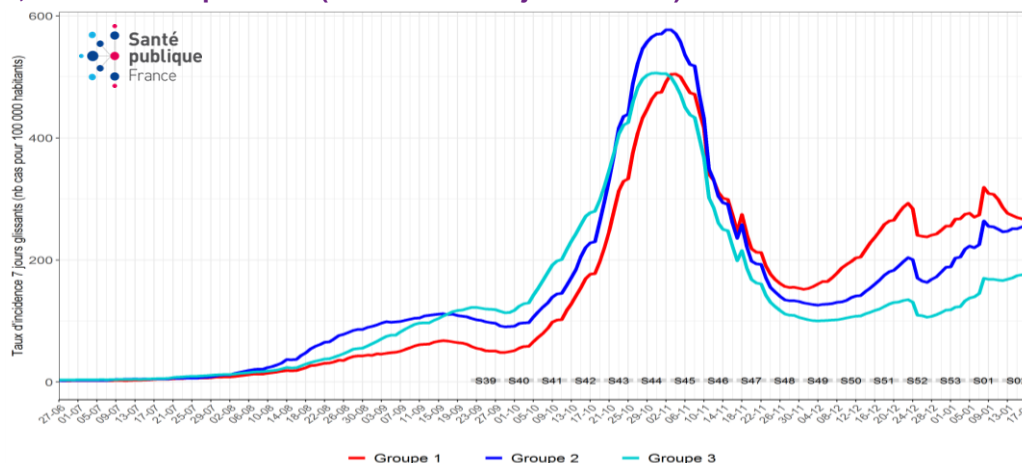
Figure 11. Répartition des départements classés par date de mise en place du couvre-feu anticipé, janvier 2021, France métropolitaine



● L'évolution journalière des taux d'incidence des cas confirmés (données SI-DEP) sur 7 jours glissants a été décrite dans ces trois groupes. Le pourcentage d'évolution des différents indicateurs de surveillance (taux d'incidence, de positivité et de dépistage) a été calculé chaque semaine calendaire par rapport à la semaine précédente.

● Le décrochage du taux d'incidence observé entre le 25 décembre 2020 et le 07 janvier 2021 correspond à la présence de jours fériés dans cette période, au cours desquels une diminution de l'activité de dépistage a été constatée (Figure 12). Ainsi, l'augmentation importante observée au 08/01 (période du 02 au 08/01) est probablement liée à la reprise de l'activité de dépistage après les vacances de Noël (augmentation du nombre de tests réalisés), entraînant de fait une augmentation du nombre de cas confirmés détectés.

Figure 12. Évolution du taux d'incidence sur 7 jours glissants par groupe de départements, du 27 juin 2020 au 17 janvier 2021, France métropolitaine (données au 20 janvier 2021)



- Entre les semaines 53 et 01, une augmentation du taux d'incidence est observée dans les trois groupes, mais elle est moins marquée dans le groupe 1 (Tableau 4). Par rapport à la semaine précédente, la variation du taux d'incidence est en effet de +15% dans le groupe 1, contre 24% et 36% dans les groupes 2 et 3, respectivement.

- En S02, on constate une diminution du taux d'incidence sur 7 jours glissants dans le groupe 1 (de 308/100 000 hab. en S01 à 267 en S02, soit -13,3%). Dans les deux autres groupes, le taux d'incidence est resté relativement stable (+0,7% dans le groupe 2 et + 4,7% dans le groupe 3).

- On observe des tendances comparables pour le taux de dépistage, alors que le taux de positivité est relativement stable quel que soit le groupe (Tableau 4).

Tableau 4. Variations hebdomadaires des taux d'incidence, de positivité et de dépistage par groupe de départements, du 21 décembre 2020 au 17 janvier 2021, France métropolitaine (données au 20 janvier 2021)

			S52	S53	S01	S02
Taux d'incidence (pour 100 000 hab.)	Groupe 1	Taux d'incidence	238	268	308	267
		S vs S-1 (%)	-	+12,5	+15,0	-13,3
	Groupe 2	Taux d'incidence	164	205	254	256
		S vs S-1 (%)	-	+25,3	+24,0	+0,7
	Groupe 3	Taux d'incidence	106	124	168	176
		S vs S-1 (%)	-	+16,5	+36,0	+4,7
Taux de positivité (%)	Groupe 1	Taux de positivité (%)	4,8	8,1	8,4	8,1
		S vs S-1 (%)	-	+70,5	+3,4	-2,9
	Groupe 2	Taux de positivité (%)	3,2	6,5	7,1	7,3
		S vs S-1 (%)	-	+100,8	+8,9	+3,1
	Groupe 3	Taux de positivité (%)	2,5	4,8	6,1	6,4
		S vs S-1 (%)	-	+95,0	+25,5	+5,2
Taux de dépistage (pour 100 000 hab.)	Groupe 1	Taux de dépistage	5 004	3 300	3 669	3 277
		S vs S-1 (%)	-	-34,0	+11,2	-10,7
	Groupe 2	Taux de dépistage	5 048	3 150	3 586	3 501
		S vs S-1 (%)	-	-37,6	+13,8	-2,4
	Groupe 3	Taux de dépistage	4 286	2 561	2 775	2 761
		S vs S-1 (%)	-	-40,2	+8,3	-0,5

En semaine 02, une diminution du taux d'incidence des cas confirmés de SARS-CoV-2 dans le groupe 1 des départements placés sous couvre-feu anticipé le 02 janvier et une stabilité de cet indicateur dans les autres départements ont été observées.

Dans le groupe 1, l'amélioration de la situation épidémiologique peut être en partie liée à la mise en place du couvre-feu anticipé, dont les effets sont théoriquement observables sur l'évolution du taux d'incidence à partir de S02. Néanmoins, l'évolution de la situation était déjà plus favorable dans ce groupe que dans les deux autres en semaine 01, alors qu'il était trop tôt pour que l'effet du couvre-feu anticipé puisse être observé. Cette différence pourrait être liée à des comportements plus prudents de la population pendant les fêtes dans ces départements où la circulation virale était particulièrement active et avait fait l'objet de campagnes de communication locales. Couplée aux vacances scolaires, une prise en compte par la population de la gravité de la situation a pu permettre un infléchissement de la courbe d'incidence. Puis, la mise en place du couvre-feu anticipé a pu avoir un effet cumulé, conduisant à une inversion de la situation épidémiologique et une amorce de diminution du taux d'incidence. L'évolution des indicateurs dans les trois groupes dans les jours à venir, en particulier dans les départements placés sous couvre-feu anticipé les 10 et 12 janvier, permettra de conforter ou d'infirmier cette hypothèse..

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.

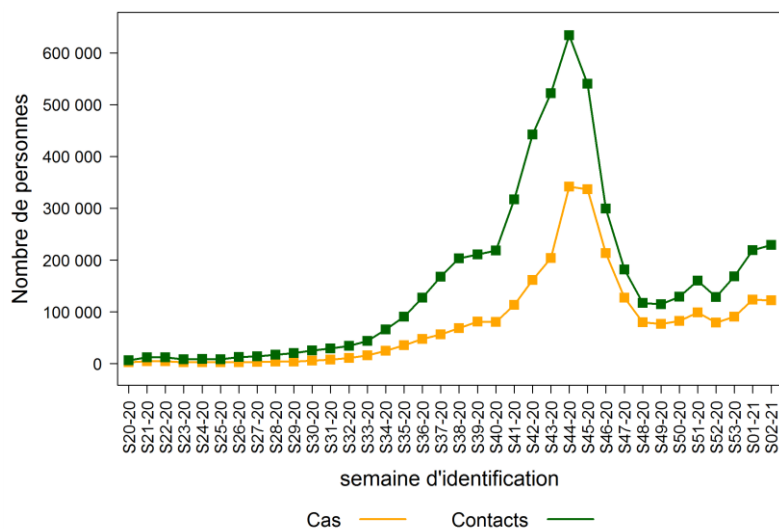
À Mayotte, le contact-tracing est mis en œuvre autour de tous les cas enregistrés dans SI-DEP. Cependant, pour des raisons structurelles, toutes les données ne figurent pas dans ContactCovid, et les bilans de données sont réalisés par l'ARS. Aussi, les données issues de ContactCovid pour Mayotte sous-estiment les chiffres réels, et ne reflètent donc pas l'activité complète de contact-tracing sur le département.

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

- Au cours de la semaine 02 de 2021, le nombre de nouveaux cas est resté stable (122 512 cas vs 123 230 en S01, soit -0,6%) et le nombre de nouvelles personnes-contacts à risque a légèrement augmenté : 228 853 vs 219 033 en S01, soit + 4% (Figure 13).

- En semaine 02, le **pourcentage de nouveaux cas diagnostiqués par un test antigénique a diminué (27% en S02 vs 29% en S01)**, après la forte hausse observée pendant les fêtes de fin d'année. 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 (16%) et Auvergne-Rhône Alpes (12%). La plupart des régions ont réalisé plus de tests RT-PCR que de tests antigéniques, mais ces derniers ont représenté 65% des diagnostics confirmés à Mayotte, 42% en Guadeloupe et 40% en Île-de-France durant cette semaine.

Figure 13. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai 2020 au 17 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 02, **l'âge moyen des cas est resté stable** (45 ans, cette valeur variant entre 44 et 46 ans depuis S46 de 2020) et chez les personnes-contacts (34 ans). Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus diminue légèrement à 8,4%, après la valeur maximale observée durant les fêtes de fin d'année (10,5% en S53).

► 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 02, la proportion de cas et de personnes-contacts à risque ayant pu être investigués par l'Assurance maladie est restée à un niveau élevé (92% pour les cas et 95% pour les personnes-contacts).**

- En S02, la proportion des cas investigués était la plus basse en Guadeloupe (78%), à La Réunion (83%) et en Île-de-France (86%).

- En S02, la proportion des personnes-contacts à risque investiguées était supérieure à 91% dans toutes les régions, sauf en Guyane (83%).

- À l'échelle nationale, la proportion de cas ayant pu être investigués restait plus importante chez ceux âgés de moins de 75 ans (> 90%) que ceux âgés de 75 ans et plus (84%).

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

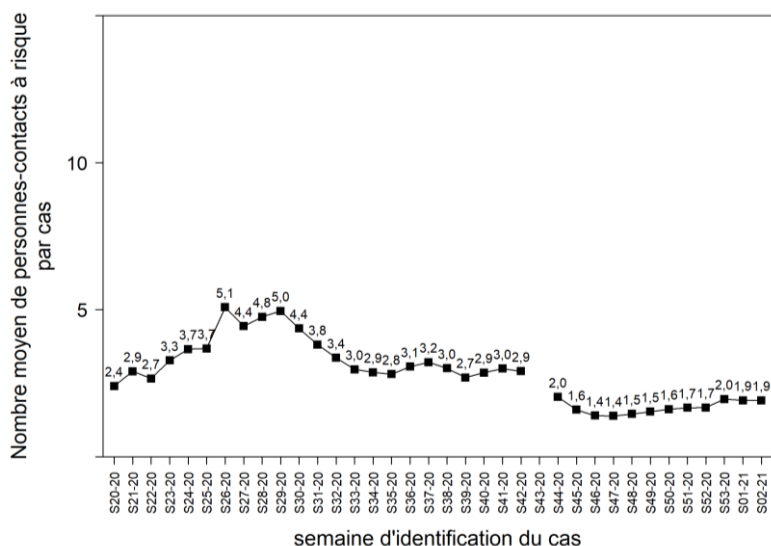
- **Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas est resté stable à 1,9 personne-contact à risque par cas en S02 (Figure 14).**

La proportion de cas ne rapportant aucune personne-contact à risque (47% en S02) a nettement diminué après une hausse durant les fêtes de fin d'année (53% en S53 ; 51% en S52). Au niveau régional, cette valeur s'échelonnait entre 37,2% (La Réunion) et 52,6% (Île-de-France).

Les sujets âgés de 14-64 ans représentaient 59% du total des cas ne rapportant aucun contact à risque, contre 30% pour les 65 ans et plus. Les sujets âgés de 65 ans et plus ne représentaient que 8% des cas rapportant plus de 5 personnes-contact à risque, contre 84% pour les 14-64 ans.

D'une manière générale, les enfants de moins de 15 ans rapportaient peu de personnes-contacts à risque.

Figure 14. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine, du 13 mai 2020 au 17 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, identique en S01) et le plus élevé chez les cas âgés de 15 à 44 ans (2,4 personnes-contacts à risque par cas, identique en S01). Les cas de moins de 65 ans avaient moins de personnes-contacts âgées de 65 ans et plus. Les personnes de 65 ans et plus semblaient se fréquenter davantage de manière intra-générationnelle (Figure 15).
- En semaine 02, parmi les personnes-contacts des cas de 65 ans et plus, 34% avaient 65 ans et plus. Les personnes-contacts de 65 ans et plus étaient plus rares chez les cas de moins de 45 ans (4%).
- Pour toutes les classes d'âge de cas et de personnes-contacts, le nombre de contacts à risque était globalement intermédiaire entre la situation observée en S42 de 2020 (semaine de début du couvre-feu dans certains territoires) et celle observée en S46 de 2020 (début du deuxième confinement) (Figure 16).

Figure 15. Proportion de contacts de 65 ans et plus, suivant l'âge du cas index, du 13 mai 2020 au 17 janvier 2021, France

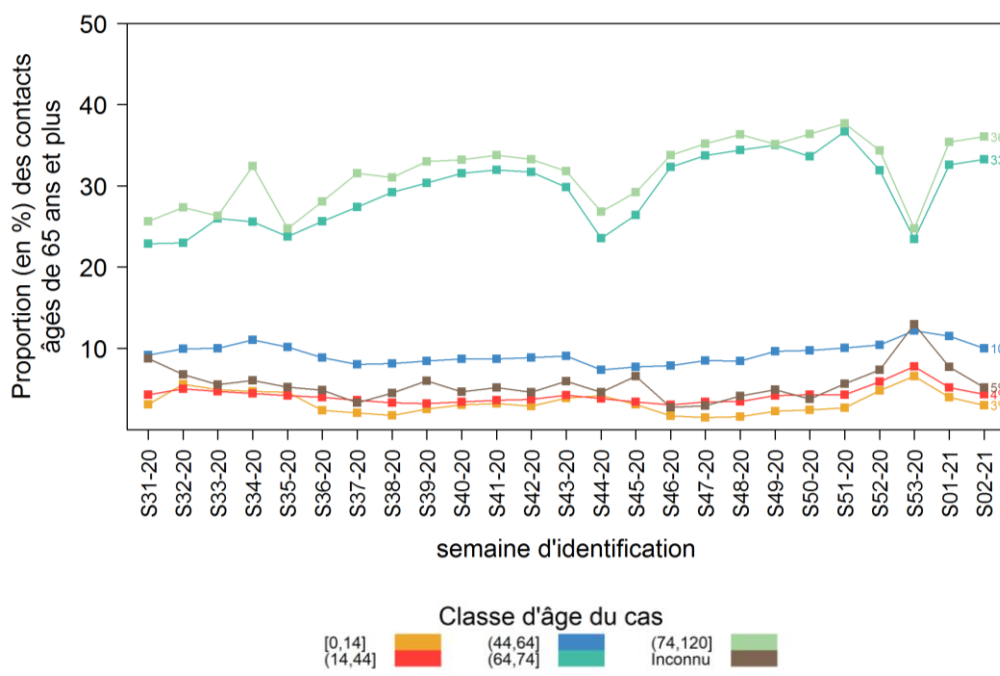
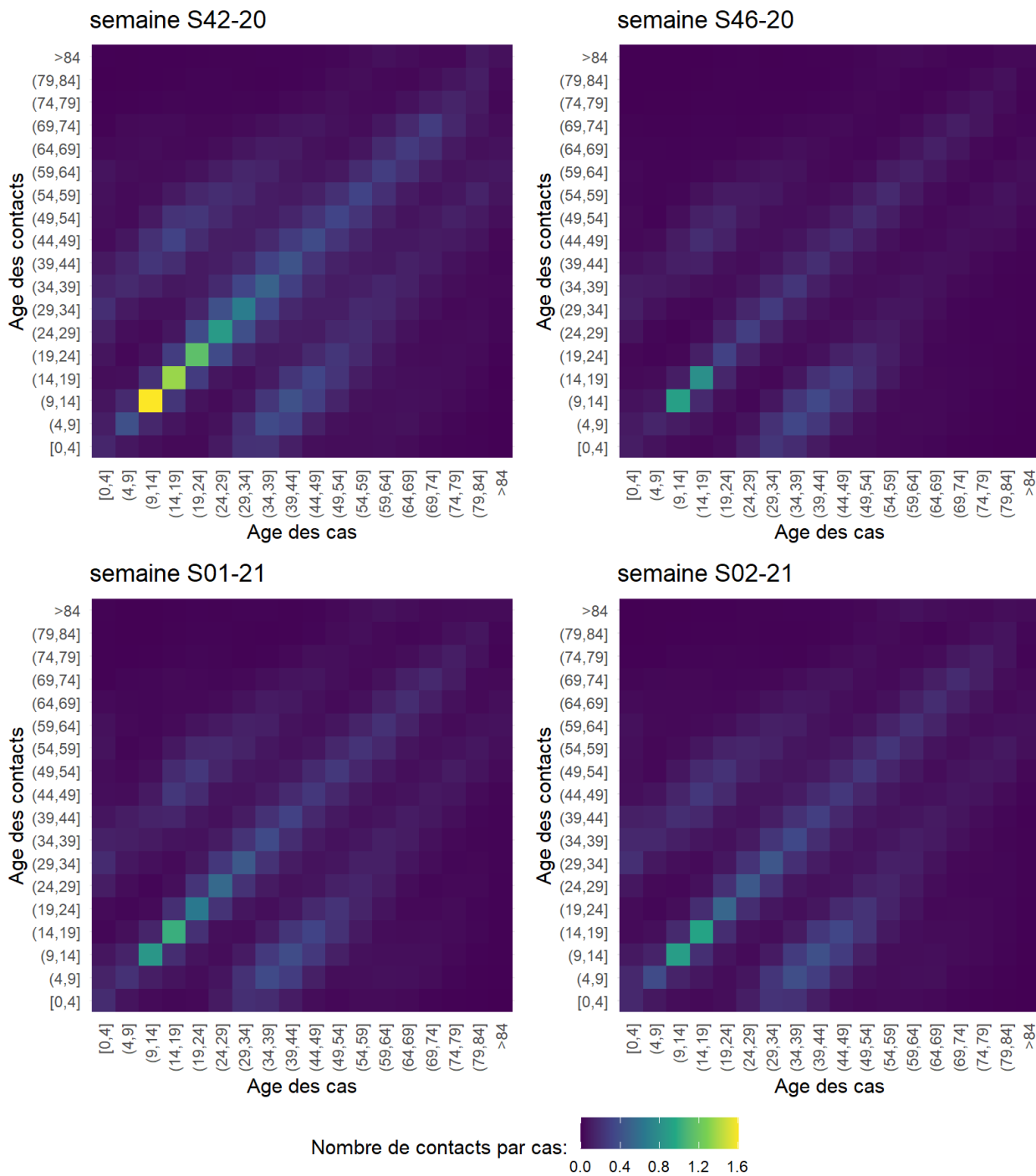


Figure 16. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts pour les semaines 42-2020 (semaine de début d'un couvre-feu dans certains territoires), 46-2020 (confinement), 01 et 02-2021 (semaines de début d'un couvre-feu), France



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 : situation au début des couvre-feu ou d'un confinement par exemple. La couleur des cases s'échelonne de violet sombre (faible interaction) à jaune (forte interaction).

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

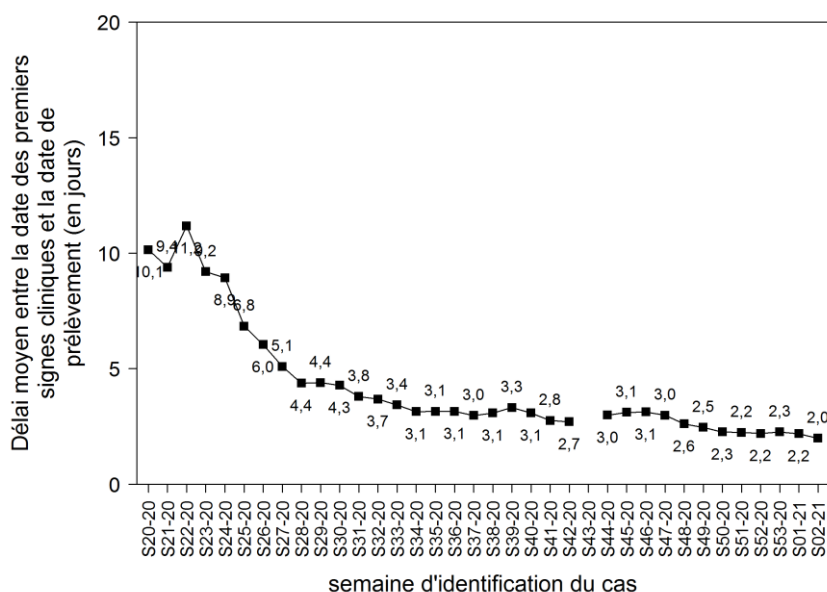
Source : ContactCovid – Cnam.

► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En semaine 02, 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 53% des cas), **le délai moyen de diagnostic a diminué à 2,0 jours** (vs 2,2 jours en S01) (Figure 17). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

- En S02, les délais de diagnostic pour plusieurs régions ultra-marines restaient supérieurs à la métropole mais se rapprochaient du délai moyen en métropole, notamment en Guyane (2,7 jours) et en Guadeloupe (2,8 jours). En revanche, La Réunion rejoint la moyenne métropolitaine à 2,1 jours. L'indicateur ne peut être calculé pour Mayotte (Cf. note en introduction). Le faible nombre de cas dans les départements d'outre-mer rend cependant cet indicateur très volatile et sujet à des variations individuelles importantes.

Figure 17. 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 17 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 02, cela représente 53% 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.

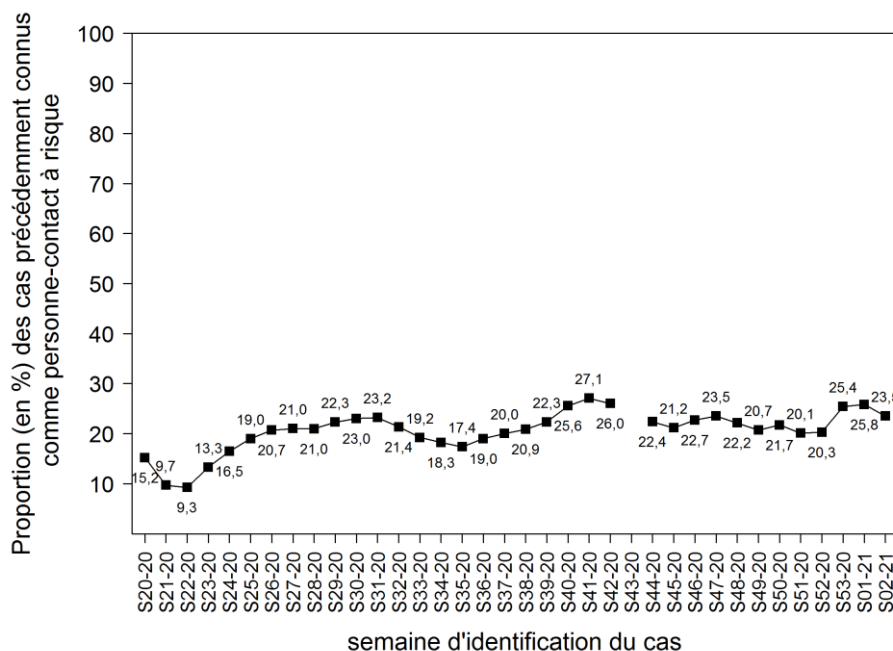
Source : ContactCovid – Cnam

► 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 en baisse de plus de 2 points (23,5% vs 25,8% en S01) (Figure 18). La proportion de cas précédemment connus comme personne-contact à risque était la plus faible en Martinique (13,2%) et la plus haute en Normandie (29,8%) et à La Réunion (31%) (Figure 19).

- La proportion des personnes-contacts devenues des cas était également en diminution, passant de 14,8% à 13,7% (semaine d'identification des personnes-contacts : S01).

Figure 18. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 17 janvier 2021, France

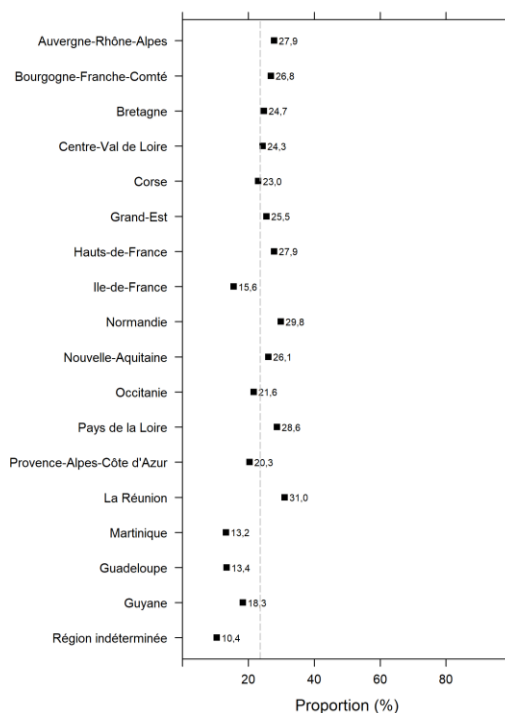


Note : les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un Point épidémiologique à l'autre.

Indicateur non estimable en semaine 43/2020.

Source : ContactCovid – Cnam

Figure 19. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque durant la semaine 02 (du 11 au 17 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 S02, la proportion de nouveaux cas revenant d'un voyage (hors département ou pays de résidence) a légèrement diminué, passant de 4 à 3%. Cette proportion n'a pas évolué depuis S51 pour les personnes-contacts (autour de 1%).

• En S02, la proportion de personnes-contacts qui n'appartenaient pas au même foyer que le cas index est restée stable à 64%, après un maximum à 69% pendant la S53.

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

► Données cumulées depuis début mars 2020

- Du 1^{er} mars 2020 au 17 janvier 2021, **24 123** 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 5).

- Il s'agissait de **14 934 (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD et autres EHPA) **et 9 189 (38%) dans les autres ESMS** (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 5).

- Parmi les **14 934 signalements en EHPA**, 12 265 (82%) épisodes comprenaient **au moins un cas confirmé** parmi les résidents ou le personnel.

- Parmi les 24 123 signalements en ESMS, **162 430 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents (Tableau 5). Parmi les **21 646 décès survenus dans les établissements**, 21 464 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 5. 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 17 janvier 2021, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	14 934	6 575	1 050	1 564	24 123
Cas confirmés ⁶	141 397	17 343	1 128	2 562	162 430
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	8 374	339	0	36	8 749
Décès ⁷ établissements	21 464	129	0	53	21 646
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	68 029	13 350	1 197	1 354	83 930

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 **1 692** signalements enregistrés (Figure 20), puis il a diminué entre les semaines 44 et 48 et s'est stabilisé les semaines suivantes. **On constate une augmentation du nombre de signalements** enregistrés en semaine 01-2021 par rapport aux semaines précédentes, avec 768 signalements vs 443 en semaine 53.

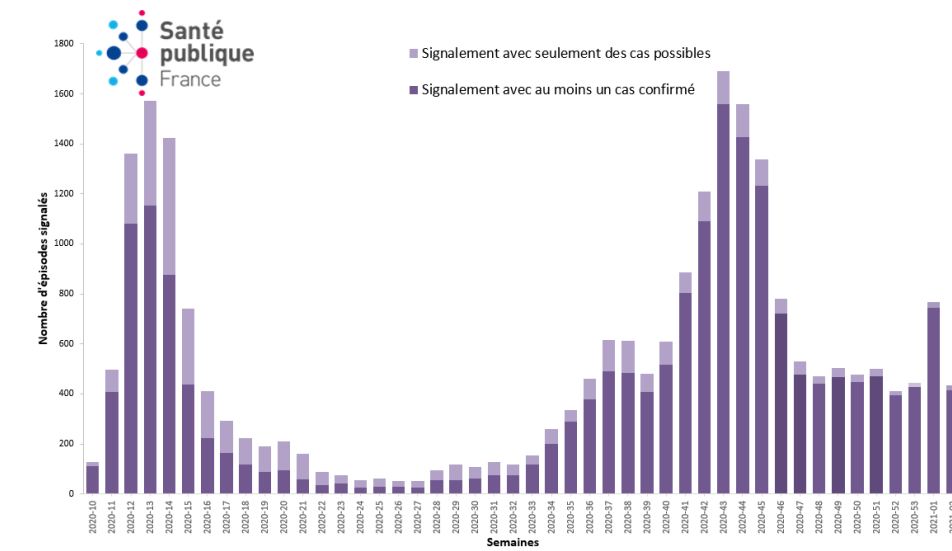
En semaine **02-2021**, **433** signalements ont été enregistrés. À noter que les données de la semaine 02-2021 sont encore provisoires.

- La proportion d'EHPA par région ayant signalé au moins un nouvel épisode en S02-2021 sur le territoire métropolitain est comprise entre 2% et 4%.

- Depuis le 20 juillet, parmi les 10 446 EHPA, 5 930 (57%) ont déclaré au moins un épisode. Parmi les 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 2 617 (30%) ont déclaré au moins un épisode.

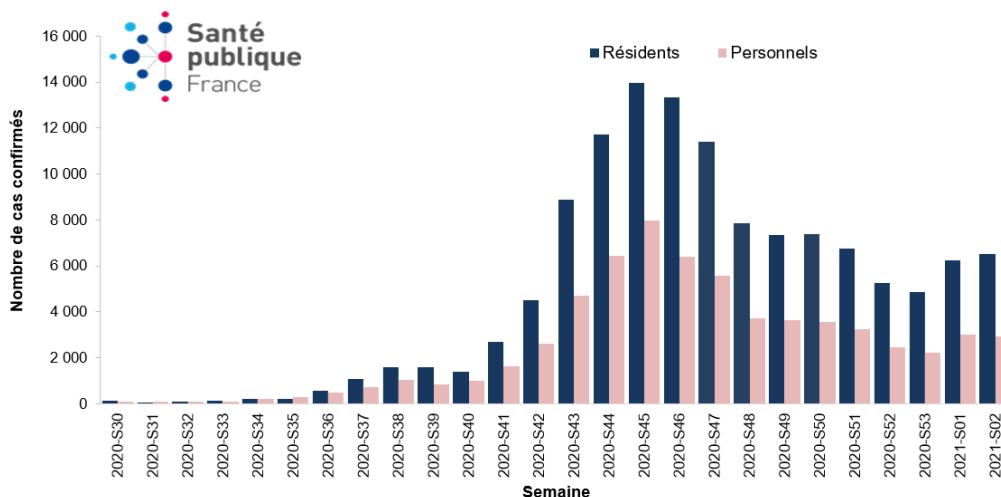
● Depuis fin juillet, le nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS a augmenté, pour atteindre un pic en S45 (21 913 cas), a diminué jusqu'en S49 (10 948 cas), puis s'est stabilisé. Une légère diminution du nombre de cas confirmés de COVID-19 a été observée pour les semaines 52 et 53 (7 692 en S52 et 7 074 en S53, vs 10 014 en S51). Le nombre de cas confirmés a augmenté en semaines 01-2021 et 02-2021 avec respectivement 9 237 et 9 435 cas confirmés enregistrés. À noter que les données de la semaine 02-2021 doivent être consolidées (Figure 21).

Figure 20. 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 17 janvier 2021, France



* Semaine 02 : données non consolidées

Figure 21. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 17 janvier 2021, France

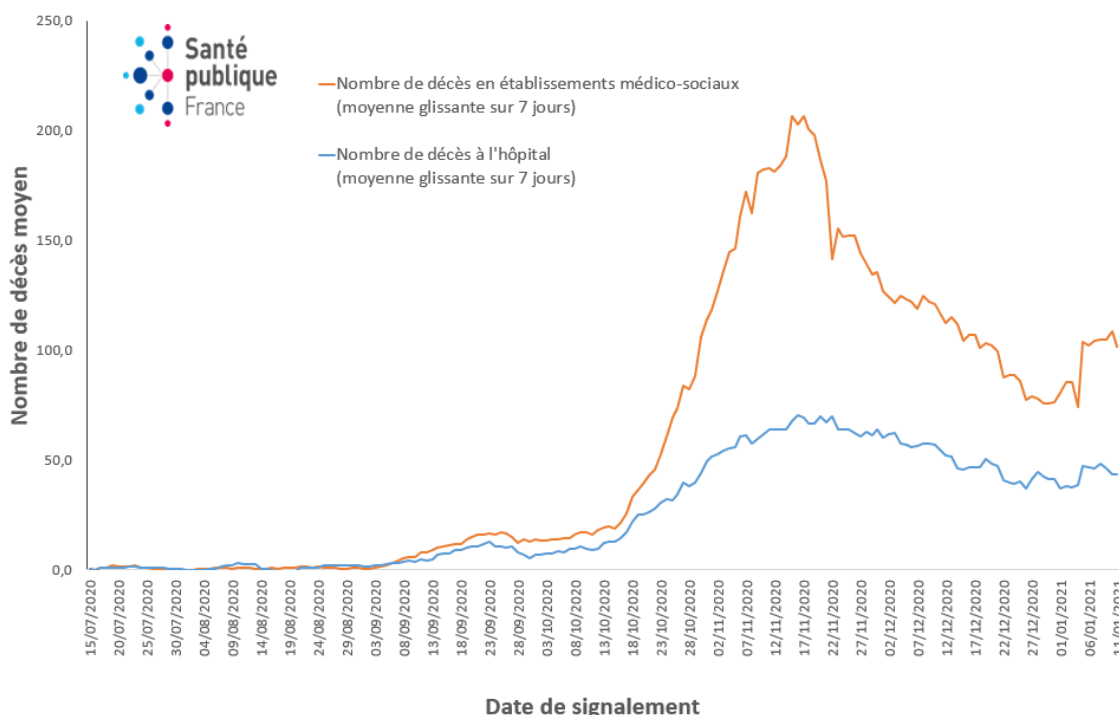


* Semaine 02 : données non consolidées

● 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), a diminué jusqu'en semaine 48 puis s'est stabilisé. En semaine 53 et **01-2021**, **le nombre de décès a augmenté par rapport aux semaines précédentes avec 649 nouveaux décès enregistrés en S53 et 708 en semaine 01-2021**. En semaine **02-2021**, **345 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 **a augmenté pour les décès en établissement et semble rester stable pour les décès à l'hôpital depuis début janvier 2021**. Les récentes fluctuations observées sont dues à un délai de saisie pendant les vacances de fin d'année (Figure 22). La consolidation des données permettra de confirmer l'évolution observée.

Figure 22. 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 17 janvier 2021, France



*Dernières données de décès le 11 janvier 2021 pour l'estimation de la moyenne glissante sur 7 jours
Semaine 02 : données non consolidées*

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **333 363 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 19 janvier 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 02** (du 11 au 17 janvier 2021), **6 119 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (représentant 2,6% de l'activité totale des services d'urgence OSCOUR®) ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période.

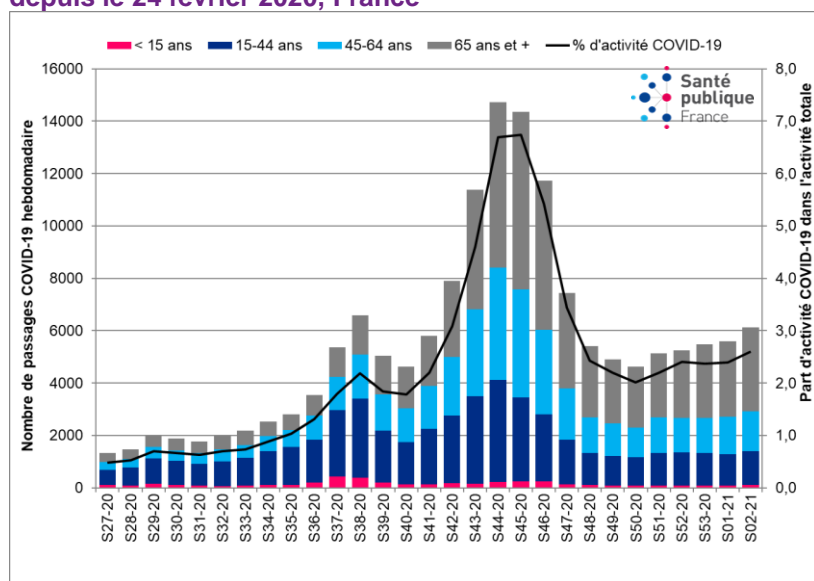
- Après une semaine de stabilisation, le nombre de **passages pour suspicion de COVID-19 tous âges** était à nouveau en hausse (+9,5%). La part d'activité était en légère hausse (2,6% en S02 vs 2,4% en S01). Le nombre d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était stable (58% en S02 et S01).

- **En semaine 02**, le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en hausse dans toutes les classes d'âge et concernait principalement les **adultes** (+10% soit +526 passages). Chez les **enfants**, malgré une légère hausse (+5%), les effectifs observés en S02 étaient quasi-similaires à ceux de S01 (100 vs 95 passages) (Figure 23). La **répartition du nombre de 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 : 17%, 75 ans et plus : 35%.

- **Au niveau régional**, les passages pour suspicion de COVID-19 étaient toujours en hausse dans 9 régions métropolitaines : **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (+19% soit +152 passages), **Occitanie** (+37% soit +126 passages), **Hauts-de-France** (+20% soit +63 passages), **Nouvelle-Aquitaine** (+14% soit +57 passages), **Centre-Val-de-Loire** (+32% soit +53 passages), **Île-de-France** (+6% soit +52 passages), **Bretagne** (+42% soit +51 passages), **Pays de la Loire** (+17% soit +39 passages) et **Corse** (+167% soit +15 passages). On observait également des hausses à **La Réunion** (+243%) et **Mayotte** (+48%), mais avec des effectifs faibles (respectivement +17 et +7 passages). La principale baisse a été observée dans le Grand Est (-7% soit -47 passages).

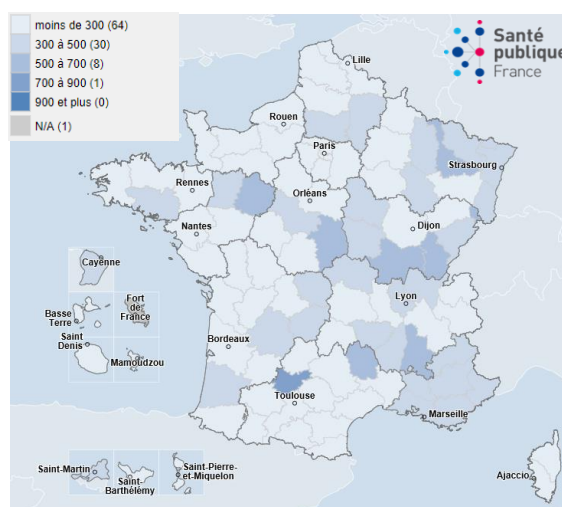
- En semaine 02, comme les précédentes semaines, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité des passages était enregistrée en Île-de-France (16%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (15%), Auvergne-Rhône-Alpes (13%) et Grand Est (10%).

Figure 23. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 24 février 2020, France



Source : OSCOUR®

Figure 24. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 02-2021, 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 pour la 2^e semaine consécutive**. Ainsi, à partir des **données virologiques** (tests PCR et tests antigéniques SI-DEP), l'estimation au 16 janvier est de **1,09** (IC95% [1,08-1,10]). À partir des **passages aux urgences (OSCOUR®)** pour suspicion de COVID-19, l'estimation du nombre de reproduction au 09 janvier est de **1,07** (IC95% [1,04-1,10]). À partir **des données d'hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC)**, l'estimation au 17 janvier est de **1,10** (IC95% [1,07-1,12]) (Figure 25).

- Au 16 janvier 2021, les estimations des **R-effectif à partir des données virologiques SI-DEP** sont significativement supérieures dans 10 régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Centre-Val de Loire, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Tableau 6). Elle est supérieure à 1 de façon non significative en Corse.

- À partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)**, les estimations du nombre de reproduction au 16 janvier 2021 sont significativement supérieures à 1 dans **6 régions métropolitaines** : Bretagne, Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elles sont supérieures à 1 mais de façon non significative dans 5 autres régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Corse, Hauts-de-France et Île-de-France.

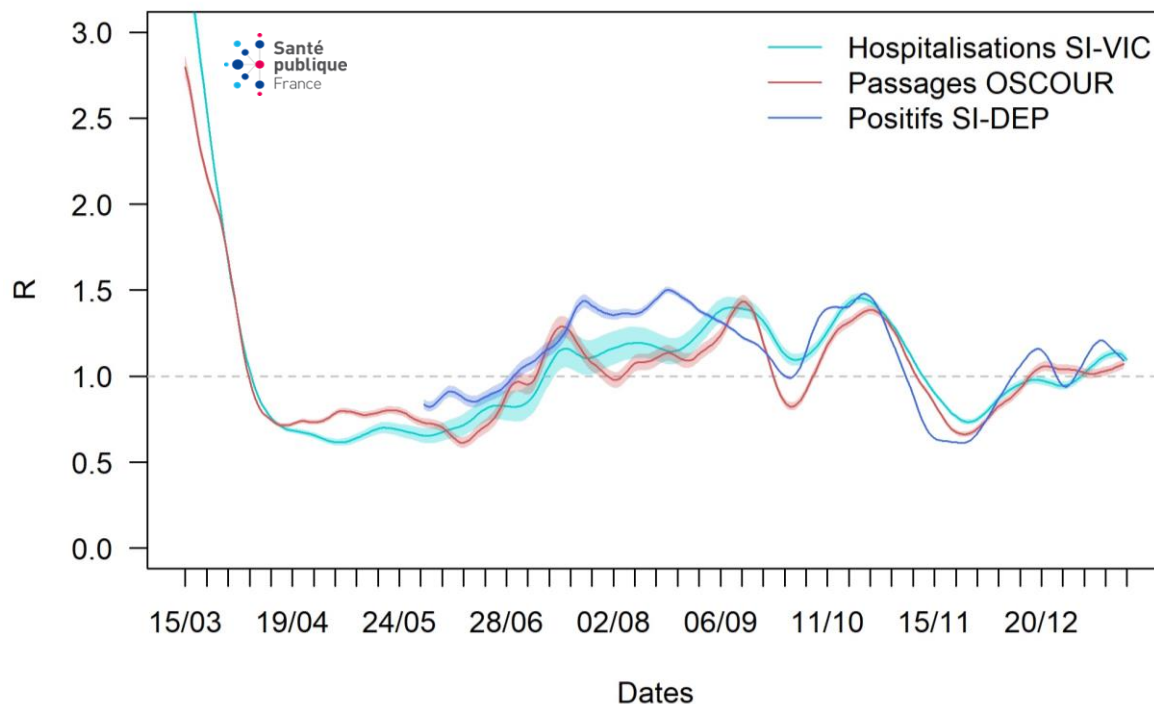
- À partir des **hospitalisations pour COVID-19** rapportées dans **SI-VIC**, les estimations du nombre de reproduction au 17 janvier sont significativement supérieures à 1 **dans 7 régions métropolitaines** : Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elles sont supérieures à 1 mais de façon non significative dans 5 autres régions : Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Corse, Île-de-France et Normandie.

- **À partir des trois sources de données, les estimations du nombre de reproduction sont significativement supérieures à 1 dans 5 régions** : Bretagne, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

- **En Outre-mer**, les estimations du nombre de reproduction au 16 janvier sont significativement supérieures à 1 à Mayotte à partir des données virologiques SI-DEP et à La Réunion à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®). Les estimations du nombre de reproduction excèdent 1 mais sans être significatives en Guyane à partir des trois sources de données, ainsi qu'à La Réunion et à Mayotte à partir des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC.

[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 25. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests 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 16 janvier 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 6. Nombre de reproduction effectif du 16 janvier 2021 à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), et nombre de reproduction effectif du 17 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	1,02 (1,01-1,04)	1,03 (0,96-1,10)	1,14 (1,08-1,21)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,95 (0,93-0,97)	1,00 (0,91-1,09)	1,07 (0,99-1,15)
	Bretagne	1,20 (1,16-1,24)	1,19 (1,02-1,38)	1,31 (1,15-1,48)
	Centre-Val de Loire	1,11 (1,08-1,14)	1,24 (1,09-1,41)	1,08 (0,96-1,20)
	Corse	1,06 (0,94-1,18)	1,55 (0,95-2,30)	1,08 (0,62-1,67)
	Grand Est	0,93 (0,91-0,94)	0,94 (0,87-1,01)	0,97 (0,91-1,03)
	Hauts-de-France	1,15 (1,13-1,17)	1,03 (0,93-1,14)	1,07 (1,00-1,15)
	Ile-de-France	1,13 (1,12-1,15)	1,02 (0,96-1,09)	1,02 (0,97-1,08)
	Normandie	1,13 (1,10-1,16)	0,98 (0,85-1,12)	1,03 (0,93-1,14)
	Nouvelle-Aquitaine	1,19 (1,17-1,22)	1,16 (1,05-1,27)	1,19 (1,09-1,29)
	Occitanie	1,16 (1,14-1,18)	1,25 (1,14-1,37)	1,17 (1,07-1,26)
	Pays de la Loire	1,21 (1,18-1,24)	1,15 (1,02-1,30)	1,25 (1,13-1,37)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,12 (1,10-1,14)	1,16 (1,08-1,23)	1,17 (1,11-1,25)
	France métropolitaine	1,09 (1,08-1,10)	1,07 (1,04-1,10)	1,10 (1,07-1,12)
France ultra-marine	Guadeloupe	0,93 (0,76-1,12)	NC	NC
	Guyane	1,05 (0,98-1,12)	1,03 (0,79-1,31)	1,21 (0,89-1,58)
	La Réunion	0,97 (0,85-1,09)	1,69 (1,05-2,47)	1,37 (0,85-2,00)
	Martinique	0,86 (0,67-1,08)	NA	NC
	Mayotte	1,66 (1,52-1,81)	NC	1,61 (0,85-2,62)

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, **1 979** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

• Parmi les **287 310 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 7) :

- l'âge médian des patients est de 73 ans et 53% sont des hommes ;
- **49 696** patients sont décédés : **75%** étaient âgés de 75 ans et plus et **58%** étaient des hommes ;
- **211 816** patients sont retournés à domicile.

• Le **19 janvier 2021**, **25 567 cas de COVID-19** étaient hospitalisés en France, dont **2 839 en réanimation**.

Tableau 7. Nombre de personnes hospitalisées (dont en réanimation) pour COVID-19 le 19 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 19 janvier 2021				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	25 567		2 839		211 816		49 696	
Classes d'âge *								
Total	25 347		2 810		210 170		49 419	
0-14 ans	43	<1	7	<1	2 555	1	4	<1
15-44 ans	858	3	107	4	26 316	13	369	1
45-64 ans	3 615	14	822	29	54 027	26	4 032	8
65-74 ans	5 243	21	1 130	40	41 343	20	8 131	16
75 et +	15 588	61	744	26	85 929	41	36 883	75
Régions *								
Total	25 532		2 829		211 785		49 670	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	3 955	15	411	15	30 909	15	7 527	15
Bourgogne-Franche-Comté	1 785	7	180	6	11 266	5	3 049	6
Bretagne	579	2	39	1	3 718	2	824	2
Centre-Val de Loire	989	4	113	4	6 104	3	1 513	3
Corse	39	<1	8	<1	533	<1	120	<1
Grand Est	3 065	12	315	11	23 459	11	6 689	13
Hauts-de-France	2 329	9	247	9	19 497	9	4 935	10
Île-de-France	4 852	19	586	21	57 579	27	12 852	26
Normandie	1 233	5	96	3	6 645	3	1 717	3
Nouvelle-Aquitaine	1 317	5	173	6	8 702	4	2 017	4
Occitanie	1 512	6	211	7	11 145	5	2 383	5
Pays de la Loire	888	3	84	3	6 894	3	1 562	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 814	11	340	12	20 817	10	4 099	8
Outre-Mer								
La Réunion	50	<1	7	<1	745	<1	54	<1
Martinique	14	<1	3	<1	377	<1	44	<1
Mayotte	10	<1	2	<1	564	<1	44	<1
Guadeloupe	54	<1	5	<1	776	<1	169	<1
Guyane	47	<1	9	<1	2 055	1	72	<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

● L'augmentation du nombre de déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19** observée en semaine 01 se poursuit en semaine 02 : **9 631** nouvelles hospitalisations ont été déclarées en S02 contre 8 872 en S01, soit +9% (Figure 26a).

Le **taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19** était de **14,4/100 000** habitants en S02 vs **13,2** en S01.

Figure 26a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 17 janvier 2021)

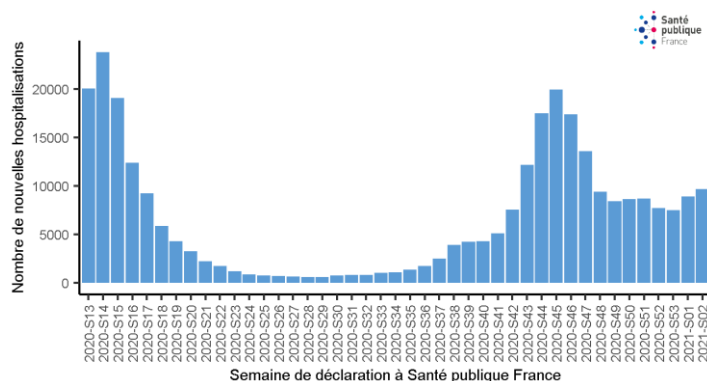
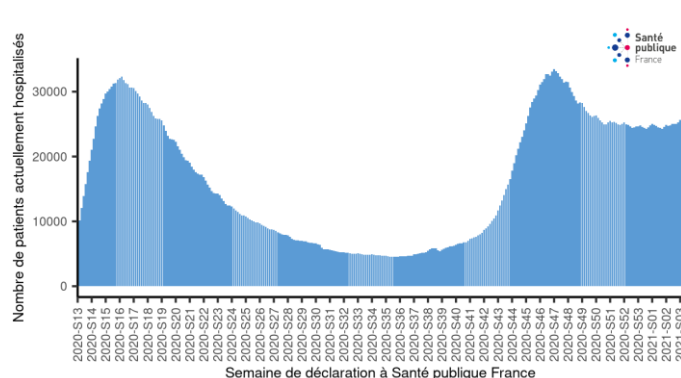


Figure 26b. Nombre de cas de COVID-19 en cours d'hospitalisation, par jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 19 janvier 2021)



Source : SI-VIC

● En semaine 02, le **taux hebdomadaire d'hospitalisations** était en hausse dans toutes les régions de France excepté en **Grand Est** (-3%) et en **Normandie** (-6%).

● Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** en semaine 02 ont été enregistrés en **Bourgogne-Franche-Comté** (27,3/100 000 habitants), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (23,4), **Grand Est** (21,0), **Auvergne-Rhône-Alpes** (18,5) et **Centre-Val de Loire** (14,5). Les autres régions enregistraient des taux inférieurs à 14 pour 100 000 habitants (Figure 27).

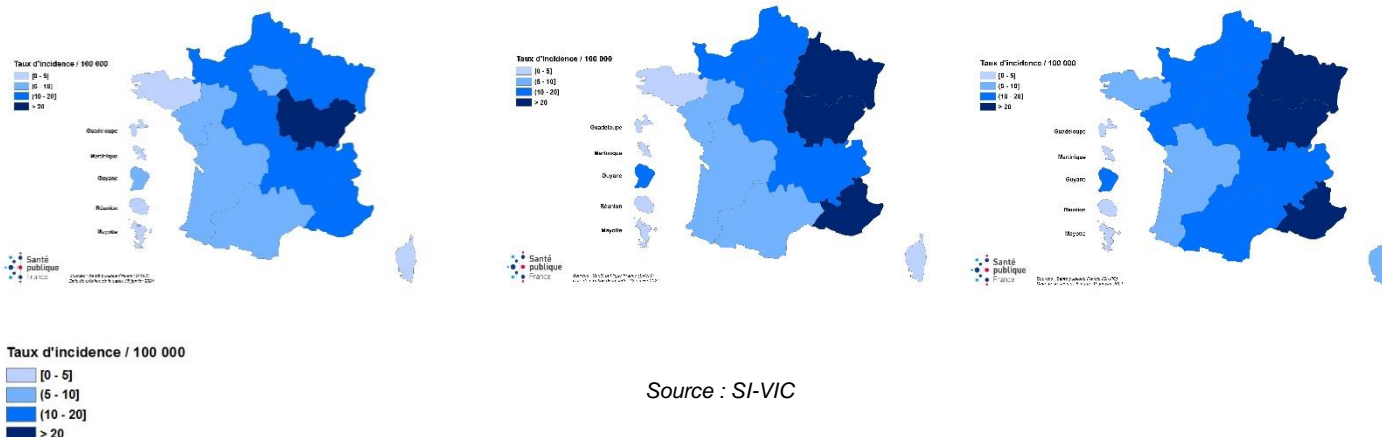
● Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 02, le **plus fort taux d'hospitalisations** était observé en **Guyane** avec 15,5/100 000 habitants, en **augmentation** par rapport à la S01 (11,4, soit +12 hospitalisations). Une tendance à l'**augmentation** était aussi observée à **Mayotte** (3,9 vs 2,9, soit +3 hospitalisations), et en **Guadeloupe** (2,9 vs 0,8, soit +8 hospitalisations). Le taux observé était stable à **La Réunion** (2,2 en S02 vs 2,0 en S01, soit +2 hospitalisations) et en **Martinique** (1,1/100 000 habitants).

Figure 27. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 28 décembre 2020 et le 17 janvier 2021 (S53 à S02), France

du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021

du 04 au 10 janvier 2021

du 11 au 17 janvier 2021



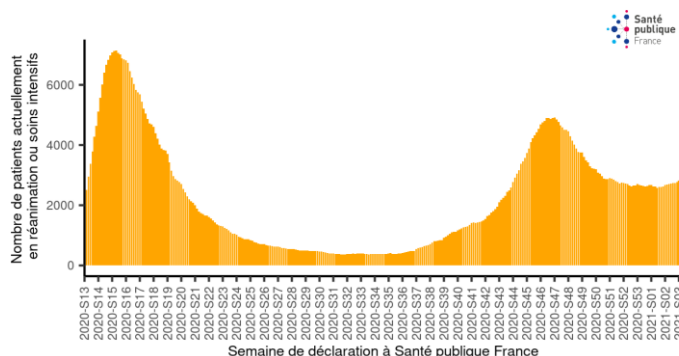
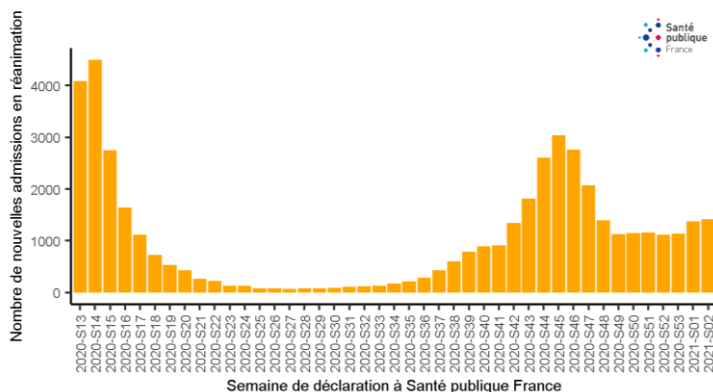
Source : SI-VIC

● L'augmentation du nombre de déclarations de **nouvelles admissions en réanimation** observée en S01 se poursuit en S02 : **1 418** nouvelles hospitalisations ont été déclarées en S02 contre 1 375 en S01, soit +3% (Figure 28a).

Le taux hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation est resté stable à 2,1/100 000 habitants.

Figure 28a. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 17 janvier 2021)

Figure 28b. Nombre de cas de COVID-19 en réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 19 janvier 2021)



Source : SI-VIC

● En semaine 02, **le taux hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation a augmenté** dans toutes les régions de France métropolitaine, excepté en **Normandie (-35%)**, **Hauts-de-France (-10%)**, **Île-de-France (-6%)**, **Nouvelle-Aquitaine (-5%)** et **Centre-Val de Loire (-4%)**.

● Les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en réanimation** étaient rapportés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur (3,5/100 000 habitants)**, **Grand Est (3,1)**, **Bourgogne-Franche-Comté (3,1)**, **Corse (2,9)**, **Auvergne-Rhône-Alpes (2,9)** et **Île-de-France (2,2)**. Les autres régions de France métropolitaine rapportaient des taux inférieurs à 2,0 pour 100 000 habitants (Figure 29).

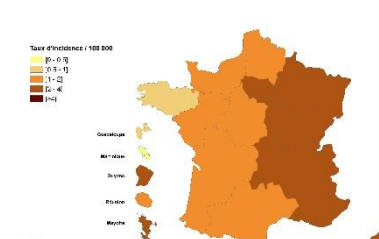
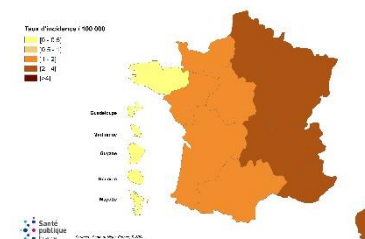
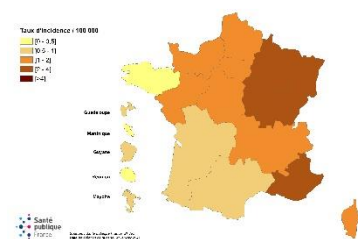
● Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 02, **les plus forts taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 étaient observés à **Mayotte** et en **Guyane (2,1/100 000 habitants)**. Les taux d'admissions en réanimation étaient en **augmentation** en semaine 02 en **Guadeloupe (0,8 vs 0,3, soit +2 hospitalisations)**, en **Guyane (2,1 vs 0,3, soit +5 hospitalisations)**, à **La Réunion (1,0 vs 0,3, soit +6 hospitalisations)**, et à **Mayotte (2,1 vs 0, soit +6 hospitalisations)**. Ce taux était stable en **Martinique (0,3 vs 0, soit -1 hospitalisation)**.

Figure 29. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 28 décembre 2020 et le 17 janvier 2021 (S53 à S02), France

du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021

du 04 au 10 janvier 2021

du 11 au 17 janvier 2021

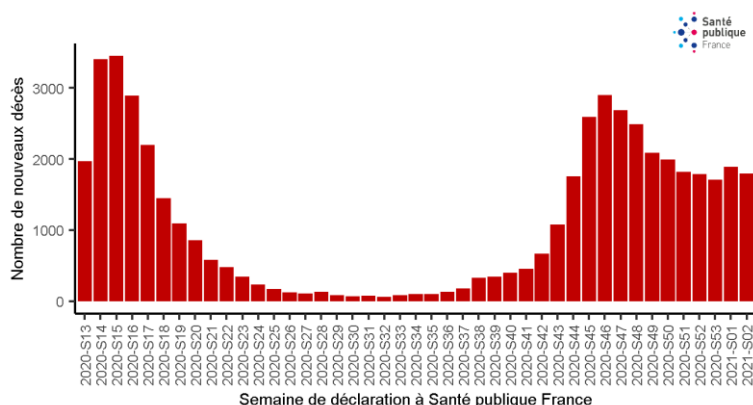


Taux d'incidence / 100 000
 [0 - 0,5]
 (0,5 - 1]
 (1 - 2]
 > 2

Source : SI-VIC

- Le nombre de **déclarations de décès** survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 a légèrement diminué en semaine 02 : **1 800** décès ont été déclarés en S02 contre 1 893 en S01, soit -4,9% (Figure 30).

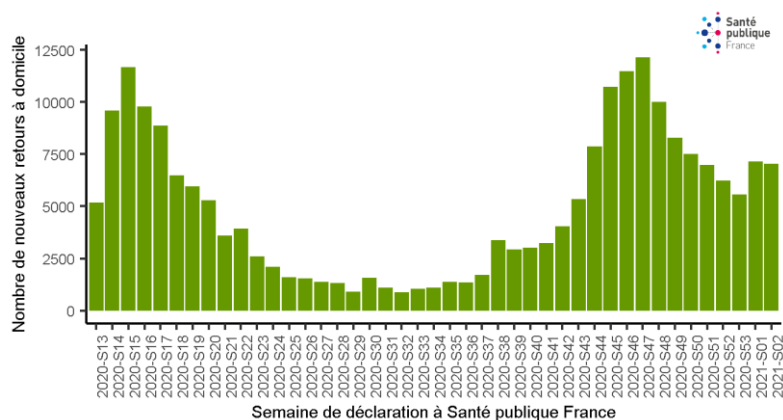
Figure 30. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 17 janvier 2021)



Source : SI-VIC

- Après avoir augmenté en semaine 01, le nombre des déclarations de **retours à domicile** survenus après une hospitalisation pour COVID-19 s'est stabilisé en semaine 02, passant de 7 137 en S01 à 7 039 en S02, soit -1,4% (Figure 31).

Figure 31. 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 17 janvier 2021)

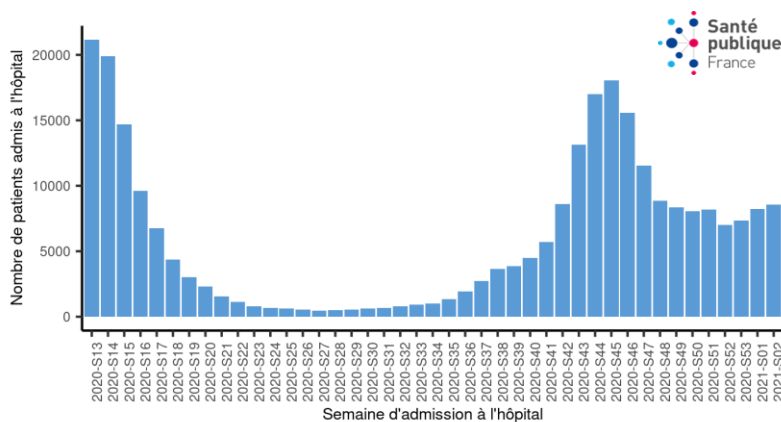


Source : SI-VIC

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 surestimation des incidences si des événements anciens sont comptabilisés au cours de la semaine de déclaration.

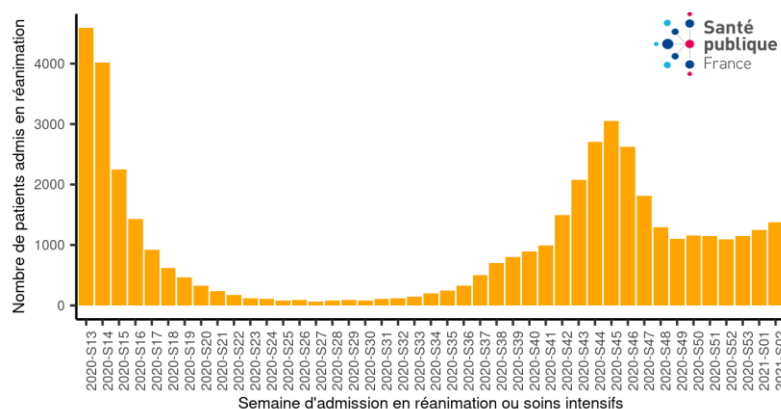
• Les graphiques précédents (Figures 26a, 28a, 30, 31) sont présentés par date de déclaration. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figures 32 et 33) ou par date de décès (Figure 34). Une tendance à l'augmentation est observée en semaine 02 par comparaison à la semaine 01 pour le nombre d'hospitalisations (+4%) et pour le nombre d'admissions en réanimation (+10%). Toutefois, les données de la S02 ne sont pas consolidées.

Figure 32. 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 19 janvier 2021)



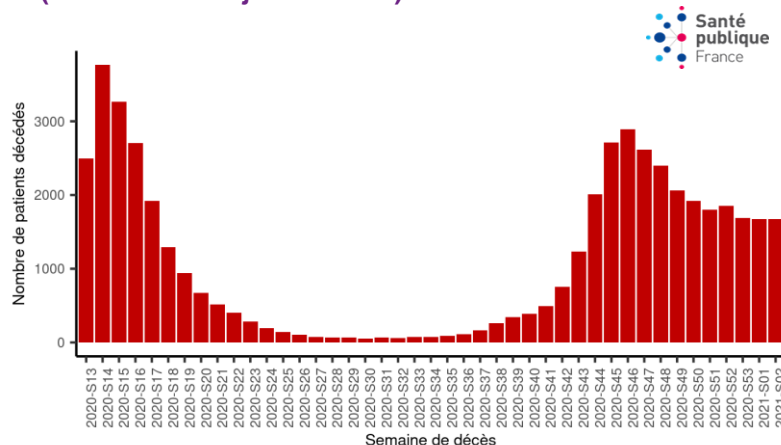
Semaine 02 : données non consolidées / Source : SI-VIC

Figure 33. 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 19 janvier 2021)



Semaine 02 : données non consolidées / Source : SI-VIC

Figure 34. Nombre hebdomadaire de décès à l'hôpital de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 02 mars 2020, France (données au 19 janvier 2021)



Semaine 02 : données non consolidées / Source : SI-VIC

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

La surveillance des cas graves de COVID-19 repose sur un réseau sentinelle de 226 services de réanimation situés en France métropolitaine et dans les DROM. Cette surveillance a été réactivée le 05 octobre. 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 19 janvier 2021, parmi les **5 109 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 ; 64 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 8).
- Parmi les 3 874 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 4 125 patients : 45% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 43% d'une ventilation invasive et 3% d'une assistance extracorporelle (ECMO/ECCO₂R) au cours de leur séjour en réanimation.
- **944 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 : [67-79]) ; 82% des personnes décédées étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 924 patients ; parmi eux, 873 (94%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (53%), l'obésité (41% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (37%) (Tableau 8). Entre le 05 octobre 2020 et le 19 janvier 2021, 2 817 sorties de réanimation ont été rapportées.

Tableau 8. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 19 janvier 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France (données au 19 janvier 2021)

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=5 109)		Cas décédés en réanimation (n=944)	
	n	%	n	%
0-14 ans	15	<1	0	-
15-44 ans	284	6	20	2
45-64 ans	1 590	31	150	16
65-74 ans	1 908	38	346	37
75 et +	1 288	25	426	45
Non renseigné	24		2	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	543	11	51	6
Au moins une comorbidité	4 439	89	873	94
Obésité (IMC \geq 30) ³	2 028	45	334	41
Hypertension artérielle	2 249	45	487	53
Diabète	1 549	31	299	32
Pathologie cardiaque	1 249	25	341	37
Pathologie pulmonaire	1 058	21	233	25
Pathologie rénale	432	9	129	14
Immunodépression	376	8	110	12
Cancer	351	7	104	11
Pathologie neuromusculaire	157	3	48	5
Pathologie hépatique	118	2	46	5
Autre	786	16	162	18
Non renseigné	127		20	

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.

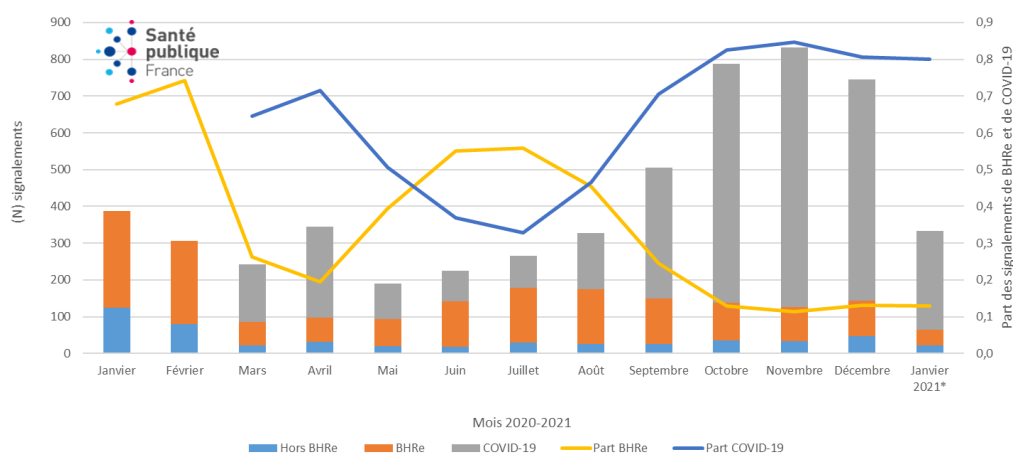
³La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC est renseigné n=4 493 et n=822)

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

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

Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 17 janvier 2021, 5 493 signalements ont été émis via e-SIN, dont 5 159 en 2020. Ce nombre est largement supérieur (+61%) à celui des signalements émis en 2018 (n=3 197) et 2019 (n=3 219). Par ailleurs, en 2018 et 2019 la part des signalements de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) représentait un peu plus de 60% des signalements. En 2020, les signalements de COVID-19 nosocomiaux ont modifié cette dynamique, puisqu'ils comptaient pour plus de 60% de l'ensemble des signalements reçus (Figure 35).

Figure 35. Évolution des signalements reçus via e-SIN, par mois et type de signalement, et part des signalements de BHRe et COVID-19, du 1^{er} janvier 2020 au 17 janvier 2021 (n=5 493), France



- Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 17 janvier 2021, 2 986 signalements de COVID-19 nosocomiaux ont impliqué 33 541 cas : 20 160 patients (160 décès liés), 13 371 professionnels et 10 visiteurs. Parmi ces signalements, 2 035 correspondaient à des cas groupés (au moins 3 cas liés).

- Le nombre de signalements nosocomiaux et le nombre de cas groupés diminuent progressivement depuis début décembre, mais les données des 3 dernières semaines ne sont pas consolidées (Tableau 9).

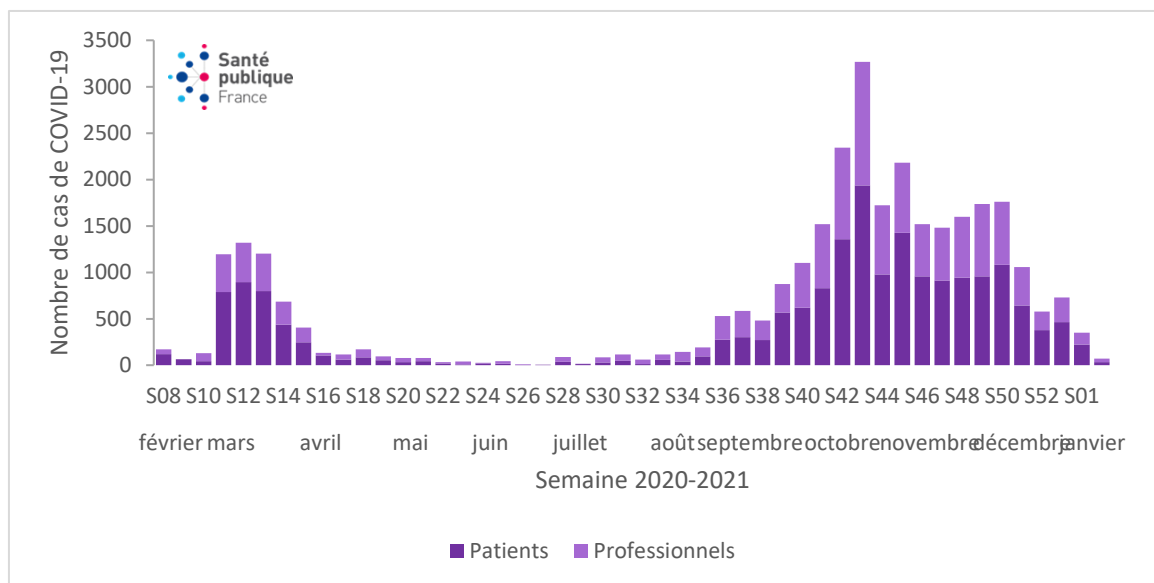
Tableau 9. Description des signalements (SIN) de cas nosocomiaux de COVID-19, par semaine du premier cas, depuis le 1^{er} janvier 2020 et par semaine de S48-20 à S02-21, France

	S48	S49	S50	S51	S52	S53*	S01*	S02*	Depuis le 01/01/2020
Nombre de SIN COVID-19 nosocomiaux	130	126	119	94	82	67	57	24	2 986
Nombre d'établissement signaleurs	97	104	88	83	66	54	41	18	872
Nombre de décès liés à l'infection COVID-19	1	3	3	4	4	5	3	0	160
Nombre de SIN de cas groupés	92	99	96	73	52	54	43	10	2 035

* Données non consolidées
SIN : signalement d'infection nosocomiale

- Parmi les signalements de cas groupés survenus en établissements de santé (n=2 035), la part des professionnels reste stable dans le temps, représentant en moyenne 40% de l'ensemble des cas (Figure 36).

Figure 36. Nombre de patients et de professionnels positifs pour le SARS-CoV-2 dans les signalements de cas groupés de COVID-19 nosocomiaux, par semaine du premier cas, entre le 1^{er} janvier 2020 et le 17 janvier 2021, France (N= 32 296)



Semaines 53, 01 et 02 : données non consolidées

- Parmi les cas groupés, lorsque l'information est disponible (n=1 529), pour plus de la moitié des épisodes (n=837, 55%), le cas index est un patient, un professionnel pour 37% (n=561) ou un visiteur/la famille pour 7% (n=102). L'origine du cluster est parfois multifactorielle.

- Parmi les 1 413 signalements (69%) pour lesquels l'information est disponible, les hypothèses évoquées pour expliquer les contaminations peuvent être multiples (n=2 509) et sont principalement : la découverte fortuite d'un cas (n=554, 22%), le non-respect strict des mesures barrières (incluant les difficulté d'application des bonnes pratiques) (n=523, 21%), les pauses et transmissions entre les personnels (n=313,13%), les visiteurs/les familles (n=278, 11%), les autres causes évoquées représentant chacune moins de 10%.

- Pour les 1 788 signalements (88%) pour lesquels l'information est disponible, les principales mesures correctives décrites (n=3 138) sont le dépistage (n=1 401, 45%), le renforcement des mesures barrières (n=864, 28%) et la mise en place de précautions complémentaires gouttelettes (n=305, 10%).

- Depuis le début de l'épidémie, le signalement des cas groupés de COVID-19 nosocomiaux a concerné de nombreuses régions et 8 régions ont signalé, chacune, plus de 130 épisodes de cas groupés de cas nosocomiaux (Figure 37). Cependant, le plus grand nombre de cas était localisé en régions Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Hauts-de-France (Figure 38).

Figure 37. Signalements de cas groupés nosocomiaux de COVID-19 (N=2 035) par région, entre le 1^{er} janvier 2020 et le 17 janvier 2021, France

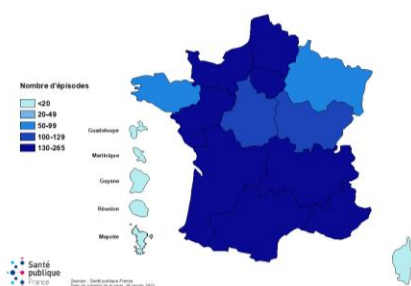
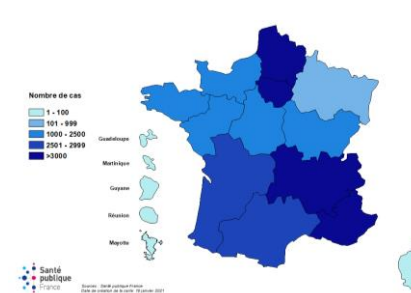


Figure 38. Signalements de cas nosocomiaux de COVID-19 (N=32 296) par région, entre le 1^{er} janvier 2020 et le 17 janvier 2021, France



SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

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

● Entre le 1^{er} mars 2020 et le 19 janvier 2021, **71 342 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **49 696** décès étaient survenus au cours d'une hospitalisation et **21 646** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements médico-sociaux (EMS) (données au 17 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 augmentait en semaine 01**, avec 2 601 décès vs 2 360 en S53 (+10,2%, données consolidées). En semaine 02, **2 142 décès étaient recensés**, mais les données n'étant pas consolidées, cette tendance ne peut pas encore être interprétée. En S01, une augmentation était constatée pour les décès survenus en ESMS (+9,1%), associée à une augmentation des décès survenus en hospitalisation (+10,6%). En S02, les décès survenus à l'hôpital ont diminué (-4,9%, données consolidées). L'évolution des décès en ESMS entre les S01 et S02 ne peut pas être interprétée, car les données ne sont pas encore consolidées.

● **Le taux hebdomadaire de décès** à l'échelle nationale était de **3,2 pour 100 000 habitants** en S02 (vs 3,9 en S01 et 3,5 en S53 – données consolidées pour S53 et S01).

● **En semaine 02**, les **plus forts taux de décès** dus à la COVID-19 **par région** rapportés à la population étaient toujours observés en Bourgogne-Franche-Comté (6,9/100 000 habitants), Provence-Alpes-Côte d'Azur (6,1), Grand Est (4,7) et Auvergne-Rhône-Alpes (4,2) (Figure 39).

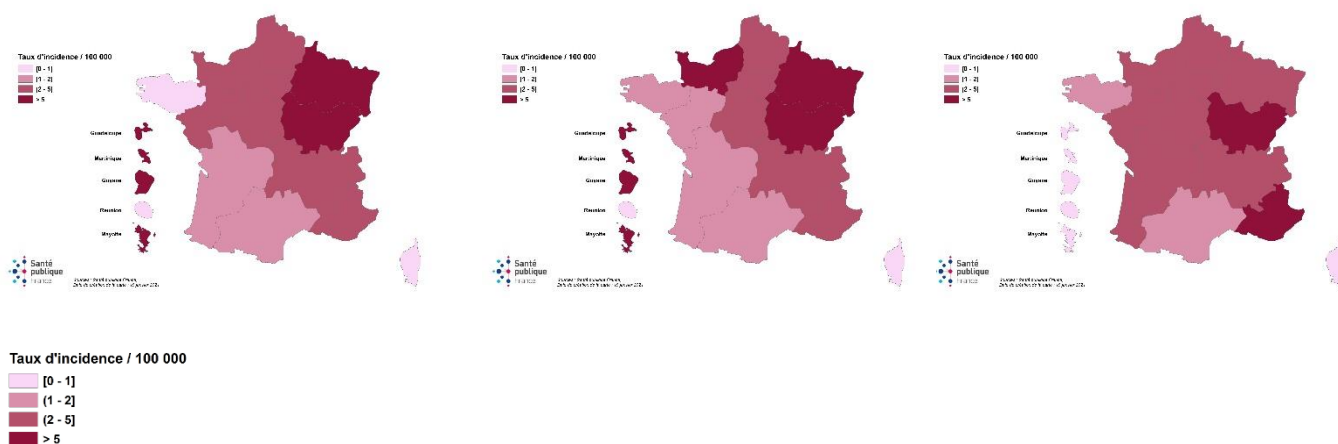
● Entre les semaines 53 et 01 (données consolidées), le taux de décès a augmenté en **Centre-val de Loire** (+55%), **Occitanie** (+37%), **Hauts-de-France** (+35%), **Île-de-France** (+31%), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (+31%), **Bretagne** (+18%) et **Nouvelle-Aquitaine** (+10%). Ce taux est resté stable ou a diminué dans les autres régions de France métropolitaine. Malgré des données encore non consolidées pour la semaine 02, deux régions rapportent d'ores et déjà une augmentation du taux de décès par rapport à la semaine précédente : la **Bretagne** et la **Normandie**.

Figure 39. Taux hebdomadaires de décès dus à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 28 décembre 2020 au 17 janvier 2021 (S53 à S02), par région, France

du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021

du 04 au 10 janvier 2021

du 11 au 17 janvier 2021



Semaine 02 : données non consolidées pour les EHPA et autres ESMS
Source :SI-VIC et ESMS

► Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 30 032 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 10).

- 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.

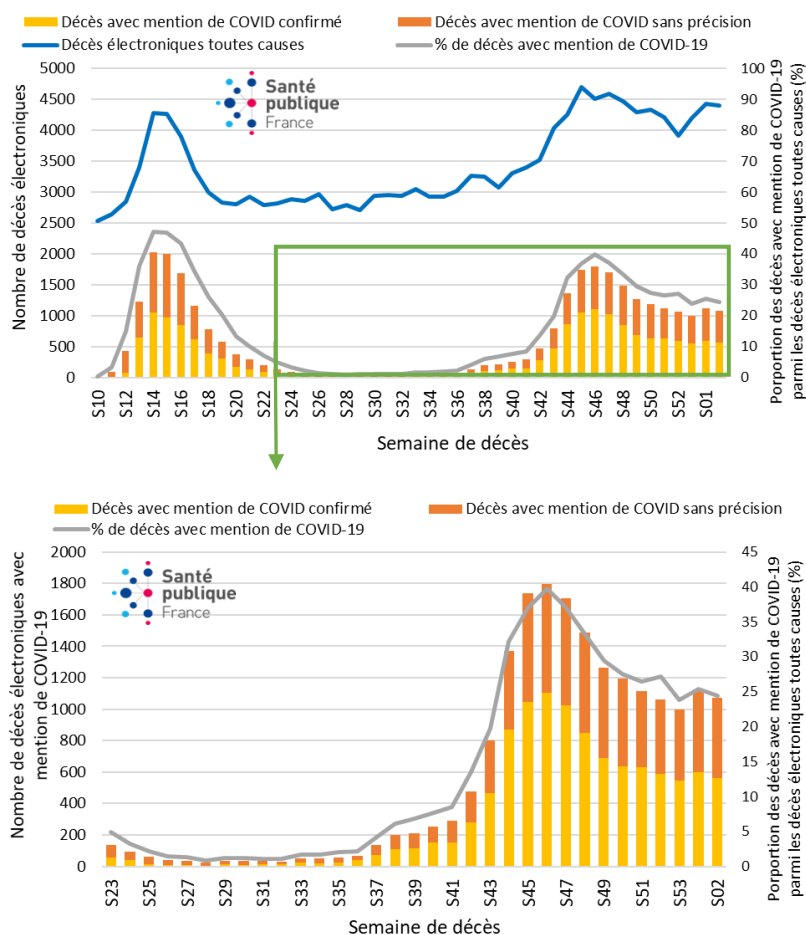
- Des comorbidités étaient renseignées pour 19 583 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 35% de ces décès et une mention d'hypertension artérielle pour 22%.

- 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 02-2021 (du 11 au 17 janvier 2021), 1 073 décès contenaient une mention de COVID-19 dans le certificat, représentant 24% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 39). Ce nombre de décès est en légère diminution par rapport à la semaine précédente (-53 décès, soit -5%, par rapport à la S01).** La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 53%.

- Parmi les 1 073 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 885 (82%) étaient âgées de 75 ans et plus, 123 (11%) étaient âgées de 65 à 74 ans et 59 (6%) étaient âgées de 45 à 64 ans. Six personnes décédées étaient âgées de 15 à 44 ans.

Figure 39. 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 17 janvier 2021, France (données au 19 janvier 2021)



Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 10. 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 18 janvier 2021, France (données au 19 janvier 2021)

Sexe	n	%
Hommes	16 319	54
Femmes	13 712	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	61	33	123	67	184	1
45-64 ans	583	28	1 479	72	2 062	7
65-74 ans	1 274	30	2 984	70	4 258	14
75 ans ou plus	8 531	36	14 994	64	23 525	78
Tous âges	10 449	35	19 583	65	30 032	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	6 839	35
Hypertension artérielle	4 333	22
Diabète	3 143	16
Pathologie respiratoire	2 556	13
Pathologie rénale	2 493	13
Pathologies neurologiques *	1 672	9
Obésité	1 089	6
Immunodéficience	436	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 S01-2021 (du 04 au 10 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 40). On note que les effectifs repartent à la hausse en S53 et en S01.**

- **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 S50, +15% en S51, +12% en S52 et +14% en S53.** 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 01-2021 sera précisée la semaine prochaine.

- **Au niveau régional (Figures 41 et 43), la dynamique du nombre de décès sur les dernières semaines est hétérogène selon les régions. En Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur, les effectifs de décès sont à nouveau en augmentation à partir de la semaine 53. Dans les régions Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Hauts-de-France, les effectifs de décès sont stabilisés depuis la semaine 49 à un niveau élevé.** Une diminution semble toutefois s'amorcer en S01 en Bourgogne-Franche-Comté et Hauts-de-France. **En Occitanie et Nouvelle-Aquitaine, un nouvel excès de décès est observé en semaine 01-2021, après un retour dans les marges de fluctuation habituelle entre S51 et S53.** Enfin, dans les régions Île-de-France, Normandie, Centre-Val de Loire et Pays de la Loire, les effectifs de décès semblent rester dans les marges de fluctuation habituelle en semaine 01-2021.

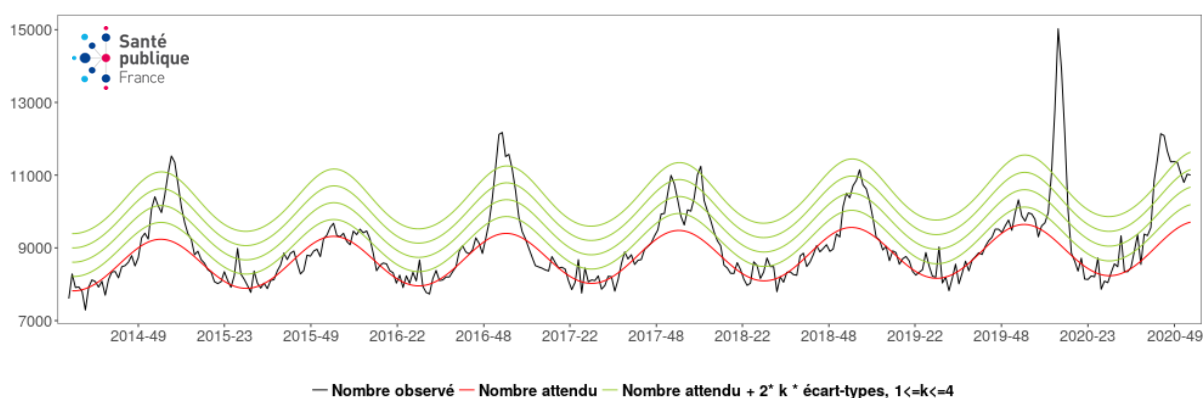
- **Au total, le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en S51 à S53 dans 6 régions et, en S01-2021, dans 7 régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.**

- **À l'échelon départemental, 28 départements présentaient un excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue en S51, 23 départements en S52, 27 départements en semaine 53 et 21 départements en S01-2021 (Figure 42).**

- **Ces excès concernent principalement les personnes de 65 ans ou plus, et plus particulièrement celles de plus de 85 ans.**

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 52 à 01-21, 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 40. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 18-2014 à la semaine 01-2021, France



Sources : Santé publique France – Insee

Figure 41. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 52 et 53-2020 et 01-2021, par région, France (données au 19 janvier 2021)

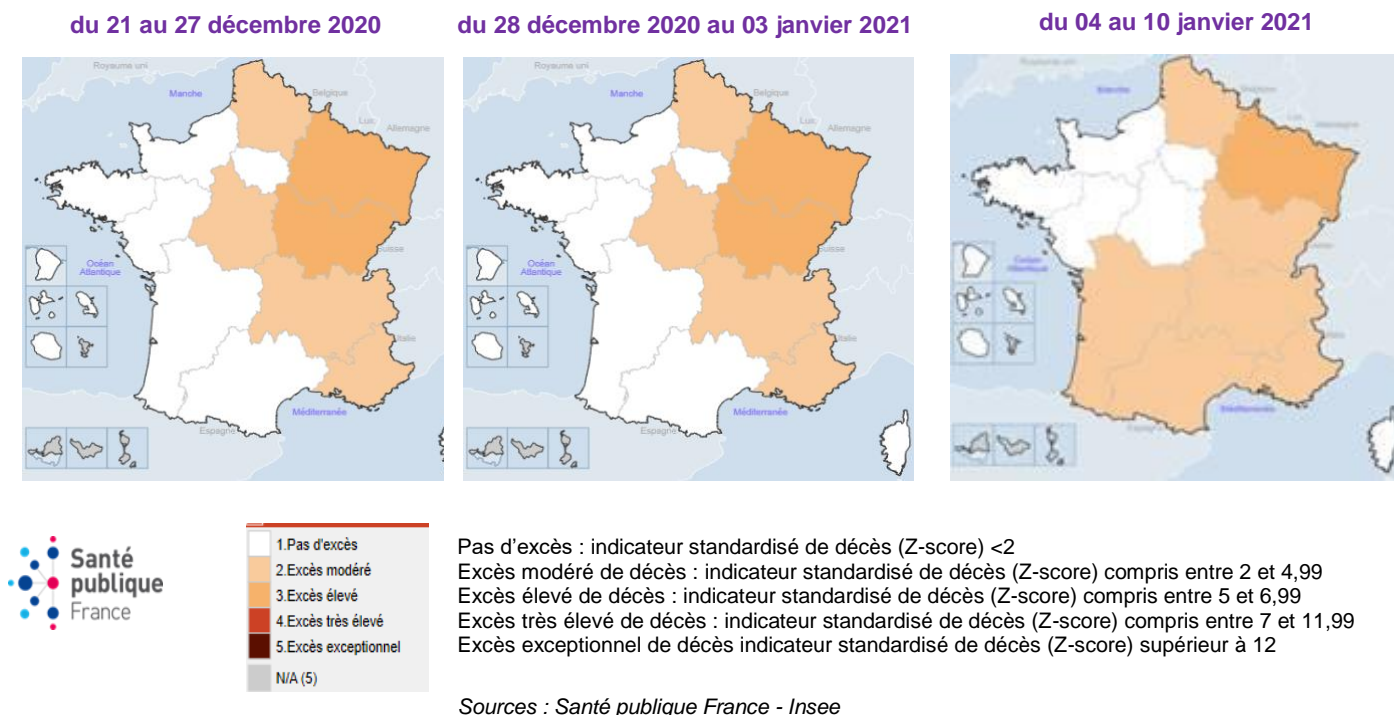


Figure 42. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 52 et 53-2020 et 01-2021, par département, France (données au 19 janvier 2021)

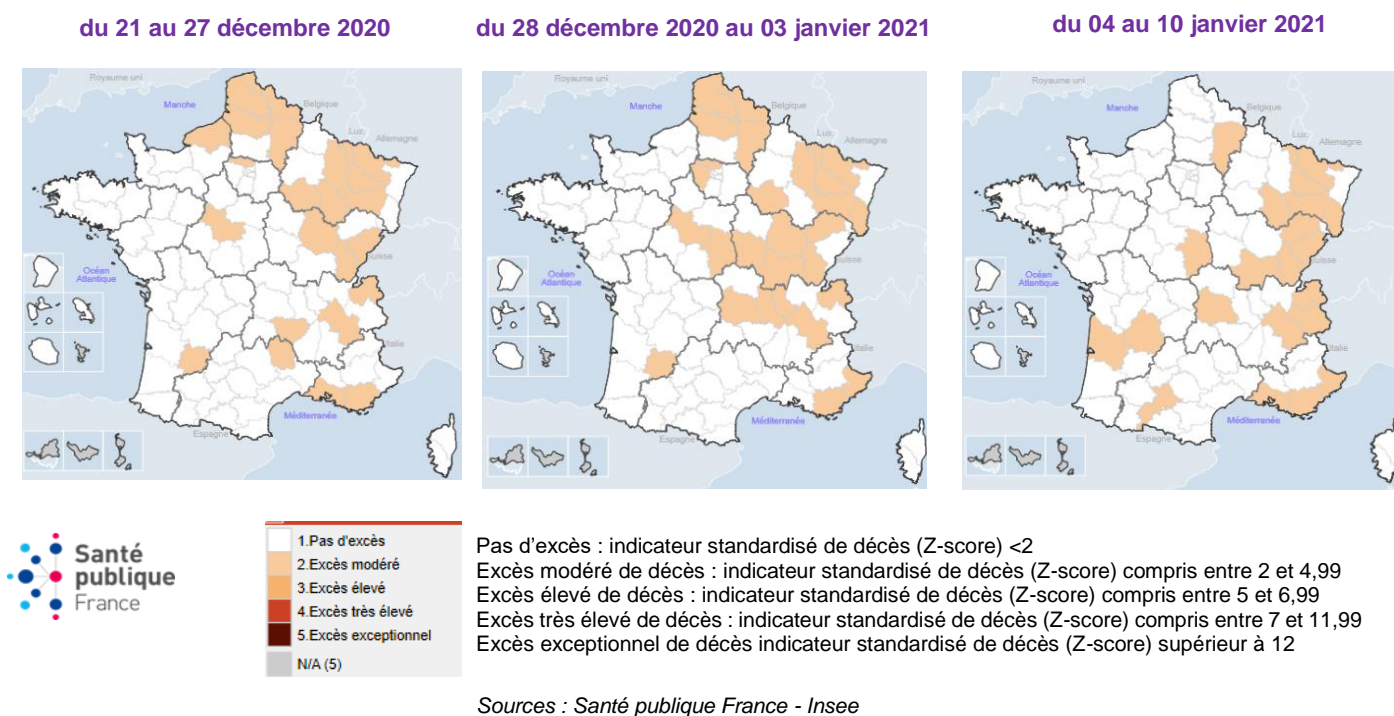
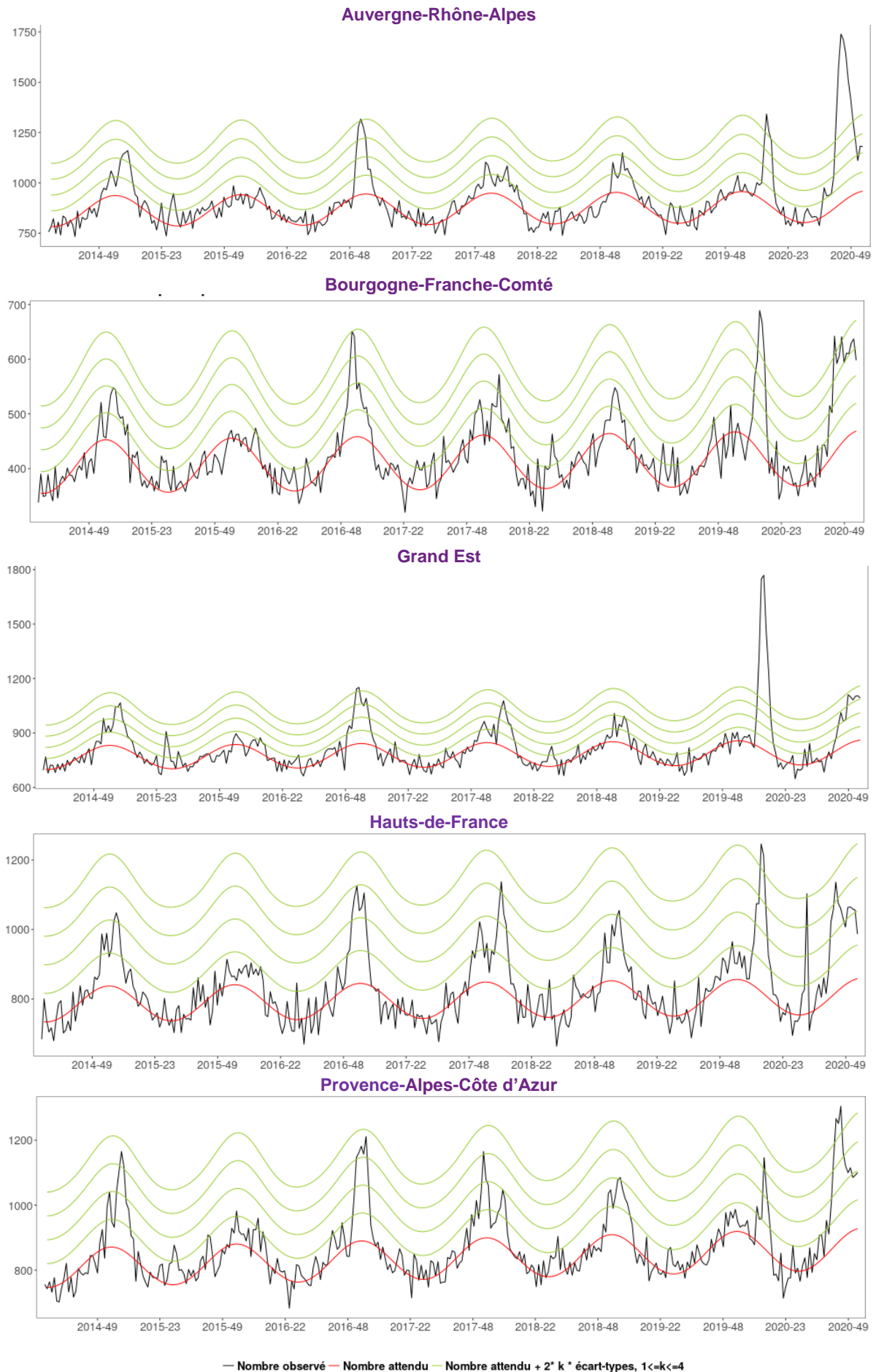


Figure 43. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 19-2014 à la semaine 01-2021, dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, France

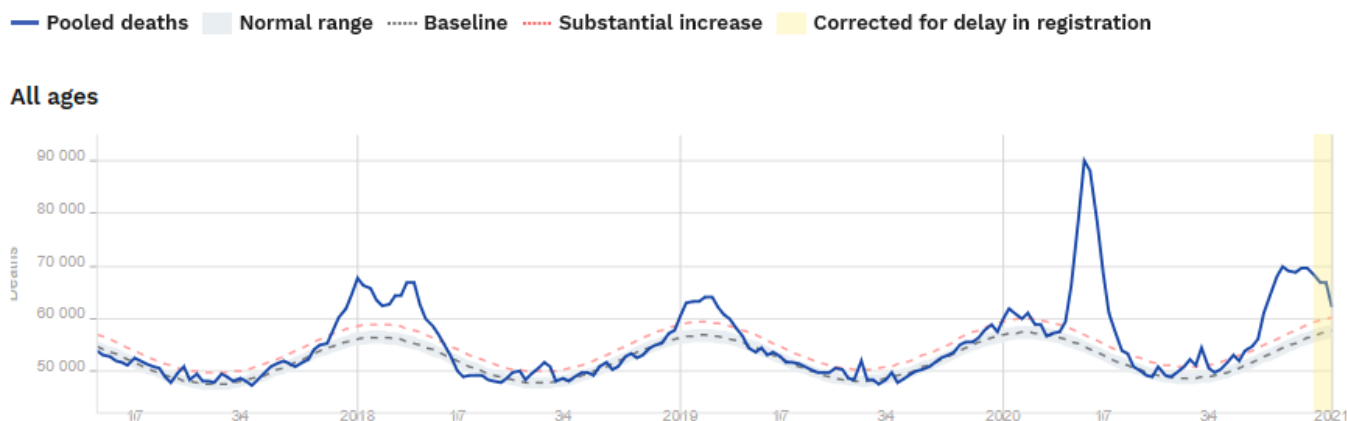


Sources : Santé publique France – Insee

► Mortalité à l'échelle européenne

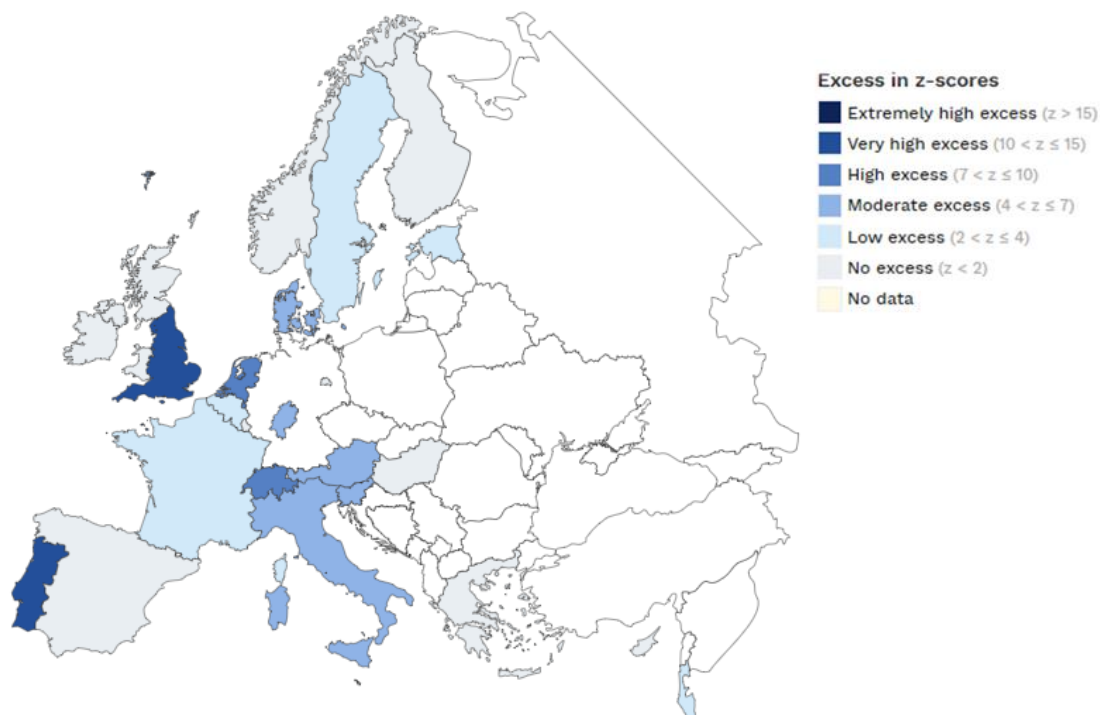
À l'échelle européenne, parmi les 27 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité est notée depuis le début du mois d'octobre 2020, qui s'est accrue à partir de la S43 jusqu'en S46 (Figure 44). Le nombre de décès s'est stabilisé jusqu'en S51, avant d'aborder une diminution à partir de la semaine S52. Le nombre de décès en semaine 01-2021 reste significativement au-dessus des valeurs attendues (Figure 45).

Figure 44. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 27 pays/régions européens, de la semaine 03-2017 à la semaine 01-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 12 janvier 2021)



Source : EuroMOMO

Figure 45. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 53-2020 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 12 janvier 2021)



Source : EuroMOMO

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2021. Les publics prioritaires pour la vaccination sont les personnes âgées résidant en EHPAD ou en unité de soins de longue durée (USLD), les professionnels de ces établissements, les soignants, pompiers et aides à domicile âgés 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. Depuis le 18 janvier 2021, les personnes âgées de plus de 75 ans ainsi que les personnes atteintes de certaines pathologies les mettant à très haut risque de complications en cas d'infection font également partie des populations ciblées en priorité.

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, 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 dans les 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 20 janvier 2021, 692 777 personnes avaient été vaccinées contre la COVID-19 en France (Tableau 11).

Tableau 11. Nombre de personnes vaccinées (1 dose) contre la COVID-19 et couverture vaccinale (/100 000 habitants) au 20 janvier 2021, France

Régions	Nombre de personnes vaccinées (N)	Couverture vaccinale (/ 100 000 habitants)
Auvergne-Rhône Alpes	77 667	967
Bourgogne - Franche-Comté	42 588	1530
Bretagne	31 313	937
Centre-Val de Loire	22 808	891
Corse	3 548	1029
Grand Est	60 675	1101
Hauts-de-France	55 219	926
Ile de France	119 695	975
Normandie	50 603	1532
Nouvelle-Aquitaine	73 498	1225
Occitanie	69 616	1175
Pays de la Loire	31 167	820
Provence-Alpes-Côte d'Azur	51 207	1013
France métropolitaine	689 604	1063
Guadeloupe	781	207
Guyane	348	120
La Réunion	1 014	118
Martinique	1 030	287
Mayotte	0	0
France entière	692 777	1033

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](#).

Une nouvelle vague d'enquête s'est déroulée du 18 au 20 janvier 2021. Les résultats en seront présentés dans le Point épidémiologique de la semaine prochaine.

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), **94 124 612 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés dans le monde - dont **2 034 527 décès** - au 19 janvier 2021.

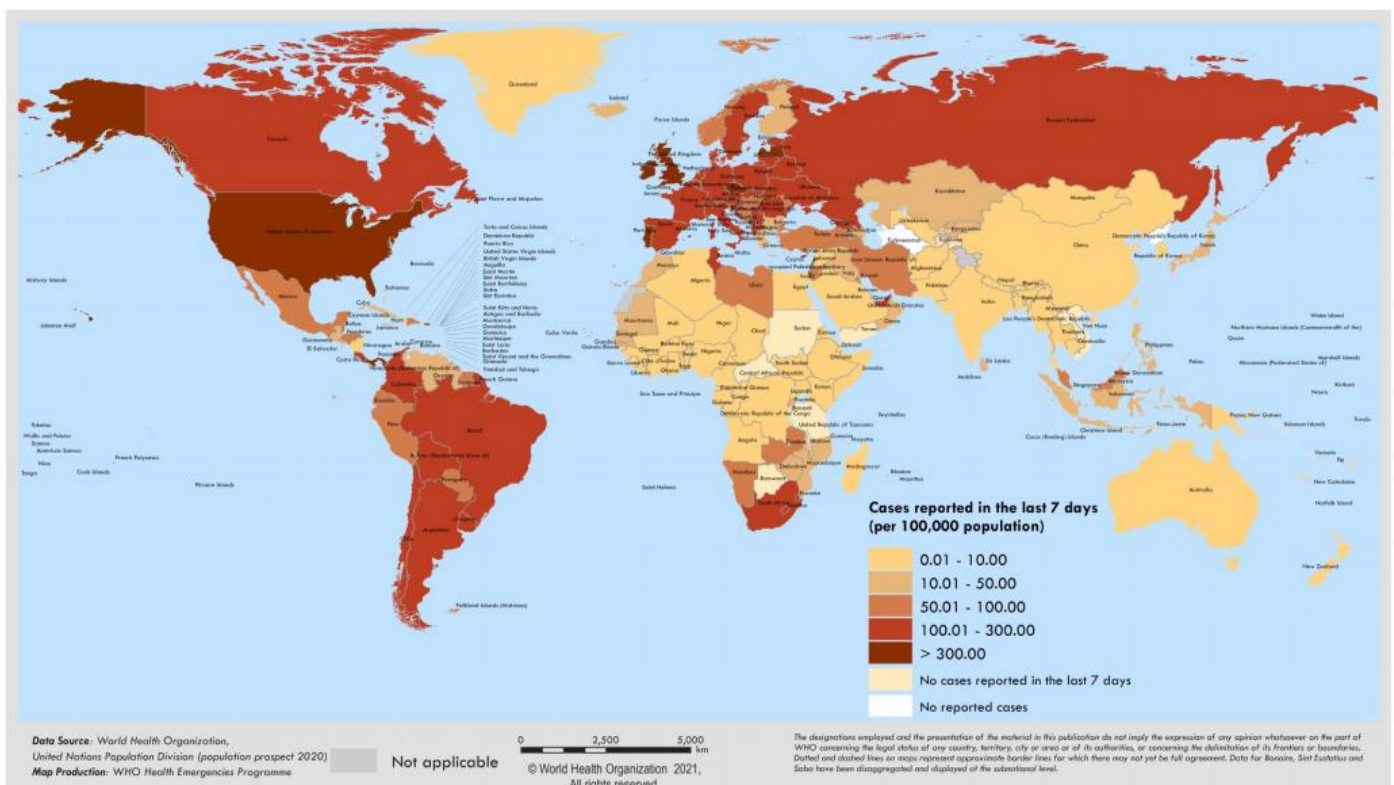
► Foyers majeurs

Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Amériques** (2 467 817 cas et 43 804 décès rapportés en semaine 02) et en **Europe** (1 610 353 cas et 37 698 décès rapportés en S02). Ces régions sont à l'origine, respectivement, de 52% et 34% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 47% et 40% des nouveaux décès en S02 (du 11 janvier au 17 janvier 2021) (Figure 46).

Les pays qui rapportent le plus grand nombre de cas en S02 sont : **les États-Unis** (+1 583 237 nouveaux cas), **le Brésil** (+379 784), **le Royaume-Uni** (+339 952), **la Russie** (+166 255) et **la France** (+125 279).

Les pays avec les plus fortes incidences rapportées en S02 sont : **le Portugal** (620 cas/100 000 habitants), **l'Irlande** (588 cas/100 000 habitants), **la République tchèque** (542 cas/100 000 habitants), **le Royaume-Uni** (501 cas/100 000 habitants), **le Liban** (492 cas/100 000 habitants), **les États-Unis** (478 cas/100 000 habitants), **le Panama** (476 cas/100 000 habitants) et **Israël** (467 cas/100 000 habitants).

Figure 46. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 02 (du 11 au 17 janvier 2021)



Source : OMS

► Tendances

Comparativement à la semaine 01, les régions OMS Méditerranée orientale et Pacifique occidental ont observé des hausses de nombre de cas en S02 de 7% et 14% respectivement (Tableau 12). La région OMS Europe a rapporté une baisse de 15% des cas en S02, alors que le nombre de cas est resté stable dans les régions Afrique, Amériques et Asie du Sud-Est. Le nombre de décès était en augmentation en S02 dans les régions Pacifique occidental (+35%), Afrique (+16%) et Amériques (+15%).

Tableau 12. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 02-2021 et évolution par rapport à la semaine 01-2021

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+ 177 252	+ 2 467 817	+ 204 654	+ 1 610 353	+ 183 178	+ 81 775
Tendance	+1% →	-2% →	-1% →	-15% ↘	+7% ↗	+14% ↗
Décès rapportés	+ 5 000	+ 43 804	+ 3 410	+ 37 698	+ 2 846	+ 1 124
Tendance	+16% ↗	+15% ↗	+4% →	+2% →	+2% →	+35% ↗

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 2,4 millions en S02, et on compte plus de 43 000 nouveaux décès, ce qui représente respectivement une baisse de 2% et une hausse de 15% par rapport à la semaine précédente (S01). Pour la quatrième semaine consécutive, les États-Unis restent le pays rapportant le plus grand nombre de cas avec 1 583 237 nouveaux cas (478 cas/ 100 000 hab.) et 23 198 nouveaux décès rapportés en S02. Les autres pays avec les plus grands nombres de nouveaux cas sont le Brésil (379 784 nouveaux cas, soit 179 nouveaux cas/100 000 hab.) et la Colombie (114 784 nouveaux cas, soit 225 nouveaux cas/100 000 hab.). Les États-Unis représentaient 66% 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 S02, avec plus de 1,6 million de nouveaux cas et plus de 37 000 nouveaux décès, soit une diminution de 15% des cas et une augmentation de 2% des décès par rapport à la S01. Les pays de la région Europe ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux cas étaient le Royaume-Uni (339 952 cas, soit 501 cas /100 000 hab.), la Russie (166 255 cas, soit 114 cas /100 000 hab.) et la France (125 279 cas, soit 192 cas /100 000 hab.). Ces trois pays comptabilisent 40% des cas de la région, dont 21% au Royaume-Uni. Le plus grand nombre de décès a été signalé au Royaume-Uni (7 722, +23%), en Allemagne (6 076, situation stable par rapport à la semaine précédente S01) et en Russie (3 729, +12%). Pour plus de détails sur l'Europe, [cliquez ici](#)

- En région **Afrique**, plus de 177 252 nouveaux cas et 5 000 décès ont été rapportés, une hausse de respectivement 1% et 16%. 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 nouveaux cas sont l'Afrique du Sud (111 483 cas, soit 188 cas/100 000 hab. et une baisse de 11% par rapport à S01), le Nigeria (11 465 cas soit 6 cas/100 000 hab. et une hausse de 38%) et la Zambie (9 507 cas, soit 52 cas/100 000 hab. et une hausse de 78%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès sur la semaine (S02) sont l'Afrique du Sud (4 027 décès, +10%), le Zimbabwe (200, +89%) et le Malawi (80, +186%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

● En **région Asie du Sud-Est**, les indicateurs de l'épidémie continuent d'être en déclin, une tendance observée depuis mi-septembre. On dénombre plus de 200 000 nouveaux cas et 3 400 nouveaux décès, soit une diminution de 1% et une hausse de 4% respectivement par rapport à la semaine précédente (S01). Les pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés sont l'Inde avec 107 701 cas soit 8 cas/100 000 hab. (-15%), l'Indonésie avec 78 256 cas soit 29 cas/100 000 hab. (+31%) et le Bangladesh avec 5 681 soit 4 cas/100 000 hab. (-8%). Les trois pays cumulant le plus de décès dans la semaine (S02) sont l'Indonésie (1 820 décès, -31%), l'Inde (1 275, -18%) et le Bangladesh (127, -19%). Pour la première fois depuis avril 2020, l'Indonésie comptabilise plus de décès que l'Inde. Pour plus de détails sur l'Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

● En **région Méditerranée orientale**, plus de 183 000 nouveaux cas ont été signalés, soit une hausse de 7% pour la deuxième semaine consécutive. Le nombre de décès rapportés augmente également avec 2 846 décès (+2% par rapport à S01) alors que la région avait présenté une baisse continue entre le 23 novembre 2020 et le 11 janvier 2021. Les pays avec le plus grand nombre de nouveaux cas sont l'Iran (43 957 cas soit 52 cas/100 000 hab. et une hausse de 2%), le Liban (33 605 cas soit 492 cas/100 000 hab. et une hausse de 15%) et les Émirats arabes unis (22 106 cas soit 224 cas/100 000 et une hausse de 38%). Ces trois pays représentent à eux seuls plus de la moitié (54%) des nouveaux cas de la région. Les plus grands nombres de décès sont observés en Iran, en Tunisie et en Egypte, ces pays enregistrant 60% des décès de la région. Pour plus de détails sur la région Méditerranée Est, [cliquez ici](#).

● En **région Pacifique occidental**, le nombre de nouveaux cas est de 81 000 soit une augmentation de 14% par rapport à la semaine précédente (S02). Cette tendance à la hausse est observée depuis fin octobre 2020, avec une accélération depuis deux semaines. Les trois pays rapportant le plus nombre de nouveaux cas sont le Japon avec 41 521 cas, soit 33 cas /100 000 hab. (+4%), la Malaisie avec 21 536 cas, soit 67 cas/100 000 hab. (+33%) et les Philippines avec 12 894 cas, soit 12 cas/100 000 hab. (+45%). Les pays rapportant cette semaine le plus grand nombre de décès sont les Philippines (486 décès, +235%), le Japon (450, situation stable par rapport à la semaine précédente S01) et la Corée du Sud (124, +24%). Pour plus de détails sur la région Pacifique Ouest, [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 (P.1) 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* ». L'European Centre for Disease Control (ECDC) note une transmissibilité plus élevée pour ce variant (environ 50% plus transmissible que les variants en circulation auparavant), 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.

- Au 19 janvier 2021**, le variant VOC 202012/01 a été identifié **dans 23 pays de l'UE/EEE** (Figure 47), souvent en transmission communautaire (non-associée à un déplacement). Il est responsable de la majorité des cas de COVID-19 au Royaume-Uni. Dans les pays de l'UE/EEE, environ 1 300 cas de VOC 202012/01 au total ont été rapportés au 19 janvier ; toutefois ce nombre est très probablement sous-estimé selon l'ECDC.

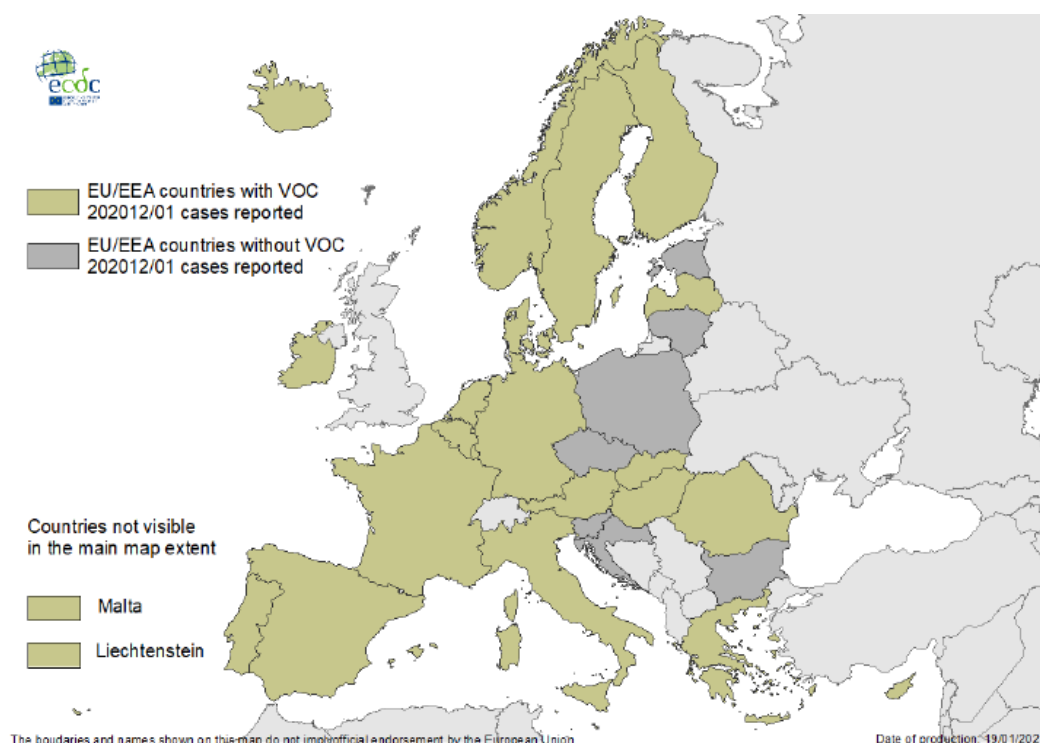
- L'évaluation rapide des risques de l'ECDC, en date du 21 janvier 2020, estime que la probabilité d'introduction et de transmission communautaire de ce variant en Europe est très élevée.

- Dans le monde, au 19 janvier 2021**, environ 700 cas de COVID-19 avec le variant VOC 202012/01 ont été rapportés dans 60 pays par l'OMS, les pays rapportant le plus de cas étant Israël (147), l'Inde (109) et les États-Unis (92).

- Pour plus de détails dans le *Rapid Risk Assessment* de l'ECDC du 21 janvier 2021 : [cliquez ici](#)

- Pour plus de détails dans le *Weekly Epidemiological Update* de l'OMS du 19 janvier 2021 : [cliquez ici](#).

Figure 47. Pays de l'UE/EEE ayant rapportés des cas confirmés liés au variant VOC 202012/01 (données au 19 janvier 2021)

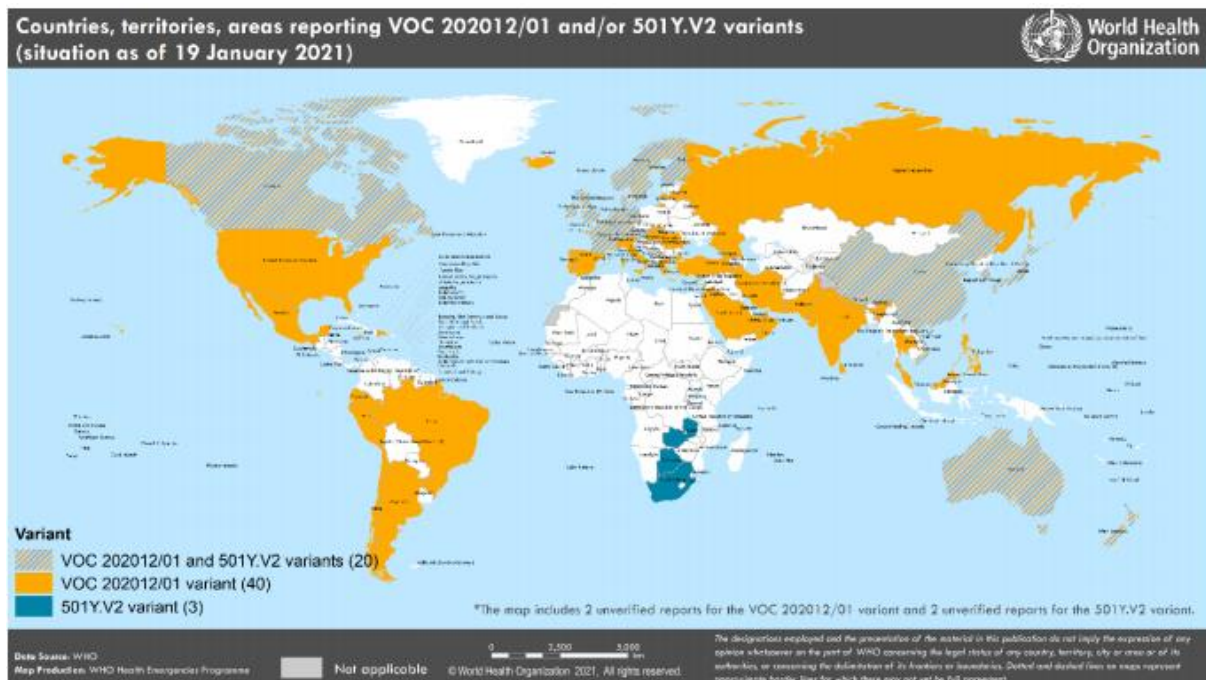


Source : ECDC

► 501Y.V2 (Afrique du Sud)

- En Afrique du Sud, le gouvernement signalait, le 18 décembre 2020, l'émergence d'un variant désigné 501Y.V2. Les résultats des séquençages génétiques indiquent la présence de ce variant en Afrique du Sud depuis novembre. Aujourd'hui, ce variant est responsable de la majorité des cas dans le pays.
- Des travaux préliminaires suggèrent la possibilité d'une transmissibilité plus élevée mais, comme le variant VOC 202012/01, 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.
- **En Europe**, le variant a été détecté dans 10 pays (30 cas) : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, France, Finlande, Irlande, Norvège, Pays-Bas et Suède.
- **Dans le reste du monde, au 19 janvier 2021**, 13 autres pays rapportaient des cas confirmés de COVID-19 avec le variant 501Y.V2. Les pays ayant détecté le plus de cas (hors Afrique du Sud) sont : le Royaume-Uni (54), l'Australie (6) et le Botswana (6) (Figure 48).

Figure 48. Pays et territoires rapportant des cas confirmés liés aux variants 501Y.V2 et VOC 202012/01, données au 19 janvier 2021



Source : OMS

► Variant P.1 (Brésil)

- Le 09 janvier 2021, le ministère de la Santé japonais notifiait la détection d'un nouveau variant chez 4 voyageurs en provenance du Brésil : le variant P.1. du lignage B.1.1.28.
- Le 12 janvier 2021, une étude en prépublication réalisée par une équipe anglaise et brésilienne a décrit l'émergence de ce variant au mois de décembre dans la région de Manaus, où il était alors présent dans 42% des PCR positives (13 échantillons sur 31).
- D'après une seconde étude disponible en prépublication le 26 décembre 2020, ce variant aurait émergé fin juillet 2020 et a été détecté pour la première fois à Rio de Janeiro fin octobre 2020.
- Ce variant comporte deux mutations biologiquement importantes : la mutation E484K, retrouvée sur le variant VOC 202012/01, et la mutation N501Y, retrouvée sur le variant 501Y.V2. Toutefois les données actuelles ne permettent pas de savoir s'il est associé à un potentiel de transmission plus élevé ou une forme plus sévère de la maladie.
- **Au 19 janvier 2021, aucun pays de l'UE/EEE n'a rapporté de cas lié à ce variant.**

NB : Un second variant en provenance du Brésil a été identifié au Royaume-Uni, le variant VUI 202101/01, qui comporte peu de mutations et qui ne semble pas présenter de potentiel de transmission plus élevé à ce stade.

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 :

- Évaluations rapides des risques de l'ECDC : <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic>, rubrique *Risk assessments*

- Weekly report de l'OMS du 19 janvier 2021 : <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---19-january-2021>

- Les études de détections des variants :

À Manaus : <https://virological.org/t/genomic-characterisation-of-an-emergent-sars-cov-2-lineage-in-manaus-preliminary-findings/586>

À Rio de Janeiro : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.23.20248598v1.full.pdf>

VUI 202101/01 au Royaume-Uni : <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n158>

POINT SUR LA VACCINATION AU NIVEAU INTERNATIONAL

- Le 08 décembre 2020, le Royaume-Uni a lancé la première campagne de vaccination nationale dans le monde. Au cours du mois de décembre 2020, des pays d'Amérique (États-Unis, Canada, Mexique, Argentine, etc.), du Moyen-Orient (Émirats arabes unis, Qatar, Israël) ainsi que de nombreux pays de l'UE/EEE ont également déployé des campagnes de vaccination.
- Dans le monde, au 15 janvier 2021, 54 pays ont initié des campagnes nationales de vaccination (source : *Our World In Data*).

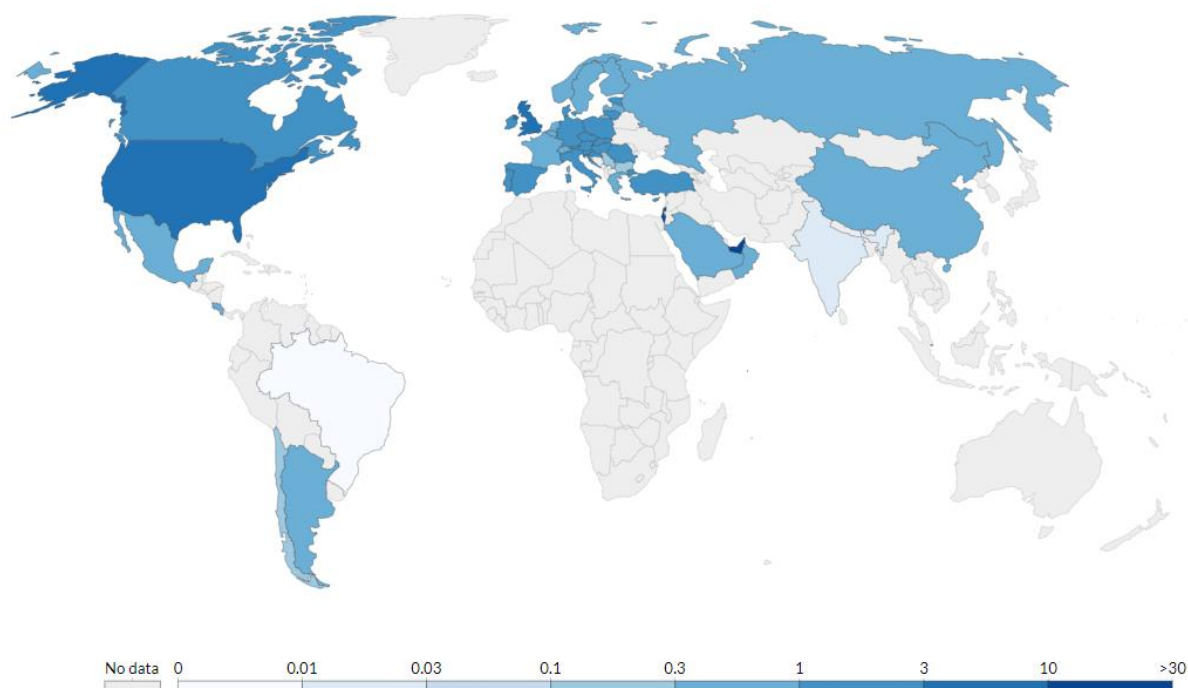
Our World in Data est un site de collecte et de présentation de données sur de multiples thématiques, émanant de l'Université d'Oxford (Royaume-Uni). Il est à noter que les données sur la vaccination sont préliminaires dans plusieurs pays et peuvent ne pas refléter la situation à l'instant où ces données sont présentées.

► Stratégie vaccinale

- Les pays qui lancent des programmes de vaccination sont confrontés à un certain nombre de difficultés, notamment : la disponibilité des vaccins, les contraintes de transport et d'acheminement des vaccins et l'accès aux points de vaccinations. Dans ce contexte, diverses stratégies de vaccination ont été adoptées par les différents pays. La plupart sont axées sur la vaccination des populations vulnérables et prioritaires, ciblant souvent dans un premier temps un ou plusieurs de ces groupes.

► Couverture vaccinale

Figure 49. Nombre de doses de vaccin contre la COVID-19 administrées pour 100 habitants par pays, données au 19 janvier 2021



NB. Ces chiffres représentent un nombre de doses distribuées et ne correspondent pas nécessairement au nombre de personnes vaccinées

Source : *Our World in Data*

Pour en savoir + sur les données de vaccination au niveau mondial :

<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

<https://www.gov.uk/government/news/more-than-4-million-people-receive-first-dose-of-covid-19-vaccine-in-uk>

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 02 (du 11 au 17 janvier 2021), les indicateurs épidémiologiques de suivi de l'épidémie de COVID-19 montraient une persistance de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé.

Au niveau national, en semaine 02, 1 928 414 personnes ont été testées et 128 551 ont été confirmées positives au SARS-Cov-2, soit 18 364 nouveaux cas confirmés en moyenne chaque jour. Les indicateurs virologiques montraient une stabilisation du taux d'incidence (192/100 000 habitants, +1%) et du taux de dépistage (2 873/100 000 habitants, -2%), et donc une stabilisation du taux de positivité (6,7%, +0,2 point), par rapport à la semaine 01. Toutefois, des disparités étaient observées par classe d'âge, avec un point de vigilance sur les 75 ans et plus.

En semaine 02, **les personnes âgées de 75 ans et plus étaient les plus touchées par le SARS-CoV-2, avec un taux d'incidence de 259/100 000 habitants, en augmentation par rapport à la semaine précédente (+12%)**. La stabilité du taux de dépistage dans cette classe d'âge (-2% par rapport à S01) est en faveur d'une réelle augmentation des contaminations dans cette population particulièrement vulnérable. L'augmentation de l'incidence était particulièrement marquée chez les 90 ans et plus (+20%), et se traduisait par une augmentation du taux de positivité (+1,6 point).

Une augmentation de l'incidence était également observée chez les 0-14 ans (94/100 000 habitants, +13% par rapport à S01) mais cette augmentation était observée conjointement à une très forte augmentation du taux de dépistage (+38%) dans le contexte de la reprise scolaire.

Le taux d'incidence tendait à se stabiliser dans les autres classes d'âge.

En semaine 02, les indicateurs de suivi des contacts montraient que le nombre de nouveaux cas stagnait et que le nombre de nouvelles personnes contacts à risque augmentait de façon très modérée. Le pourcentage de personnes-contacts à risque en dehors du foyer du cas a diminué. Les deux grandes classes d'âge (moins et plus de 65 ans) semblaient réduire leurs contacts à risque et reprendre une distanciation plus importante, notamment avec des personnes en dehors de leur classe d'âge. Une sorte de trêve des rassemblements semble se dessiner, en lien avec la reprise des activités professionnelles et scolaires, et on observe le retour à un plateau du nombre de cas et de personnes contacts, mais à un niveau plus élevé qu'à la fin du deuxième confinement.

En parallèle, le **délai moyen entre l'apparition des symptômes et le prélèvement diagnostique a diminué**, ce qui pourrait signifier une meilleure réactivité des personnes malades, dans le contexte des variants émergents.

L'identification des chaînes de transmission est en diminution, avec 23,5% des nouveaux cas auparavant connus comme personnes-contacts. **Cette moindre identification des chaînes de transmission traduit la fin des rassemblements familiaux, mais peut avoir des conséquences d'amplification de la circulation du SARS-CoV-2 dans le contexte d'une diffusion de variants émergents plus transmissibles.**

Les personnes âgées de plus de 65 ans semblaient les plus respectueuses des mesures de distanciation ou les plus isolées, puisqu'elles ne représentaient que 8% des cas rapportant plus de 5 personnes-contacts à risque.

Par ailleurs, 60% de personnes âgées de 15 à 64 ans ne rapportaient aucun contact à risque, alors que, dans ces classes d'âges, les personnes sont habituellement scolarisées ou dans la vie active. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce constat : télétravail, enseignement à distance, solitude. Il est cependant également possible que des personnes n'identifient pas de situation où elles ont pu avoir des contacts à risque, ne se souviennent pas des contacts à risque survenus ou encore ne souhaitent pas les rapporter lors de l'appel des intervenants du suivi des contacts.

En médecine générale, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était **stable** en comparaison de celui de la semaine précédente (90/100 000 habitants en S02 vs 87 en S01).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était **stable** en semaine 02 (-1% entre S01 et S02).

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), une augmentation du nombre de cas confirmés a été observée en semaines 01 et 02, après plusieurs semaines de stabilité (données non consolidées en semaine 02). Cette augmentation pourrait être liée aux interactions sociales plus fréquentes en période de fin d'année. Le nombre de nouveaux **décès de résidents** survenus en établissements, qui s'était stabilisé à la fin de l'année 2020, est également **en augmentation** depuis le début de l'année 2021. Les prochaines semaines permettront de préciser cette augmentation.

Après une stabilisation en semaine 01, le nombre de **passages pour suspicion de COVID-19 aux urgences** était à nouveau en **hausse** en semaine 02 dans toutes les classes d'âge (+9,5%) et principalement chez les adultes.

Le nombre de patients hospitalisés en France pour COVID-19 restait élevé, avec **25 567** personnes hospitalisées le 19 janvier 2021, dont **2 839 en réanimation**. **En semaine 02, les taux hebdomadaires d'hospitalisations et de nouvelles admissions en réanimation** par date de déclaration ont **augmenté** par rapport à la semaine 01 (respectivement +9% et +3%). Un rattrapage de la saisie en semaine 01 de dossiers survenus lors des vacances scolaires avait possiblement impliqué une surestimation de l'augmentation en S01 par rapport à S53 (+19% et +21%) et par conséquent une sous-estimation de l'augmentation en S02. Les données hospitalières par date d'admission montrent que l'augmentation entre S53 et S01 est de +11% d'hospitalisations et +9% d'admissions en réanimation. Même si les données par date d'admission en S02 sont non consolidées du fait du délai de déclaration des dossiers, on observe déjà une augmentation de +4% pour les hospitalisations et +10% pour les admissions en réanimation par rapport S01.

En France métropolitaine, les **estimations du R-eff calculées à partir des trois sources sont supérieures à 1 de façon significative** : 1,09 pour les données virologiques (tests PCR et tests antigéniques, SI-DEP), 1,10 pour les données d'hospitalisations (SI-VIC) et 1,07 pour les passages aux urgences (OSCOUR®) pour suspicion de COVID-19, pour la deuxième semaine consécutive. Le passage de cet indicateur au-dessus de 1 indique une progression de la circulation du virus.

Le **nombre hebdomadaire de décès**, incluant les décès survenus en milieu hospitalier et dans les établissements médico-sociaux (décès survenus à domicile non inclus), **était en augmentation en semaine 01**, avec 2 601 décès vs 2 360 en S53 (+10,2%, données consolidées). En semaine 02, 2 142 décès étaient recensés, mais les données n'étant pas consolidées, la tendance ne peut pas être interprétée. À noter que le nombre de décès liés à la COVID-19 est élevé : **plus de 71 000 décès** ont été comptabilisés sur la période du 1^{er} mars 2020 au 19 janvier 2021.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus restait significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre 2020) et jusqu'à la semaine 53, où l'excès de mortalité était de +14 %. 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 01 sera précisée la semaine prochaine. On note toutefois que le nombre de décès augmentait de nouveau en semaine 53 et en semaine 01.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

Les **régions les plus touchées** en semaine 02 restaient les régions **Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes** et **Grand Est**. Ces régions présentaient en semaine 02 les **plus forts taux d'incidence** (et ce depuis fin novembre), ainsi que les **plus forts taux d'hospitalisations et de décès** (données ESMS et données hospitalières).

On observait toutefois une **diminution des taux d'incidence** dans le Grand Est (-15%) et en Bourgogne-Franche-Comté (-15%) ainsi que, dans une moindre mesure, en Auvergne-Rhône-Alpes (-8%). Par ailleurs, les **estimations du R-eff** calculées à partir des trois sources **n'étaient plus significativement supérieures à 1** en Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est. Les départements les plus affectés de ces régions ont été ciblés dès le 02 janvier par des couvre-feux anticipés.

L'analyse de l'impact des couvre-feux anticipés sur la dynamique de l'épidémie de COVID-19 à l'échelle des départements montre une diminution du taux d'incidence des cas confirmés de SARS-CoV-2 dans le groupe 1 (départements placés sous couvre-feu anticipé le 02 janvier 2021). Néanmoins, l'évolution de la situation en semaine 01 était déjà plus favorable dans le groupe 1 que dans les groupes 2 (couvre-feux les 10 et 12 janvier) et 3 (couvre-feu le 16 janvier), alors qu'il était trop tôt pour que l'effet du couvre-feu anticipé puisse être observable sur les indicateurs de surveillance. Le couvre-feu, probablement associé à des comportements plus prudents de la population lors des fêtes de fin d'année et à des campagnes de communication locales dans ces départements, a pu contribuer à l'amélioration de la situation épidémiologique. Il est encore trop tôt en S02 pour observer l'impact des couvre-feux anticipés pour les groupes 2 et 3. Des analyses complémentaires de l'impact des couvre-feux incluant notamment le suivi des indicateurs hospitaliers pourraient être menées afin d'affiner ces résultats.

Plusieurs régions métropolitaines présentaient des évolutions préoccupantes, avec des augmentations régulières des indicateurs épidémiologiques.

En Occitanie, le taux d'incidence a augmenté de +94% par rapport à S51 (+8% par rapport à S01). Les hospitalisations et admissions en réanimation ont augmenté chacune de +50% par rapport à S51 (+17% et +12% par rapport S01). Les estimations du R-eff calculées à partir des trois sources étaient significativement supérieures à 1.

En Bretagne, bien que le taux d'incidence reste inférieur à 100 cas/100 000 habitants, ce taux a augmenté substantiellement depuis 4 semaines (+87% par rapport à S51, +12% par rapport à S01). Les hospitalisations et admissions en réanimation ont augmenté de +40% et +20% par rapport à S51 (+50% et +47% par rapport S01). Les estimations du R-eff calculées à partir des trois sources devenaient significativement supérieures à 1.

En Nouvelle-Aquitaine, le taux d'incidence a augmenté de +76% par rapport à S51 (+11% par rapport à S01). Les hospitalisations et admissions en réanimation ont augmenté de +53% et +20% par rapport à S51 (+15% et -5% par rapport S01). Les estimations du R-eff calculées à partir des trois sources étaient significativement supérieures à 1.

En Corse, bien que le taux d'incidence reste inférieur à 100 cas/100 000 habitants, ce taux a augmenté depuis 4 semaines (+237% par rapport à S51, +3% par rapport à S01). Les nombres d'hospitalisations et d'admissions en réanimation, qui représentent encore de faibles effectifs, ont néanmoins augmenté depuis S51 (+190% et +25% depuis S01).

Le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en semaine 01 dans sept régions : cinq régions déjà en excès ces dernières semaines (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur) ainsi que **deux régions nouvellement en excès (Nouvelle-Aquitaine et Occitanie)**.

À noter qu'au sein de chaque région, les évolutions peuvent être hétérogènes d'un département à l'autre et des analyses plus précises sont réalisées dans les régions.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

- **En Guadeloupe, les taux d'incidence et de dépistage étaient en diminution** (-18% et -14%, respectivement). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en réanimation étaient en hausse (respectivement 2,9/100 000 habitants et 0,8/100 000 habitants en S02 vs 0,8 et 0,3 en S01).
- **En Martinique, le taux d'incidence et de dépistage étaient en diminution** (-9% et -22%, respectivement). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en réanimation restaient stables.
- **En Guyane, le taux d'incidence était en diminution en semaine 02** (-7%), avec un taux de dépistage stable. Les taux d'hospitalisations et d'admissions en réanimation étaient en hausse (respectivement 15,5 et 2,1 en S02 vs 11,4 et 0,3 en S01).
- **À La Réunion, le taux d'incidence était en diminution** (-17%), avec un taux de dépistage stable. Les taux d'admissions en réanimation étaient en hausse (1,0 en S02 vs 0,3 en S01), le taux d'hospitalisations était stable.
- **À Mayotte, le taux d'incidence était en très forte augmentation (+105%)**, de même que les taux de dépistage (+73%) et de positivité (+2 points). Le taux d'hospitalisations était en augmentation (3,9 en S02 vs 2,9 en S01). Mayotte est passée en **niveau de vulnérabilité élevé** le 15 janvier 2021.

Les évolutions des taux d'hospitalisations sont à interpréter avec prudence, car les variations observées dans les départements et territoires d'outre-mer sont importantes mais concernent des faibles effectifs.

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 66% des personnes hospitalisées en réanimation le 19 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'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète. Pour 43% 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 (données disponibles dans le [Point épidémiologique du 14 janvier 2021](#)).

Dans le cadre de la surveillance des infections nosocomiales (e-SIN), entre le 1^{er} janvier 2020 et le 17 janvier 2021, **2 986 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. Étaient concernés : 20 160 patients dont (160 décès liés), 13 371 professionnels et 10 visiteurs. Parmi ces signalements, 2 035 correspondaient à des cas groupés (au moins 3 cas liés). Huit régions ont signalé, chacune, plus de 130 épisodes de cas groupés de cas nosocomiaux mais seulement 5 régions (Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Hauts-de-France) totalisaient le plus grand nombre de cas.

► 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** détecté pour la première fois au Royaume-Uni et **501Y.V2** détecté pour la première fois 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 09 janvier 2021, un nouveau variant P.1 ayant émergé au Brésil a également été notifié à l'OMS.

Au 20 janvier 2021, 141 cas d'infection à des variants émergents étaient recensés en France : **131 cas d'infections au variant VOC 202012/01 et 10 cas d'infections au variant 501Y.V2**. 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. Aucun cas d'infection au nouveau variant P.1 n'a été signalé à ce jour en France.

Toutes les régions métropolitaines ont recensé **au moins 1 cas d'infection au variant VOC 202012/01** (Royaume-Uni), sauf la Bourgogne-Franche-Comté. Les résultats préliminaires de l'enquête Flash Variant menée les 07 et 08 janvier 2021 sur les tests RT-PCR positifs au SARS-CoV-2 ont montré que les cas de COVID-19 liés au variant VOC 202012/01 pourraient représenter 1 à 2% des cas alors recensés en France (données disponibles dans le [Point épidémiologique du 14 janvier 2021](#)) ; les données de séquençage issues de cette première enquête sont en cours de consolidation.

Cinq régions métropolitaines et une région d'outre-mer ont recensé au moins un cas d'infection au variant 501Y.V2.

À ce jour, il n'y a pas d'élément en faveur d'une plus grande sévérité des cas induits par ces variants. Ces deux variants se distinguent des virus majoritaires circulants par une capacité de diffusion plus importante. Concernant VOC 202012/01, 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, à laquelle coopèrent Santé publique France, le CNR et plusieurs laboratoires fédérés au sein de l'ANRS Maladies Infectieuses Émergentes, associé aux travaux de modélisation, permettra de guider les décisions concernant l'adaptation 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](#). Une nouvelle vague de l'enquête s'est déroulée du 18 au 20 janvier 2021. Les résultats seront présentés dans le prochain Point épidémiologique.

La campagne de vaccination débutée le 27 décembre 2020 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 du déploiement de la campagne de 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), **692 777 personnes avaient été vaccinées** contre la COVID-19 en France au 20 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).

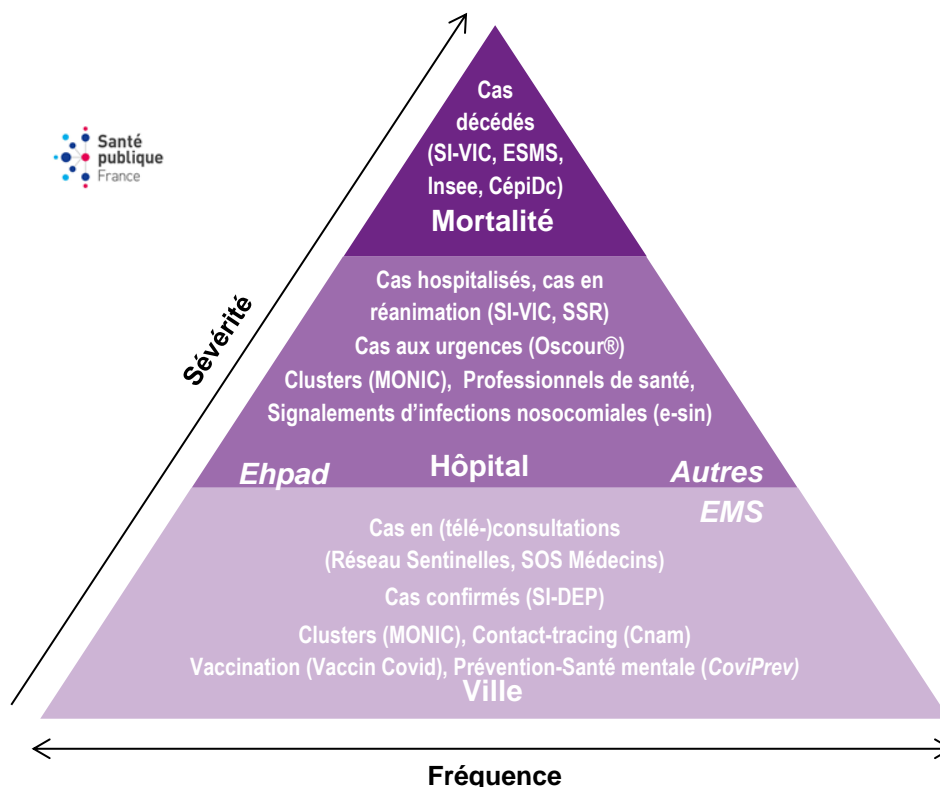
Mortalité toutes causes (Insee) : nombre de décès toutes causes par âge, avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).

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



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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES

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

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

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

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Fanny Chereau, Christine Campèse, Nicolas Méthy, Judith Benrekassa, Bruno Coignard

Systèmes de surveillance : Fatima Aït El Belghiti, Jonathan Bastard, Anne Berger-Carbonne, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Mathias Bruyand, Clémentine Calba, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Kostas Danis, Gilles Delmas, Julien Durand, Myriam Fayad, Laure Fonteneau, Cécile Forgeot, Camille Fortas, Anne Fouillet, Scarlett Georges, Katia Hammad, Eline Hassan, Yu Jin Jung, Sophie Larrieu, Yann Le Strat, Audrey Léon, Daniel Levy-Bruhl, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Michael Padget, Elisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Jérôme Pouey, Isabelle Pujol, Yann Savitch, Alexandra Septfons, Sophan Soing-Altrach, Cécile Sommen, Guillaume Spaccferri, Benjamin Taisne, Marie-Michèle Thiam, 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

21 janvier 2021