

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 Agences régionales de santé (ARS), sociétés savantes d'inféctiologie, de réanimation, de médecine d'urgence

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires. **Ce bilan est basé sur les données épidémiologiques de surveillance de la COVID-19 (SARS-CoV-2) rapportées à Santé publique France jusqu'au 02 décembre 2020.**

► Points clés

Poursuite de la diminution importante de la circulation du SARS-CoV-2 après passage du pic épidémique de la seconde vague

- Poursuite de la diminution de l'ensemble des indicateurs en ville et en milieu hospitalier
- Régions les plus touchées : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Provence-Alpes-Côte d'Azur

Mortalité

- Mortalité toujours élevée
- Excès de mortalité particulièrement marqué en Auvergne-Rhône-Alpes entre les semaines 44 et 47

Prévention

- **Intention de vaccination contre la COVID-19** : 53% des personnes interrogées en population générale (Enquête CoviPrev, début novembre), 68% des professionnels libéraux
- **Adoption systématique des mesures d'hygiène et de réduction des contacts** : maintien à un niveau élevé bien que perfectible (Enquête CoviPrev, fin novembre)
- **En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais**

Santé mentale

- Poursuite de l'augmentation de la fréquence des troubles dépressifs depuis fin septembre parmi les personnes interrogées (+12 points), notamment chez les jeunes et les étudiants

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires semaine 48 (du 23 au 29 novembre 2020)

	S48	S47*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 par tests RT-PCR et antigéniques (SI-DEP et ContactCovid)	75 096	114 104	-34%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (RT-PCR seules, SI-DEP)	10,7%	13%	-2,3 points
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 394	3 008	-20%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	5 374	7 517	-29%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	9 382	13 585	-31%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 391	2 069	-33%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et les décès en EHPA et autres EMS)	2 928	3 889	-25%

* Données consolidées.

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

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	228 615
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et les décès en EHPA et autres EMS)	53 506



► Point de situation en semaine 48 (du 23 au 29 novembre 2020)

La semaine 48 (du 23 au 29 novembre) est marquée par la poursuite de la **diminution de la circulation du SARS-CoV-2 en France**. Depuis le passage du pic épidémique en semaine 44 (du 26 octobre au 1^{er} novembre), les nouvelles contaminations de SARS-CoV-2 continuent de diminuer. **Les indicateurs restaient cependant à un niveau élevé et, en semaine 48, plus de 10 000 nouveaux cas de COVID-19 étaient confirmés, en moyenne, chaque jour en France.**

En milieu hospitalier, après le passage du pic des hospitalisations en semaine 45 (du 2 au 8 novembre 2020), les nouvelles hospitalisations et les admissions en réanimation étaient en diminution pour la troisième semaine consécutive.

Comme observé lors de la première vague, en avril 2020, la diminution des hospitalisations a ainsi été décalée d'une semaine par rapport aux nouvelles contaminations.

Le nombre de **nouveaux décès liés à la COVID-19 restait très élevé en semaine 48**, avec des évolutions contrastées en fonction des régions. **Le nombre de nouveaux décès liés à la COVID-19 a diminué en semaine 47**. La tendance à la diminution observée en semaine 48 reste à confirmer dans les prochaines semaines du fait du délai de consolidation plus long des données de mortalité et de la survenue plus tardive du décès dans l'histoire de la maladie.

Les premiers vaccins contre la COVID-19 pourraient être rendus disponibles en France prochainement. La réserve du grand public vis-à-vis de cette vaccination invite à renforcer la communication sur l'efficacité et le profil de tolérance de ces vaccins, et ce dès que les données seront disponibles, afin que chacun puisse faire un choix éclairé.

Malgré l'amélioration des indicateurs de circulation du SARS-CoV-2 en France, **les mesures de prévention gardent toute leur importance. Le maintien de l'adoption des mesures de prévention individuelles, même dans la sphère privée, associées aux mesures collectives**, sont actuellement les seuls moyens permettant de freiner la circulation du virus SARS-CoV-2 et d'en réduire l'impact sur le système de soins et la mortalité.

Il reste déterminant que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. L'utilisation des outils numériques (TousAntiCovid) est également recommandée pour renforcer les mesures de contact-tracing et d'isolement rapide.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	12
CAS CONFIRMÉS DE COVID-19	19
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	21
SURVEILLANCE AUX URGENCES	24
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	25
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	27
SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES (PIMS).....	33
SURVEILLANCE DES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	35
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	37
SITUATION INTERNATIONALE.....	43
PRÉVENTION	46
SYNTHÈSE	53
SOURCES DES DONNÉES	58

Bilan des clusters Le nombre de clusters a augmenté de façon importante depuis la mise en place du système d'information « Monic » (SI-Monic). Cependant, ce nombre est actuellement fortement sous-estimé. Depuis plusieurs semaines, la notification des clusters et leur saisie dans SI-Monic sont priorisés de façon hétérogène selon les régions et les décisions prises par les Agences régionales de santé, la priorité pouvant être donnée à la criticité des clusters ou à certaines collectivités. Il n'est donc pas possible actuellement de produire des indicateurs nationaux de qualité à partir de la base de données issue du SI-Monic. Le SI-Monic constituera à nouveau un outil pertinent si les niveaux de transmission du SARS-CoV-2 atteignent ceux ayant justifié sa mise en place à la sortie du premier confinement en mai 2020.

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le Réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des patients chez lesquels sont réalisés des prélèvements.

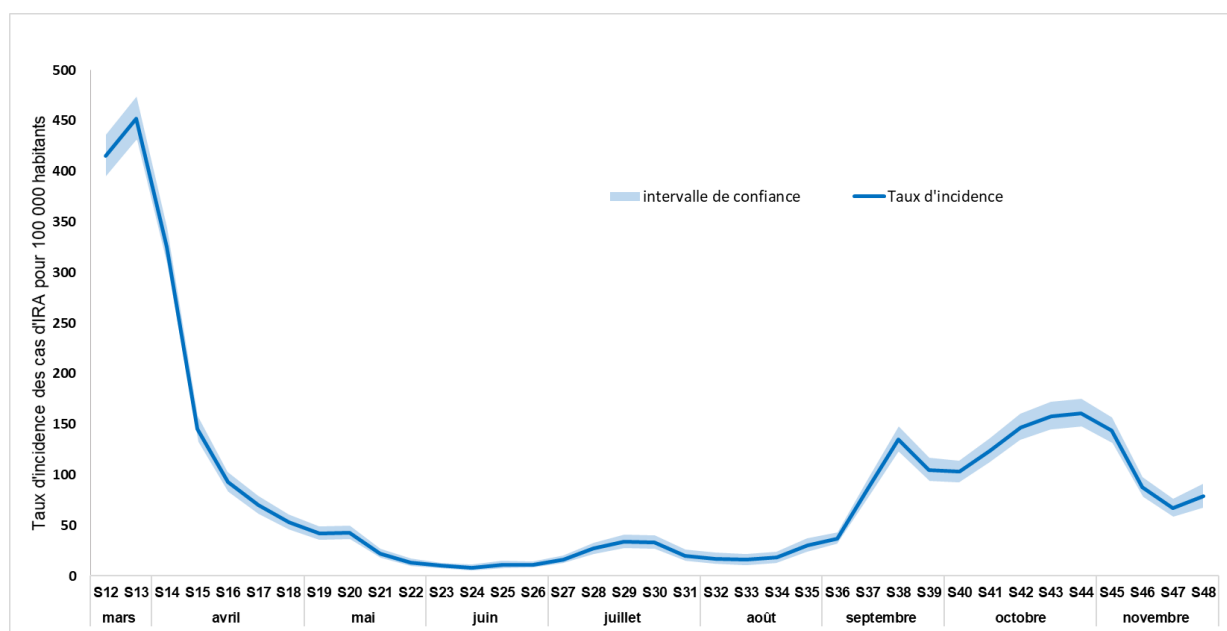
Les résultats des 2 dernières semaines seront consolidés dans les prochaines semaines.

• **En semaine 48** (du 23 au 29 novembre 2020), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 79/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [67-91]) en France métropolitaine, relativement stable par rapport à celui de la semaine 47 : 67/100 000 habitants (IC95% : [58-76]) (Figure 1).

• **En semaine 48**, sur les 24 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA qui ont été prélevés, 3 se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2 et 6 positifs pour un rhinovirus. Aucun n'était positif pour un virus grippal.

• Depuis la semaine 37, sur les 405 prélèvements effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés sur prélèvement nasopharyngé, 86 (21%) se sont révélés positifs pour le SARS-CoV-2, 176 (44%) positifs pour un rhinovirus, 1 pour un virus respiratoire syncytial (VRS) et 1 pour un métapneumovirus. Aucun n'était positif pour un virus grippal.

Figure 1. Taux d'incidence (/100 000 habitants) des cas d'IRA vus en médecine générale, par semaine, depuis la semaine 12 (du 16 au 22 mars 2020), France métropolitaine



Source : réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, **151 540 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 1^{er} décembre 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

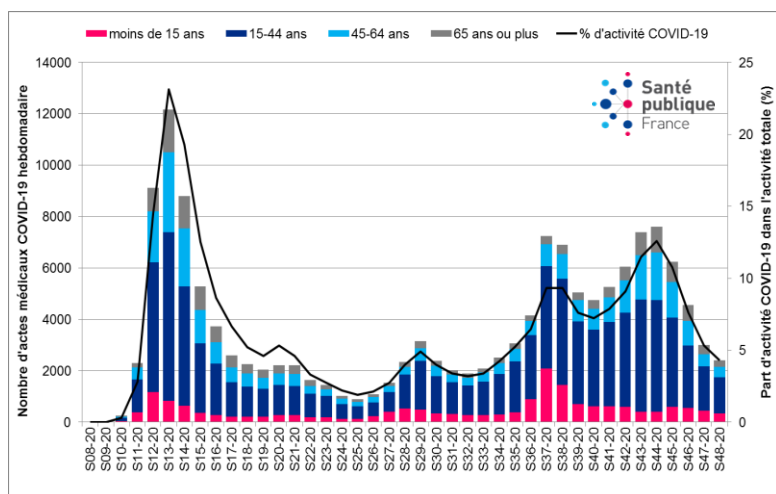
- **En semaine 48** (du 23 au 29 novembre 2020), **2 394 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes étaient enregistrés en Auvergne-Rhône-Alpes (19%), Île-de-France (16%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (11%), Hauts-de-France (10%) et Nouvelle-Aquitaine (10%).

- **Le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 en semaine 48 était en baisse pour la 4^e semaine consécutive** (-20%, soit -614 actes par rapport aux 3 008 actes enregistrés en S47 – données consolidées).

- Cette baisse concernait **toutes les classes d'âge** dans des proportions quasi-similaires. Elle était observée dans toutes les régions et était plus marquée en Martinique (-100%, soit -11 actes), Corse (-58%, soit -15 actes), Bretagne (-44%, soit -47 actes), Normandie (-37%, soit -79 actes) et Bourgogne-Franche-Comté (-36%, soit -53 actes).

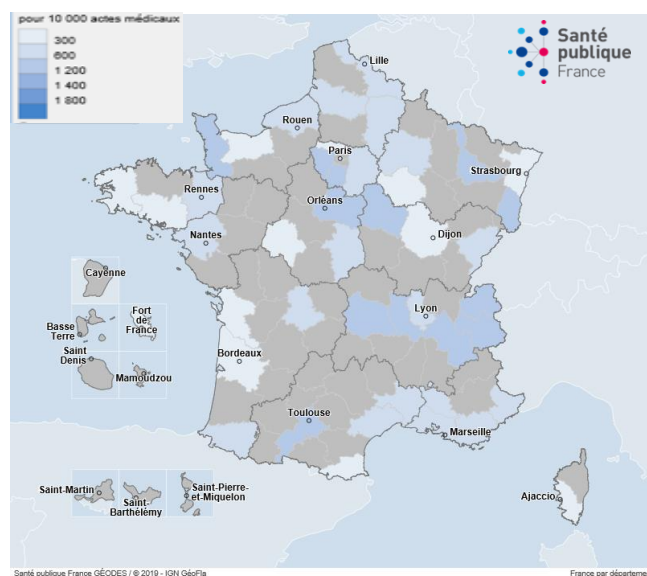
- La **part des actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était également en baisse à 4,3% (vs 5,4% en semaine 47) (Figure 2).

Figure 2. Nombre hebdomadaire d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 26 février 2020, France



Source : SOS Médecins

Figure 3. Taux hebdomadaire d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes médicaux SOS Médecins, par département, semaine 48/2020, France



Source : SOS Médecins

Pour en savoir + sur les données SOS Médecins consulter [GEODES](#)

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou par département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées dans le temps. Ces indicateurs, associés aux autres, permettent de suivre la dynamique de l'épidémie. Jusqu'à la semaine 19, la surveillance virologique s'est appuyée sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 Labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis la semaine 20, elle s'appuie sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Les données des personnes testées aux aéroports sont prises en compte. 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).

Actuellement les données transmises et analysées ici concernent les tests RT-PCR uniquement. Les tests antigéniques réalisés dans les laboratoires de biologie médicale (TDR), saisis dans SI-DEP depuis le 17 octobre, ainsi que ceux réalisés hors laboratoires de biologie médicale (TROD), saisis dans SI-DEP depuis le 16 novembre, seront intégrés prochainement dans cette partie.

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

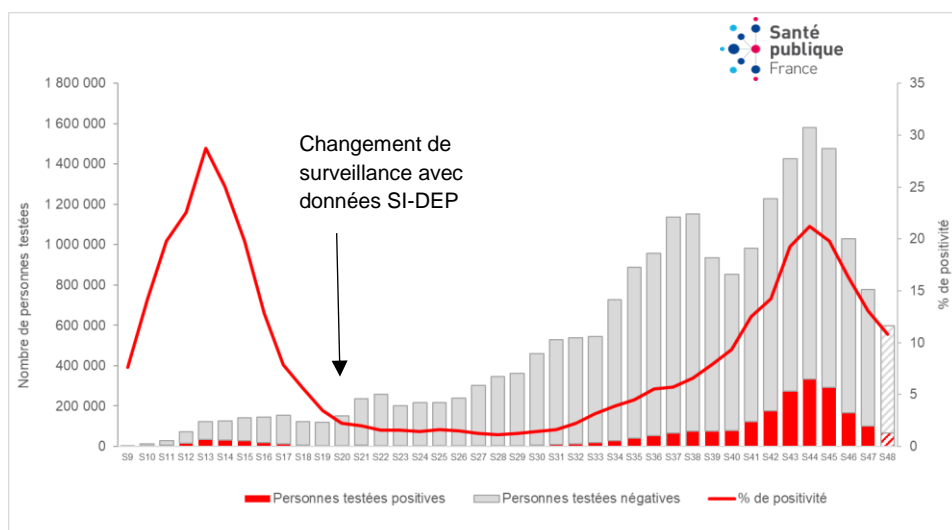
- Au niveau national, en semaine 48, **64 609 nouveaux cas confirmés par RT-PCR** ont été rapportés, **nombre en forte diminution** par rapport à celui de la semaine 47 où 101 735 nouveaux cas avaient été rapportés, soit -36,5%. En S48, en tenant compte des cas confirmés par tests antigéniques, le nombre de nouveaux cas confirmés était de 75 096 (soit 86% par tests RT-PCR et 14% par tests antigéniques) (cf page 19).

- **Le taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées par RT-PCR était en S48 de **10,7%** (calculé sur les patients testés et dont les tests sont valides), **en diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (13% en S47, -2,3 points) (Figure 4).

- **Le taux national d'incidence** des cas confirmés par RT-PCR (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **96 cas/100 000 habitants** en S48 et **en forte diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (152 cas /100 000 hab. en S47, -36,5%) (Figure 5).

- **Le taux de dépistage** par RT-PCR (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **891/100 000 habitants**, **en diminution** par rapport à la semaine 47 (1 159/100 000 hab., -23%) (Figure 5).

Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité par RT-PCR dans les laboratoires, par semaine, France (données au 02 décembre 2020)

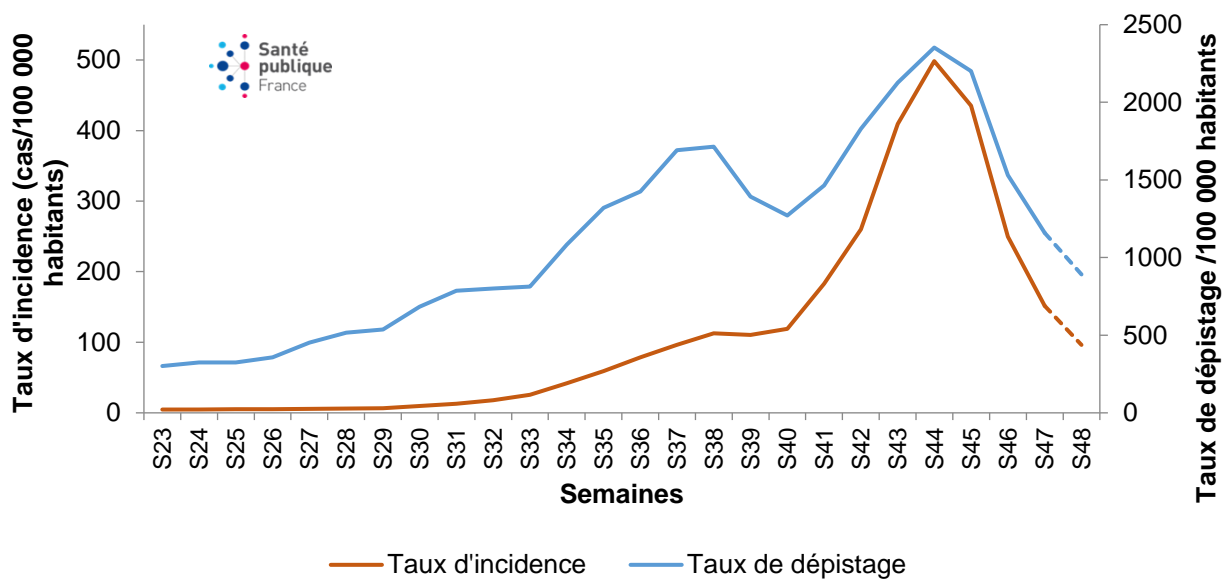


S48 : Données provisoires, en cours de consolidation

Données incluant uniquement les tests réalisés par RT-PCR. Pour avoir des informations sur la surveillance virologique par tests antigéniques, se référer aux parties « Activité d'identification des contacts », « Cas confirmés de COVID-19 » et « Synthèse ».

Source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 : SI-DEP

Figure 5. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par RT-PCR (/100 000 habitants), par semaine, depuis la semaine 23/2020, France (données au 02 décembre 2020)

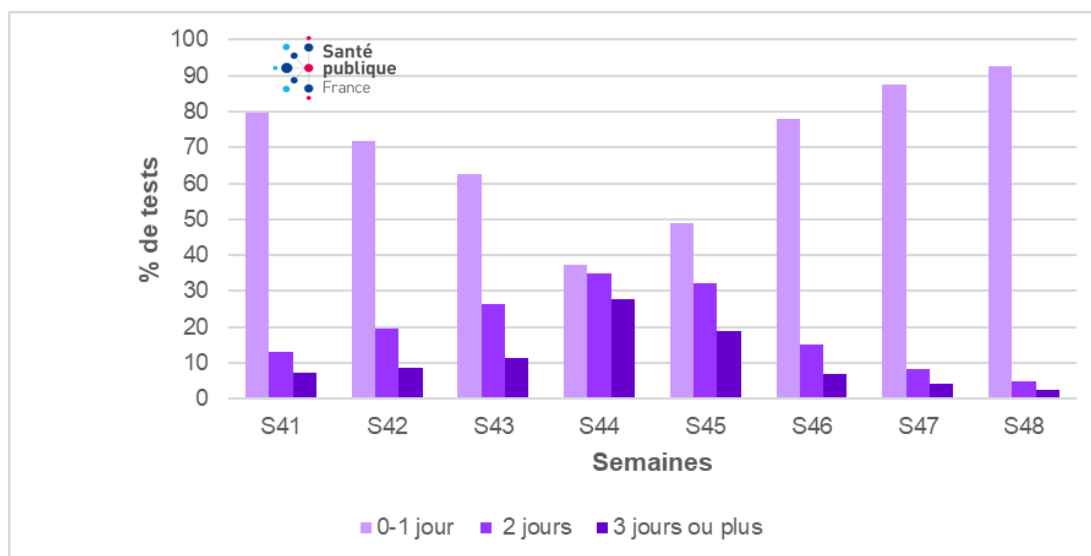


S48 : Données provisoires, en cours de consolidation
Source SI-DEP

- La proportion des tests effectués en S48 et intégrés dans la base SI-DEP de Santé publique France le jour même ou le lendemain du prélèvement était de 93%, en augmentation par rapport à la semaine précédente (88% en S47) au profit d'une diminution de la part des tests intégrés le surlendemain (5% en S48 vs 8% en S47) (Figure 6). En S48, 98% des tests étaient intégrés dans SI-DEP en moins de 3 jours après la date du prélèvement (96% en S47).

- La Drees effectue une analyse détaillée des délais entre date de prélèvement et date de validation, par semaine de validation et conclut également à la diminution de ces délais ([publication du 03 décembre 2020](#)).

Figure 6. Délai entre la date de prélèvement et l'intégration des données dans la base SI-DEP, S41/2020 à S48/2020, France (données au 02 décembre 2020)



S48 : Données provisoires, en cours de consolidation
Source : SI-DEP

Analyse par classes d'âge

- En semaine 48, au niveau national, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) des cas confirmés par RT-PCR était de 51 chez les 0-14 ans, 103 chez les 15-44 ans, 96 chez les 45-64 ans, 68 chez les 65-74 ans et 189 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).

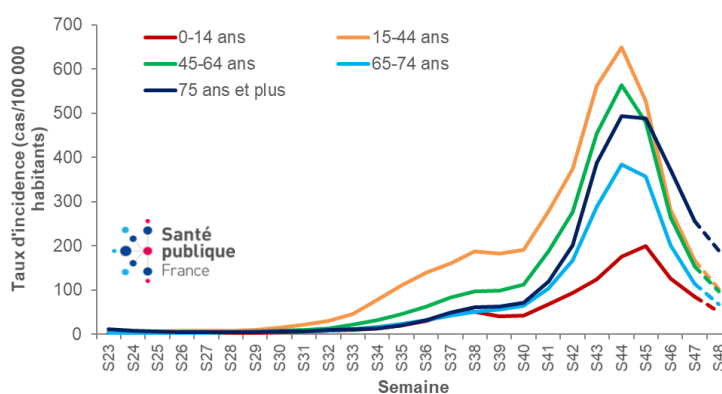
- En semaine 48, le **taux d'incidence** a diminué par rapport à la S47 dans toutes les classes d'âge. **La diminution la plus marquée était observée chez les 0-14 ans et les 65-74 ans (- 40%),** puis les 15-44 ans (- 38%), les 45-64 ans (- 37%) et les 75 ans et plus (- 26%) (Figure 7a).

- En semaine 48, par rapport à la S47, le **taux de dépistage** par RT-PCR était **en diminution dans toutes les classes d'âge** (Figure 7b).

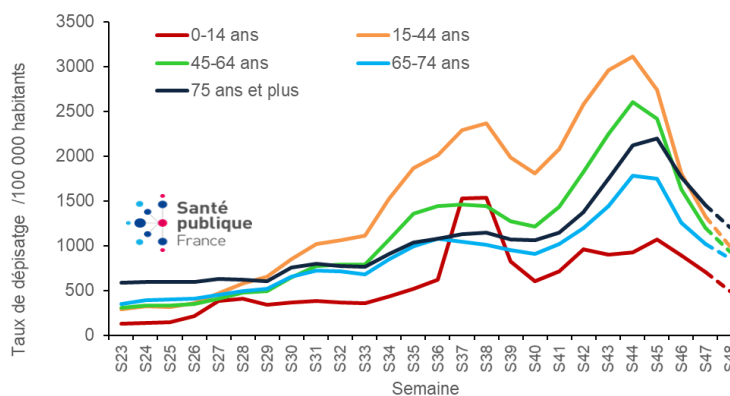
- En semaine 48, le **taux de positivité** des personnes testées par RT-PCR **a diminué** par rapport à la S47 dans toutes les classes d'âge. Le taux de positivité était de 10,3% chez les 0-14 ans, les 15-44 ans, et les 45-64 ans, de 7,9% chez les 65-74 ans et de 15,7% chez les 75 ans et plus (Figure 7c). **Les diminutions les plus fortes étaient observées chez les 65-74 ans (- 3,2 points) et chez les 45-64 ans (- 2,5 points).**

Figure 7. Évolution des taux d'incidence (7a), de dépistage (7b) et de positivité (7c) des cas de SARS-CoV-2 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (données au 02 décembre 2020)

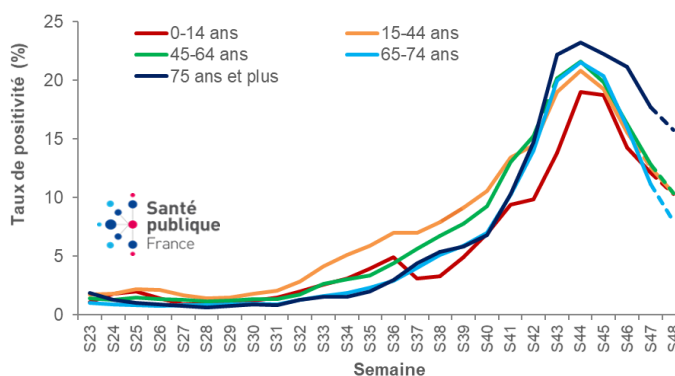
7a



7b



7c



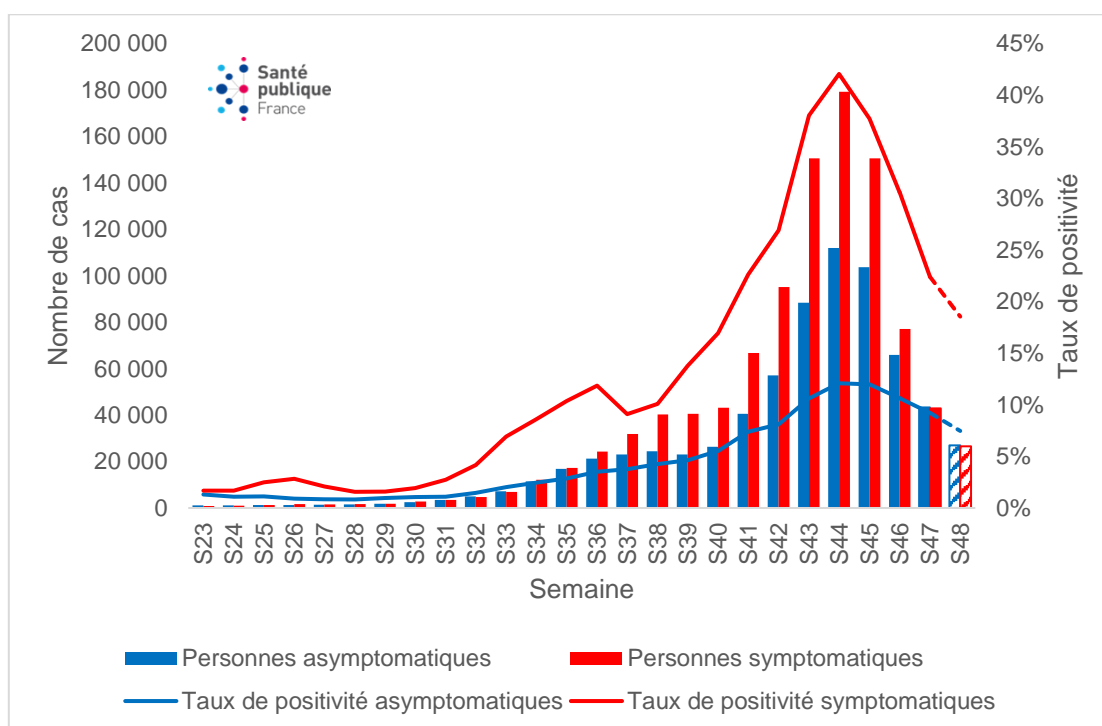
S48 : Données provisoires, en cours de consolidation

Source : SI-DEP

Dépistage selon la présence de symptômes

- **Parmi l'ensemble des personnes testées en S48** par RT-PCR (quel que soit le résultat du test), 72% se déclaraient sans symptôme, proportion stable par rapport à la S47 (71%). Le nombre de personnes testées a diminué en S48 par rapport à la S47, à la fois chez les personnes symptomatiques (143 196 en S48 vs 191 476 en S47, soit -25%) et chez les personnes non symptomatiques (361 214 en S48 vs 470 062 en S47, soit -23%).
- **La moitié des cas positifs (50%)** présentaient des symptômes (données disponibles pour 53 533 cas). Cette proportion était stable par rapport à la S47 (50%) (Figure 8).
- **En S48, le taux de positivité** des cas confirmés par RT-PCR **était de 18,5% chez les personnes symptomatiques, en diminution par rapport à la S47 (22,4%)**. Il était de 7,5% chez les asymptomatiques (vs 9,2% en S47) (Figure 8).
- En S48, par rapport à la S47, **une diminution des nombres de cas était observée chez les personnes testées symptomatiques (-38%)** et chez les personnes testées asymptomatiques (-38%) (Figure 8).

Figure 8. Évolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes (1 740 588 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (données au 02 décembre 2020)



S48 : Données provisoires, en cours de consolidation
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](#).

NB : L'ensemble des analyses porte sur les cas confirmés par tests RT-PCR.

En métropole

- **En France métropolitaine**, 63 648 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 48, en forte diminution par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S47 avec 100 186, - 37%). **Le taux de positivité** était de **11%** en S48, **en diminution** par rapport à la S47 (13,3% en S47 soit -2,3 points). **Le taux d'incidence** des cas confirmés en France métropolitaine **a diminué** en S48 avec **98 cas/100 000 habitants** (vs 154/100 000 en S47, -37%). **Le taux de dépistage** en France métropolitaine était de **894/100 000 habitants** en S48, **en diminution** par rapport à la semaine précédente (1 166/100 000 en S47, -23%).

- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés **était, en semaine 48, au-dessus du seuil d'alerte de 100/100 000 habitants dans 46 départements métropolitains (79 départements en S47)**. Aucun département ne dépassait le taux de 250 cas pour 100 000 habitants, vs 11 en S47. Les départements présentant les taux d'incidence les plus élevés étaient la Haute-Savoie, la Lozère, l'Yonne, les Ardennes, le Doubs, le Jura et la Savoie (Figure 9a). Dans ces départements, ces taux étaient toutefois **en diminution par rapport à la semaine précédente**.

- **Le taux de positivité** était supérieur à 10% dans 59 départements en S48 (76 en S47). Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés dans les départements de la Lozère, la Haute-Savoie, l'Yonne, la Loire, l'Isère, l'Ain et le Doubs. Ils étaient **en diminution par rapport à la semaine précédente dans ces départements** (Figure 9b).

- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** en S48 étaient les Ardennes, le Territoire de Belfort, l'Orne, l'Yonne, l'Aube et la Meuse. Ils étaient **en diminution par rapport à la semaine précédente** (Figure 9c).

En outre-mer

- **À Saint-Martin**, les indicateurs SI-DEP étaient **en hausse** en S48 avec un taux d'incidence de 125/100 000 habitants (74/100 000 hab. en S47) et un taux de positivité de 18,3% (vs 10,2% en S47).

- **En Guyane**, le taux d'incidence **était stable** en semaine 48 (57/100 000 habitants) par rapport à la semaine précédente (55/100 000 habitants), et le taux de positivité était en diminution (7,1% en S48 vs 7,7% en S47).

- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient **en diminution** en S48 : le taux d'incidence était de 18/100 000 habitants (vs 28/100 000 habitants en S47) et le taux de positivité était de 5,1% (vs 7% en S47).

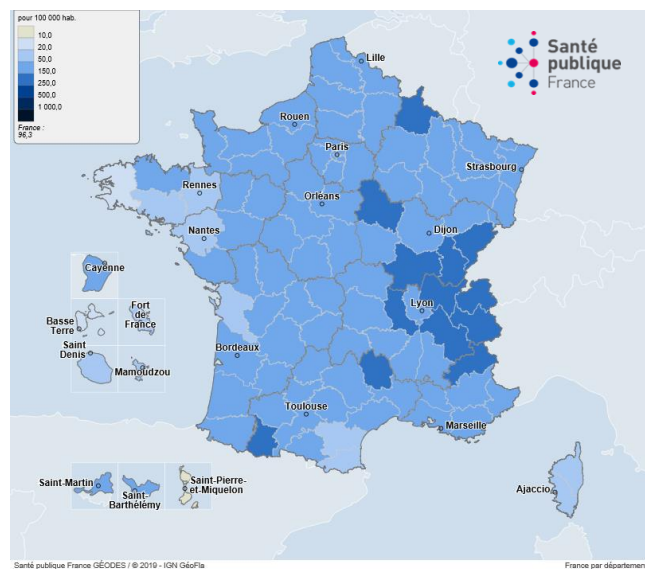
- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP étaient **en diminution** en S48, avec un taux d'incidence de 28/100 000 habitants (57 en S47) et un taux de positivité de 4,9% (8,2% en S47).

- **À Mayotte**, les indicateurs SI-DEP étaient **en diminution** en S48 : le taux d'incidence était de 39/100 000 habitants (54 en S47) et le taux de positivité de 9,6% (10,8% en S47).

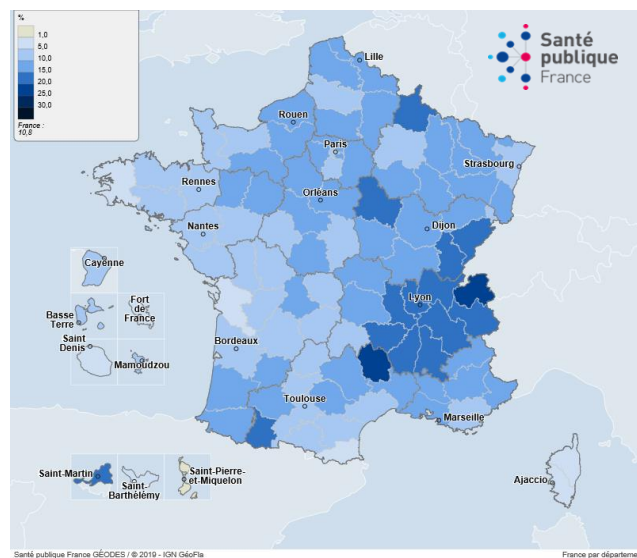
- **À La Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient **en diminution** en S48 : le taux d'incidence était de 38/100 000 habitants (67 en S48) et le taux de positivité de 4,0% (5,7% en S47).

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 par RT-PCR par département, France, du 23 au 29 novembre (données au 02 décembre 2020)

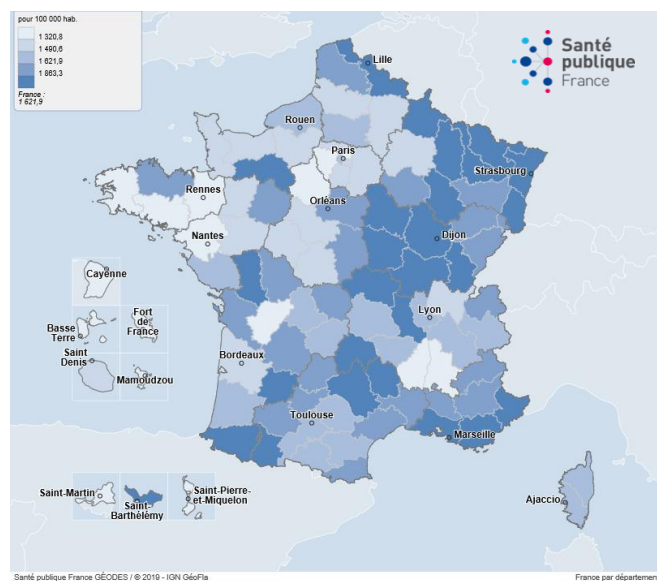
9a



9b



9c



Source : SI-DEP

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

ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

Le contact-tracing (CT) a pour objectifs : 1- de limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas, 2- de détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes-contacts à risque et leur isolement, 3- de détecter d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle. Cette stratégie repose sur une organisation en 3 niveaux mobilisant les professionnels de santé de médecine de ville et des établissements de santé ; l'Assurance maladie ; 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 contact-tracing (base de données ContactCovid) permettent de juger de l'efficacité du dispositif de contact-tracing et donnent des indications complémentaires aux données de surveillance quant à la situation épidémiologique.

Les indicateurs ont été produits à partir de la base de données individuelles anonymisées avec la même méthodologie que celle présentée dans le point épidémiologique du 17 septembre.

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>

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 depuis le mois de juillet 2020. Ces données concernant l'âge, notamment des personnes-contacts à risque, sont incluses pour la première fois cette semaine dans le point épidémiologique.

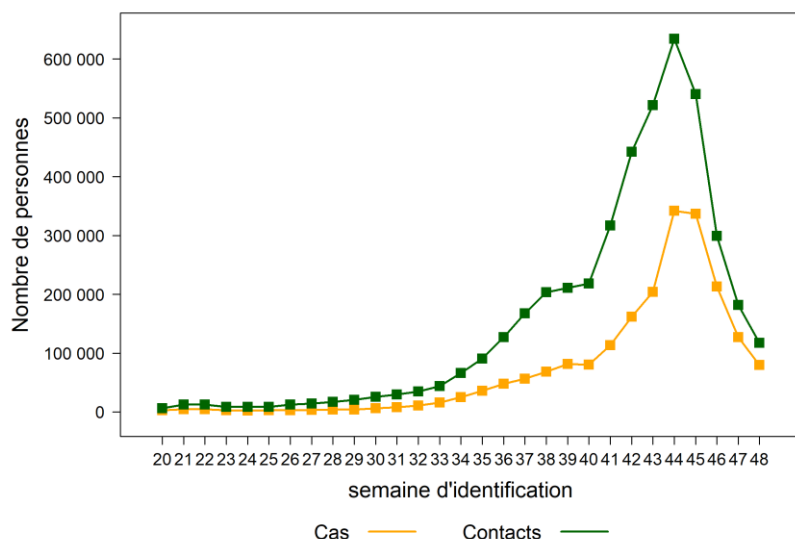
► Évolution du nombre de cas et de personnes-contacts à risque identifiés

- Au cours de la semaine 48, la **diminution du nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque se poursuit**, avec respectivement 79 998* nouveaux cas confirmés (vs 127 074 en S47 soit -37%, et vs 213 169 en S46, soit -62% en 2 semaines) et 117 193 nouvelles personnes-contacts à risque (vs 181 940 en S47 soit -36%, et vs 299 048 en S46, soit -61% en 2 semaines) (Figure 10).

- En semaine 48, la part des diagnostics réalisés par un test antigénique augmente : sur l'ensemble des nouveaux cas, 86,4% ont été diagnostiqués par RT-PCR (vs 89,4% en S47, et 91,8% en S46), **13,5% par tests antigéniques (vs 10,4% en S47 et 8,1% en S46)**, et 0,1% étaient des cas probables (0,1% en S47 et S46). Parmi les personnes diagnostiquées par tests antigéniques, 64% étaient symptomatiques et, pour les personnes diagnostiquées par RT-PCR, 46%.

- Parmi les cas diagnostiqués par tests antigéniques, la majorité l'ont été en région **Île-de-France (33%), Auvergne-Rhône-Alpes (19%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (12%)**. Pour les autres régions, cette proportion variait de <1% en Guyane et à la Réunion à 7% en Hauts-de-France.

Figure 10. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai au 29 novembre 2020, France



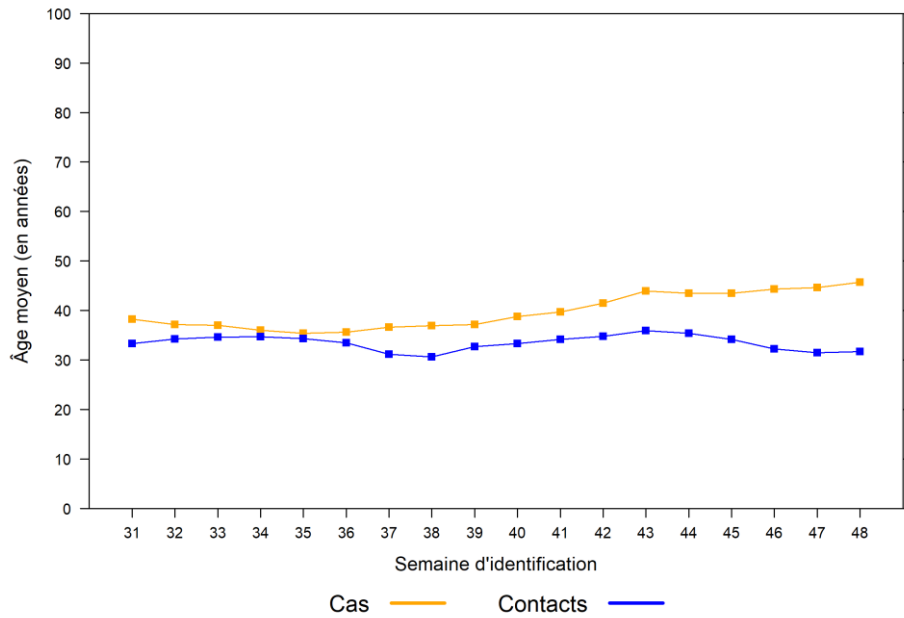
*Le nombre de cas enregistré par jour diffère des données de surveillance issues de SI-DEP, du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid et de la présence dans ContactCovid des cas confirmés par RT-PCR, des tests antigéniques et des cas probables.

Note : En raison d'un problème technique pour la semaine 43, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont actuellement sous-estimés. Des investigations sont en cours pour consolider ces données.

Source : ContactCovid – Cnam

● En semaine 48, la moyenne d'âge des cas confirmés était de 46 ans, stable depuis la semaine 43. L'âge moyen des personnes-contacts à risque identifiées était en légère diminution, avec, pour la semaine 48, une moyenne de 32 ans (Figure 11). L'âge moyen des personnes-contacts est cependant assez stable depuis le mois de juillet, alors que celui des cas connaît une tendance à la hausse.

Figure 11. Évolution de l'âge moyen des cas et des personnes-contacts à risque identifiées par semaine du 27 juillet au 29 novembre 2020, France



Source : ContactCovid – Cnam

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

Tous les cas confirmés de COVID-19 reçoivent, avant tout échange téléphonique, un message SMS leur demandant de préparer l'entretien et la liste de leurs personnes-contacts à risque. Depuis la semaine 45, pour les personnes-contacts, afin de toucher l'ensemble des personnes-contacts et pas seulement celles qui détiennent un compte Ameli, les mails sont remplacés par des SMS renvoyant, via un lien cliquable, vers un site internet contenant l'ensemble des informations utiles sur les mesures sanitaires à respecter et sur leurs droits. Ainsi, une personne-contact prise en charge par l'Assurance maladie pour le contact-tracing correspond dorénavant à une personne ayant reçu un SMS et ayant été au bout du processus sur le site internet, ou une personne-contact appelée. Les personnes-contacts qui n'ont pas été au bout de la démarche sur le site internet ou celles pour lesquelles l'Assurance maladie ne dispose pas d'un numéro de téléphone portable continuent à être appelées.

- **En semaine 48, la proportion de cas ayant pu être investigués par l'Assurance maladie est restée stable (95% en S48 vs 95% en S47).** La proportion de personnes-contacts à risque contactées en semaine 48 est estimée à 98%, stable comparée à la semaine précédente (98% en S47) (Tableau1). Douze pourcent des personnes-contacts ont été informées sans appel car ayant été au bout de la démarche sur le site internet (vs 16% en S47).

- **La proportion de cas ayant pu être investigués était plus importante chez les personnes âgées de moins de 65 ans.** Elle était de 97% pour les moins de 14 ans, 96% pour les 15-44 ans et les 45-65 ans, mais un peu plus faible pour les plus âgés : 93% pour les 65-74 ans et 91% pour les plus de 74 ans.

Tableau 1. Nombre et proportion de cas et de personnes-contacts à risque pris en charge par l'Assurance maladie pour le contact-tracing, par région, depuis le début de l'activité de suivi de contacts du 13 mai au 29 novembre 2020 et pendant la dernière semaine (S48/2020), France

Territoires/régions	Depuis la levée du 1 ^{er} confinement du 13/05 au 29/11				Semaine 48 du 23/11 au 29/11			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
France entière	2 047 375**	95	4 393 176	98	79 998**	95	117 193	99
France métropolitaine	2 006 190	95	4 286 789	98	79 090	95	114 953	99
Auvergne-Rhône-Alpes	386 237	100	781 257	98	15 507	99	21 421	99
Bourgogne-Franche-Comté	87 402	92	191 810	97	5 279	95	8 105	98
Bretagne	48 640	98	157 978	99	1 443	95	2 765	99
Centre-Val de Loire	55 793	100	131 812	99	2 730	97	4 353	99
Corse	6 717	95	15 737	96	113	93	150	100
Grand Est	138 551	100	314 488	98	7 823	96	11 590	99
Haut-de-France	207 256	97	439 094	98	7 814	96	11 864	99
Ile-de-France	462 140	89	795 471	99	15 260	89	18 230	99
Normandie	74 671	96	192 908	99	3 128	98	5 610	100
Nouvelle-Aquitaine	117 744	96	338 910	98	5 009	94	8 938	98
Occitanie	163 040	99	377 799	99	4 983	95	7 881	98
Pays de la Loire	78 742	100	245 815	99	2 936	99	5 343	99
Provence-Alpes-Côte d'Azur	179 257	91	303 710	95	7 065	95	8 703	99
France ultra-marine								
La Réunion	8 136	93	24 849	98	385	97	1 310	94
Martinique	5 296	99	12 386	98	111	97	135	94
Mayotte	2 334	69	4 386	80	48	29	27	81
Guadeloupe	8 715	93	12 854	99	147	84	223	98
Guyane	7 747	93	12 217	100	160	99	452	98
<i>Région indéterminée</i>	8 957		39 695		57		93	

* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020, ou confirmés par un test antigénique utilisé dans les conditions prévues par l'avis de la HAS du 24 septembre 2020.

** La base de données ContactCovid est une base dynamique dont les informations relatives aux cas ou aux personnes-contacts peuvent évoluer d'une semaine sur l'autre pour une même personne en raison des investigations épidémiologiques. Ainsi, le nombre total pour la semaine en cours ne peut se déduire en additionnant le nombre total de la semaine précédente et le nombre de personnes identifiées durant la semaine en cours.

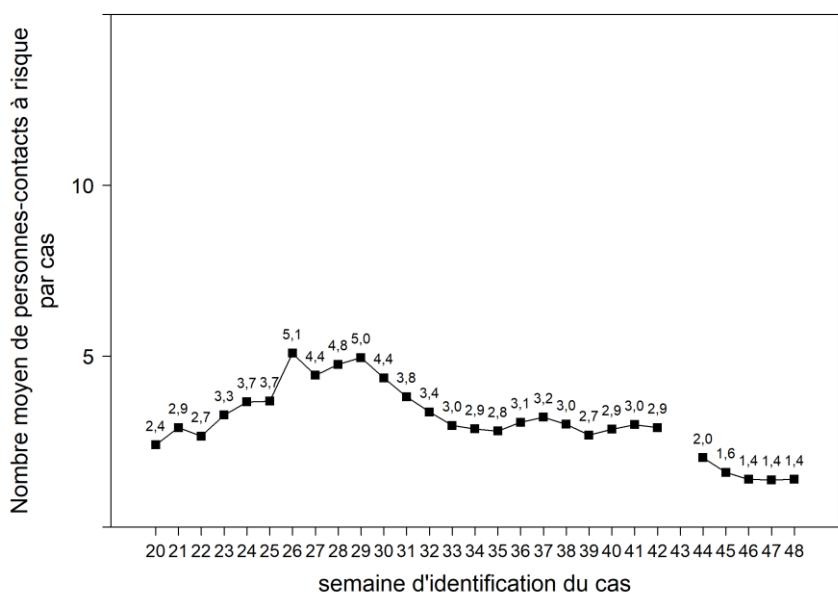
Source : ContactCovid – Cnam

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

• Le **nombre moyen** de personnes-contacts à risque par cas **reste stable depuis 3 semaines à 1,4** (Figure 12). En semaine 48, 54% des cas ne rapportaient aucune personne-contact à risque (vs 55% en semaine 47).

Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas variait de 0,4 pour les cas âgés de plus de 75 ans à 1,8 pour les cas âgés de 15 à 44 ans. Les nombres moyens de personnes-contacts à risque par cas par classe d'âge étaient stables au cours des 3 dernières semaines.

Figure 12. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine du 13 mai au 29 novembre 2020, France



Note : Indicateur non estimable pour la semaine 43

Source : ContactCovid – Cnam

► Délai de dépistage des cas symptomatiques

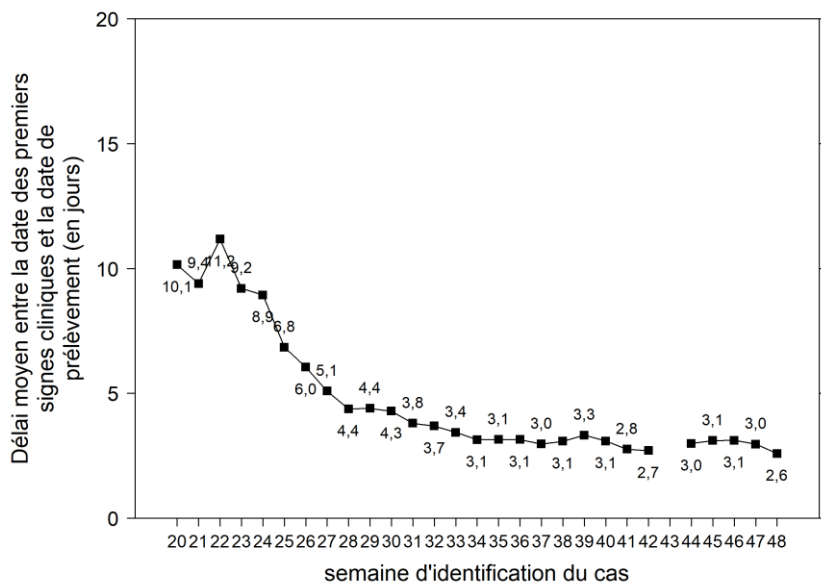
• **En semaine 48**, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour dépistage par RT-PCR et tests antigéniques renseignés (n=38 043), **le délai moyen de dépistage a diminué à 2,6 jours** (vs 3,0 en semaine 47) (Figure 13). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

• **Les délais de dépistage pour les régions ultra-marines, notamment en Guadeloupe et en Martinique, restent toujours plus élevés** que ceux des régions métropolitaines (Figure 14). Ce délai semble néanmoins diminuer, avec un délai passant de 7,0 jours en semaine 47 à 5,8 en semaine 48 pour la Martinique et de 5,0 à 3,9 pour la Guadeloupe.

• Le délai de dépistage moyen était plus court pour les cas diagnostiqués par tests antigéniques, avec 2,2 jours de délai vs 2,7 jours pour les RT-PCR.

• Le délai moyen de dépistage était plus long chez les 65 ans et plus (3,5 jours pour les 65-74 ans et 3,2 jours pour les 75 ans et plus). Chez les moins de 65 ans, ce délai variait de 2,3 jours pour les moins de 15 ans à 2,7 pour les 45-64 ans.

Figure 13. Délai (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement de la RT-PCR parmi les cas symptomatiques par semaine du 13 mai au 29 novembre 2020, France

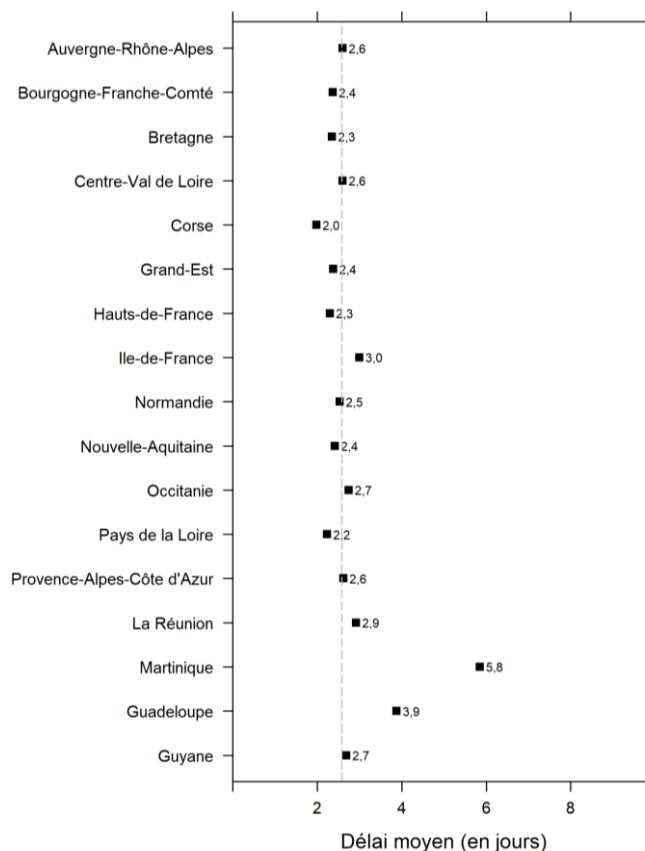


Note : le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et de prélèvement renseignées. En semaine 48 cela représente 48% des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre.

Indicateur non estimable pour la semaine 43

Source : ContactCovid – Cnam

Figure 14. Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques pour la semaine 48 (du 23 au 29 novembre 2020), par région, France



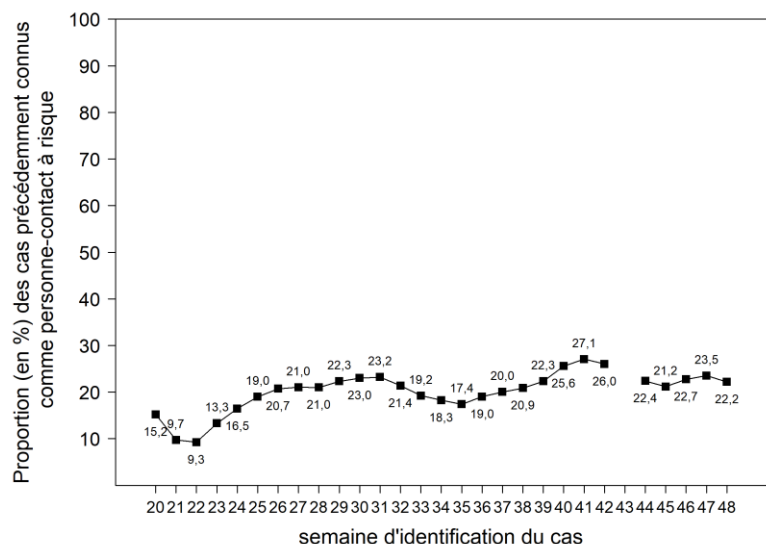
Note : Délai moyen calculé quand au moins 30 cas avec l'information. La ligne verticale correspond à la moyenne nationale.

Source : ContactCovid – Cnam

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

• En semaine 48, 22,2% des nouveaux cas identifiés étaient précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas, en diminution comparé à la semaine 47 (-1,3 points) (Figure 15). Des disparités importantes entre régions métropolitaines sont à noter : de 14,0% en Île-de-France (en baisse avec -1,9 points) à 27,0% en Normandie (Figure 16). Dans les régions ultramarines, cette proportion varie de 0% pour Mayotte à 39,5% à La Réunion.

Figure 15. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine du 13 mai au 29 novembre 2020, France



Note : Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre. En raison d'un défaut de remontée des données pour la semaine 43, les données ne sont pas présentées pour cette semaine.

Source : ContactCovid – Cnam

Figure 16. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque durant la semaine 48 (du 02 au 29 novembre 2020), par région, France



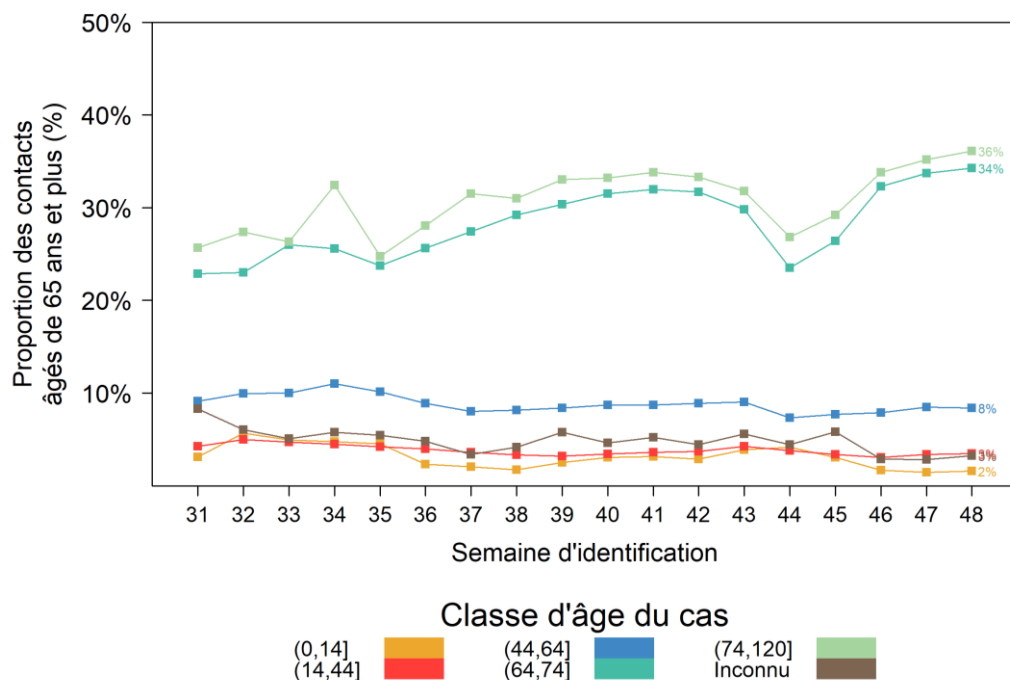
Note : Proportion calculée quand au moins 30 cas.

Source : ContactCovid – Cnam

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

- En semaine 48, **les cas de moins de 64 ans ont peu de personnes-contacts à risque de 65 ans et plus** (8% des personnes-contacts des cas de 45-64 ans, et moins de 5% des personnes-contacts pour les cas âgés de moins de 45 ans). **Chez les cas de moins de 45 ans, la proportion des personnes-contacts de 65 ans et plus diminue** depuis la semaine 35 (Figure 17).

Figure 17. Évolution temporelle de la proportion des personnes-contacts à risque âgées de 65 ans et plus suivant l'âge de leur cas index du 27 juillet au 29 novembre 2020, France



Source : ContactCovid – Cnam

CAS CONFIRMÉS DE COVID-19

Cas confirmé 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.

Entre le 21 janvier et le 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). Depuis le 13 mai 2020, les cas de COVID-19 sont rapportés par le Système d'Information de dépistage (SI-DEP) permettant une estimation à visée exhaustive des nombres de cas confirmés en France, testés par RT-PCR. Depuis le 16 novembre 2020, les tests antigéniques (TA) réalisés hors laboratoires de biologie médicale (TROD) sont saisis et intégrés dans la base SI-DEP. Les indicateurs intégrant ces données seront disponibles très prochainement. Dans l'attente de l'exploitation des données sur les tests antigéniques via SI-DEP, l'Assurance maladie transmet à Santé publique France les cas de COVID-19 confirmés par test antigénique et enregistrés dans ContactCovid.

- **Entre le 13 mai et le 02 décembre 2020, 2 045 742 cas confirmés par RT-PCR ont été rapportés dans SI-DEP. Depuis la disponibilité des tests antigéniques (TA) jusqu'au 02 décembre, 58 650 cas confirmés par tests antigéniques ont été enregistrés dans la base ContactCovid.**

- **Au 02 décembre 2020, un total de 2 244 635 cas confirmés de COVID-19 a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.**

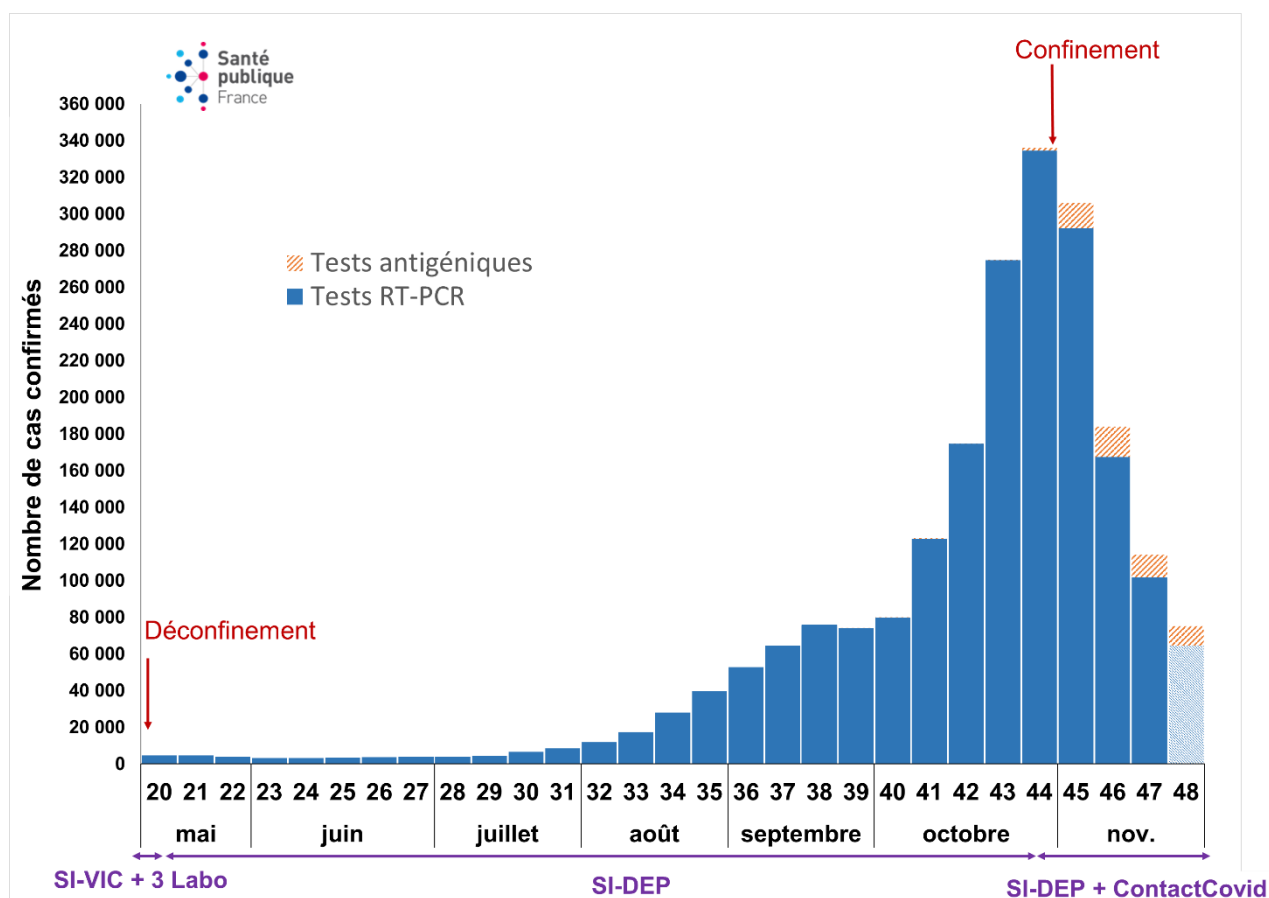
- Le cumul des cas confirmés par RT-PCR (SI-DEP) et par test antigénique (ContactCovid) doit être interprété avec prudence. Il n'est à ce stade pas possible d'identifier les patients ayant un test RT-PCR positif et un test antigénique positif, du fait de l'impossibilité de croiser les bases SI-DEP et ContactCovid. Certains patients peuvent ainsi être comptés en double. Il n'est pas non plus possible d'évaluer l'exhaustivité de la remontée des tests antigéniques dans la base ContactCovid.

- En semaine 48, en prenant uniquement en considération les tests RT-PCR, l'incidence était de 96/100 000 habitants et, en incluant les tests antigéniques, l'incidence passe à 112/100 000, soit une augmentation de 16%. Cette augmentation a été observée en particulier en Île-de-France (34%, 111,6 vs 83,6/100 000), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (24%, 132,1 vs 106,1/100 000) et en Occitanie (16%, 82,2 vs 70,9/100 000). **La prise en compte des TA n'a pas modifié la tendance, qui reste à la diminution entre les semaines 47 et 48.**

- Au niveau national, la **diminution du nombre de nouveaux cas confirmés**, observée la semaine précédente, se poursuit. **En semaine 48, 75 096 nouveaux cas ont été enregistrés vs 114 104 en S47, soit -34%** (Figure 18).

- En **France métropolitaine**, la **diminution du nombre de nouveaux cas confirmés** observée la semaine précédente se poursuit. **En semaine 48, 74 081 nouveaux cas ont été enregistrés vs 112 460 en S47, soit -34%.**

Figure 18. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France du 11 mai au 29 novembre 2020 (données au 02 décembre 2020), France



S48 : données non consolidées

Note : au cours de la vague épidémique de mars-avril 2020 et jusqu'à la levée des mesures de confinement de la population, tous les patients présentant des signes de COVID-19 n'ont pas systématiquement bénéficié d'un test biologique pour confirmer une infection (recommandations ministérielles du 13 mars 2020). Le nombre réel de cas de COVID-19 en France était donc supérieur au nombre estimé de cas confirmés pendant cette période.

Depuis la levée du premier confinement en mai 2020, les patients présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 ainsi que les sujets contacts d'un cas confirmé ont été invités à se faire dépister pour le SARS-CoV-2. Les données sont intégrées dans le système SI-DEP, qui permet désormais, 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 de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (ESMS)

► Données cumulées depuis début mars

- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 29 novembre 2020, **20 325 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 (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>).
- Il s'agissait de **12 526 (62%)** signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 7 799 (38%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 2).
- Parmi les **12 526 signalements en EHPA**, 9 875 (79%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 20 325 signalements en ESMS, **119 716 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **16 814 décès survenus dans l'établissement d'accueil**, 16 664 concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Tableau 2).

Tableau 2. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'ESMS, chez les résidents et le personnel, rapportés entre le 1^{er} mars et le 29 novembre 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	12 526	5 566	922	1 311	20 325
Cas confirmés ⁶	103 191	13 651	868	2 006	119 716
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	6 326	338	0	32	6 696
Décès ⁷ établissements	16 664	110	0	40	16 814
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	50 525	10 840	1 003	1 087	63 455

¹Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements-EHPA, résidences autonomie, résidences seniors) ;

²Hébergement pour personnes handicapées (FAM, IME, autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficient auditifs et visuels), autres établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement));

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

⁴Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement) ;

⁵Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible ;

⁶Cas confirmé COVID-19 : toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2 parmi les personnes résidentes ou les membres du personnel d'un ESMS/EHPA.

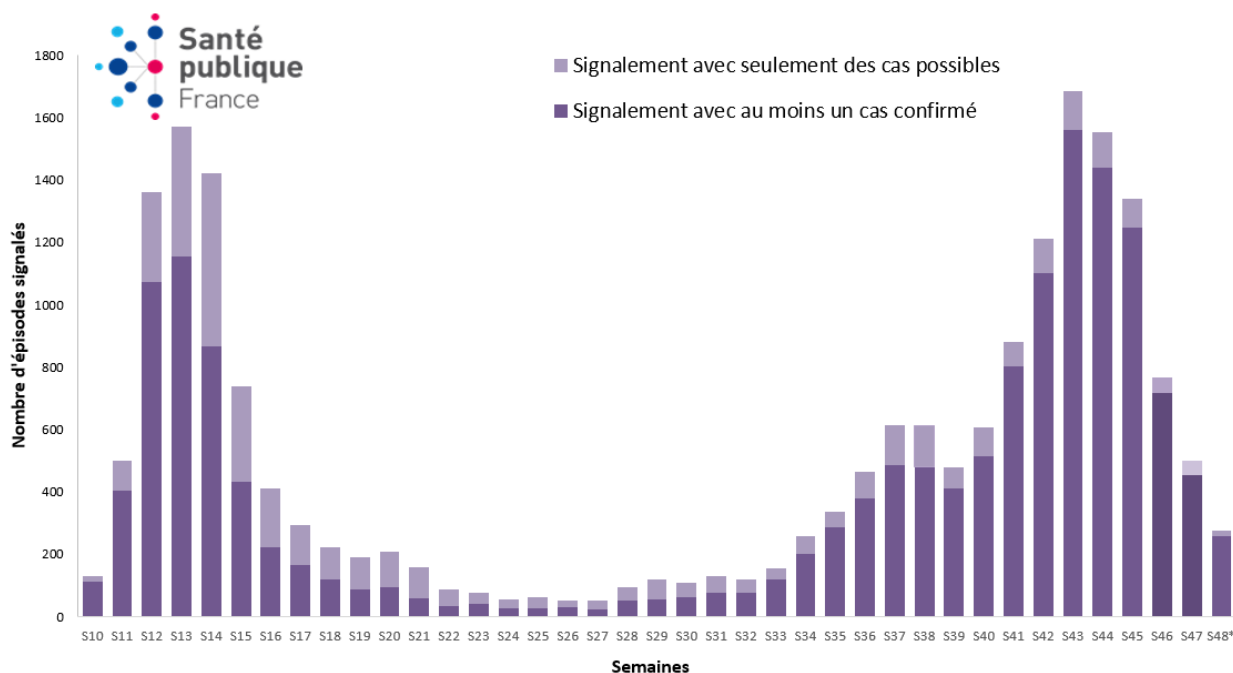
⁷Cas possibles et confirmés décédés.

► Données recueillies depuis début juillet

- Depuis début juillet, le **nombre de signalements de cas de COVID-19** dans les ESMS a augmenté pour atteindre un pic en semaine 43 avec **1 684** signalements enregistrés. **Depuis la semaine 44**, où 1 554 signalements avaient été signalés, le **nombre de signalements diminue** : 768 en S46, 504 en S47, et 270 en S48. À noter que les données de la semaine 48 sont encore provisoires (Figure 19).
- La proportion d'EHPA par région ayant signalé au moins un nouvel épisode en semaine 48 est homogène sur le territoire métropolitain : entre 1% et 5%.
- Depuis le 20 juillet, sur les 10 046 EHPA, 5 136 (49%) ont déclaré au moins un épisode. Sur les 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 2 269 (26%) ont déclaré au moins un épisode.

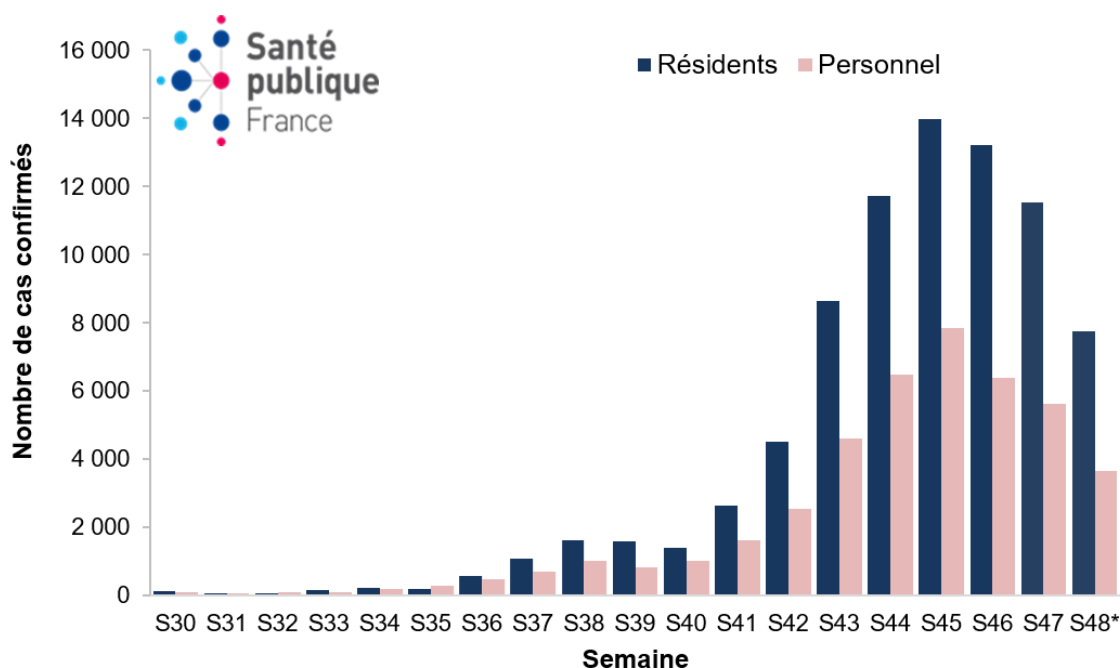
● Depuis fin juillet, une augmentation du nombre de cas confirmés de COVID-19 était observée, avec une augmentation particulièrement importante en semaine 45 (21 826 cas vs 18 182 en S44). **Depuis la semaine 46, le nombre de cas confirmés est en diminution** : 19 608 cas recensés en S46, 17 174 en S47 et 11 398 en S48. À noter que les données de la semaine 48 doivent être consolidées (Figure 20).

Figure 19. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19, par date de début des signes du premier cas, entre le 1^{er} mars et le 29 novembre 2020, France



*Les données de la semaine 48 sont en cours de consolidation.

Figure 20. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine calendaire, entre le 20 juillet et le 29 novembre 2020, France

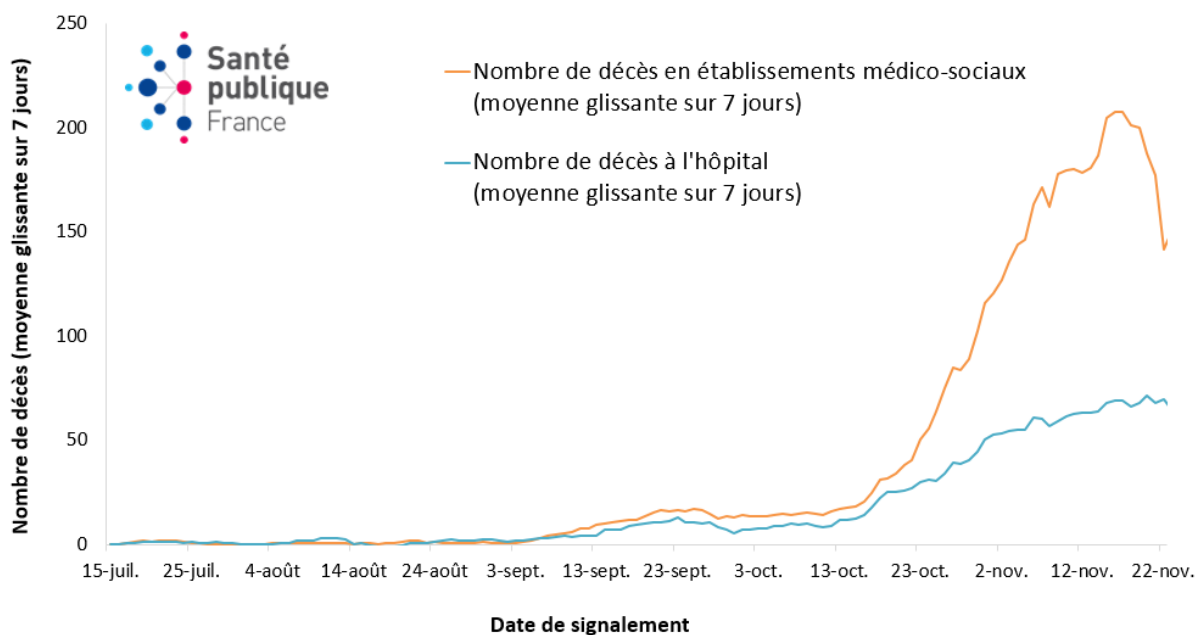


*Les données de la semaine 48 sont en cours de consolidation.

● 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 à partir de S37 jusqu'en S46, mais semble se stabiliser entre S45 et 47** : 1 226 nouveaux décès enregistrés en S45, 1 490 en S46, 1 228 en S47. En S48, 447 décès ont été recensés à ce jour. Ces données seront consolidées dans les prochaines semaines.

L'analyse du nombre moyen quotidien de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès dans l'ensemble des ESMS, montre actuellement une tendance à la stabilisation **pour les décès en établissement** et les décès à l'hôpital. La consolidation des données permettra de confirmer l'évolution observée (Figure 21).

Figure 21. Nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents en ESMS par date de signalement du décès, rapportés entre le 15 juillet et le 29 novembre 2020, France



*Les données de la semaine 48 sont en cours de consolidation. Dernières données de décès le 24 novembre 2020.

Point d'attention : Du fait du délai court entre le signalement par les établissements et la production du point épidémiologique, les données les plus récentes ne sont pas consolidées. Les processus d'assurance qualité mis en place au niveau régional peuvent conduire à des corrections ultérieures de données. À noter que depuis le 1^{er} juillet 2020, les ESMS d'Île-de-France déclarent leurs épisodes via l'application de Santé publique France.

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **295 389 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 1^{er} décembre 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 48** (du 23 au 29 novembre 2020), **5 374 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (représentant 2,4% de l'activité totale des services d'urgence OSCOUR®) ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période.

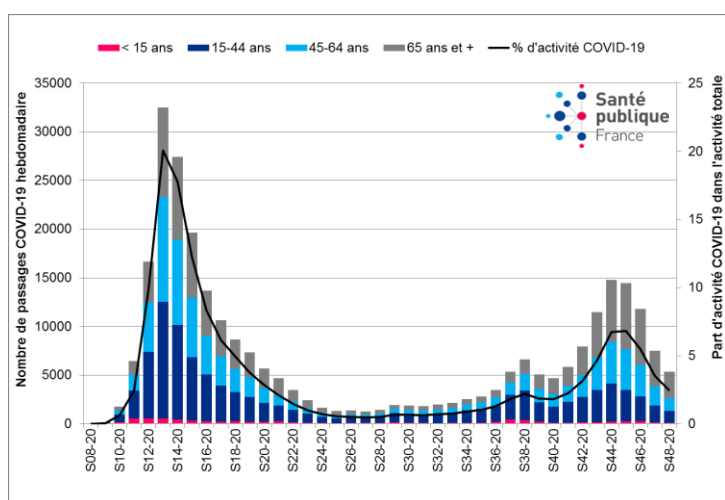
- **Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 en S48 était en baisse pour la 3^e semaine consécutive** (-29% ; 5 374 passages en S48 vs 7 517 en S47). La part d'activité était également en baisse (2,4% vs 3,5% en S47), les hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 étaient stables à 57%.

- **En semaine 48, la baisse observée concernait l'ensemble des classes d'âges** : les moins de 15 ans (-22% soit -31 passages), les 15-74 ans (-31% soit -1 512 passages) et les 75 ans et plus (-24% soit -600 passages) (Figure 22).

- **Cette baisse s'observait dans l'ensemble des régions à l'exception de la Guyane** (14 passages en S48 vs 9 en S47) **et la Guadeloupe** (12 passages en S48 vs 3 en S47). En métropole, elle était plus marquée en Corse, Occitanie, Normandie, Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

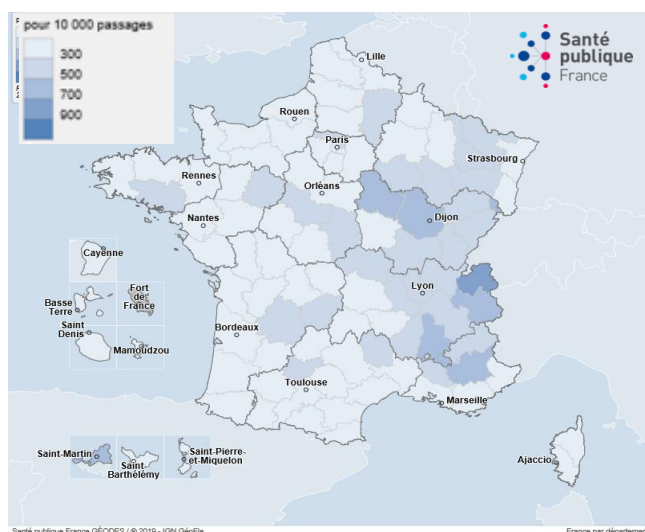
- En semaine 48, comme en semaines 45, 46 et 47, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la moitié des passages concernait quatre régions : **Auvergne-Rhône-Alpes, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Grand Est.**

Figure 22. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 26 février 2020, France



Source : OSCOUR®

Figure 23. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 48/2020, France



Source : OSCOUR®

Pour en savoir + sur les données OSCOUR® consulter [GEODES](#)

NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF

« R-Effectif »

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori [1], avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont désormais produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests PCR 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 doivent être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.

Les estimations du nombre de reproduction entre le 22 et le 28 novembre 2020 sont basées sur les nombres de tests RT-PCR positifs au SARS-COV-2 remontés par le système SI-DEP ainsi que sur les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (données OSCOUR®). Les estimations du nombre de reproduction entre le 23 et le 29 novembre 2020 sont basées sur les nombres d'hospitalisations pour COVID-19 remontées par le système SI-VIC.

- L'estimation du taux de reproduction effectif **est inférieure à 1 en France métropolitaine dans les trois sources de données : à partir des données virologiques SI-DEP, elle est de 0,58 (IC95% [0,57-0,58]). À partir des passages aux urgences (OSCOUR®) pour suspicion de COVID-19 sur la même période, elle est de 0,66 (IC95% [0,65-0,68]). À partir des données d'hospitalisations (SI-VIC), elle est de 0,71 (IC95% [0,69-0,73]).** Ces trois taux de reproduction se stabilisent par rapport aux estimations de la semaine précédente (Figure 24)

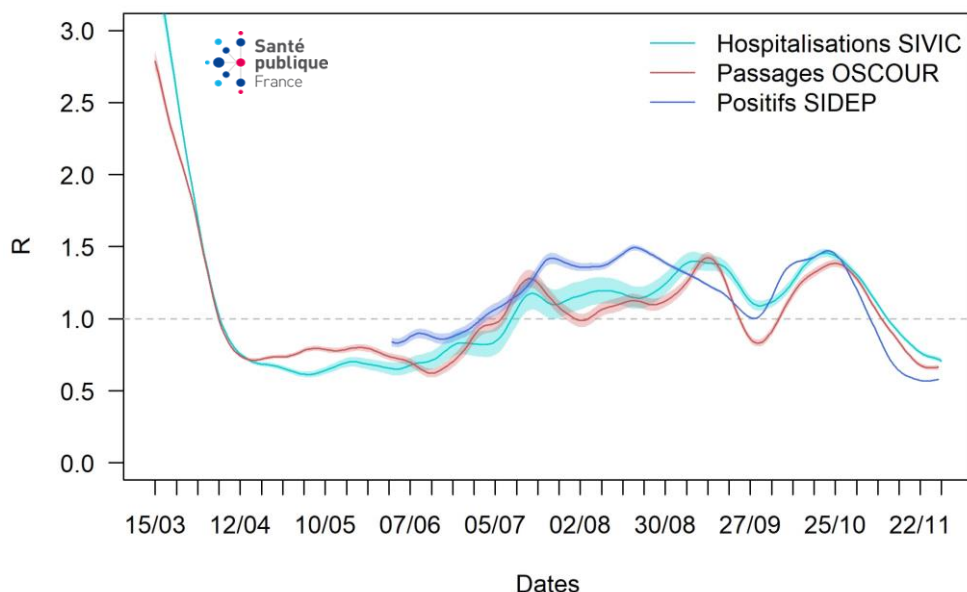
- Les estimations du taux de reproduction **à partir des trois sources de données** (données virologiques RT-PCR (SI-DEP), passages aux urgences (OSCOUR®) et hospitalisations (SI-VIC)) sont **inférieures à 1** pour **toutes les régions métropolitaines** (Tableau 3).

- **En Outre-mer**, les trois estimations sont inférieures à 1 à La Réunion, en Guadeloupe et à la Martinique. L'estimation du R -effectif est supérieure à 1 de façon non significative en Guyane à partir des passages aux urgences (OSCOUR®) mais inférieure à 1 dans les deux autres sources de données (SI-DEP et SI-VIC).

- **Aucune région, que ce soit en France métropolitaine ou en Outre-mer, ne présente d'estimation du R -effectif significativement supérieure à 1 en semaine 48.**

[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, pp. 1505-1512.

Figure 24. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2, des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 en France métropolitaine du 15 mars au 28 novembre 2020



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC.

Tableau 3. Nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-CoV-2, des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 par région, France, sur 7 jours glissants (du 22 au 28 novembre 2020 pour SI-DEP et OSCOUR®, du 23 au 29 novembre 2020 pour SI-VIC)

Territoire	Régions	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	0,53 (0,53-0,54)	0,62 (0,58-0,65)	0,68 (0,64-0,71)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,63 (0,61-0,65)	0,75 (0,68-0,81)	0,80 (0,74-0,87)
	Bretagne	0,51 (0,48-0,54)	0,72 (0,61-0,84)	0,66 (0,55-0,78)
	Centre-Val de Loire	0,62 (0,59-0,64)	0,74 (0,64-0,85)	0,75 (0,66-0,85)
	Corse	0,41 (0,33-0,49)	0,48 (0,24-0,80)	NC
	Grand Est	0,66 (0,64-0,67)	0,71 (0,65-0,78)	0,78 (0,73-0,84)
	Hauts-de-France	0,57 (0,56-0,58)	0,67 (0,61-0,74)	0,68 (0,63-0,73)
	Ile-de-France	0,59 (0,57-0,60)	0,69 (0,65-0,73)	0,68 (0,64-0,72)
	Normandie	0,57 (0,55-0,59)	0,61 (0,52-0,71)	0,64 (0,57-0,72)
	Nouvelle-Aquitaine	0,63 (0,61-0,65)	0,67 (0,61-0,75)	0,79 (0,72-0,86)
	Occitanie	0,55 (0,53-0,57)	0,59 (0,53-0,66)	0,65 (0,59-0,71)
	Pays de la Loire	0,54 (0,52-0,57)	0,66 (0,58-0,76)	0,74 (0,65-0,82)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,57 (0,56-0,59)	0,63 (0,58-0,68)	0,72 (0,67-0,77)
	France métropolitaine	0,58 (0,57-0,58)	0,66 (0,65-0,68)	0,71 (0,69-0,73)
France ultra-marine	Guadeloupe	0,75 (0,59-0,92)	NC	NC
	Guyane	0,99 (0,84-1,14)	1,27 (0,66-2,07)	0,75 (0,38-1,24)
	La Réunion	0,68 (0,61-0,75)	0,91 (0,65-1,21)	0,61 (0,37-0,90)
	Martinique	0,46 (0,37-0,55)	NA	NC
	Mayotte	NC	NC	NC

NC : le nombre de reproduction n'est pas estimable de façon fiable en raison d'un nombre de cas insuffisant sur les 7 derniers jours ;
 NA : données non disponibles pour cette région ; NE: données non exploitables.
 Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC.

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

► Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile (données SI-VIC)

• Depuis le 1^{er} mars 2020, **1 902** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

- Parmi les **228 615 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 4) :
 - L'âge médian des patients est de 73 ans et 53% sont des hommes.
 - 36 692 patients sont décédés : 73% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 164 029 patients sont retournés à domicile.

• Le **1^{er} décembre 2020, 27 639 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France, dont 3 605 en réanimation.**

Tableau 4. Nombre de personnes hospitalisées (dont en réanimation) pour COVID-19 le 1^{er} décembre 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars, par classe d'âge et par région, France

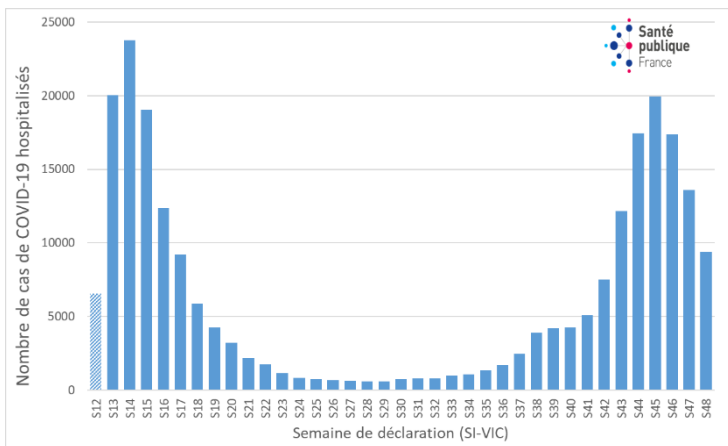
	Le 1 ^{er} décembre 2020				Depuis le 1 ^{er} mars 2020			
	Hospitalisations		Dont réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	27 639		3 605		164 029		36 692	
Classes d'âge *								
Total	27 423		3 577		162 892		36 496	
0-14 ans	73	<1	12	<1	2 224	1	4	<1
15-44 ans	921	3	145	4	22 377	14	312	1
45-64 ans	4 013	15	1 050	29	45 031	28	3 205	9
65-74 ans	5 742	21	1 457	41	32 349	20	6 176	17
75 et +	16 674	61	913	26	60 911	37	26 799	73
Régions *								
Total	27 608		3 594		163 998		36 667	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	5 546	20	644	18	22 689	14	5 323	15
Bourgogne-Franche-Comté	1 719	6	235	7	7 545	5	1 948	5
Bretagne	542	2	70	2	2 841	2	562	2
Centre-Val de Loire	910	3	120	3	4 425	3	1 036	3
Corse	44	<1	7	<1	472	<1	110	<1
Grand Est	2 458	9	294	8	18 043	11	4 828	13
Hauts-de-France	2 691	10	362	10	14 666	9	3 569	10
Ile-de-France	5 565	20	772	21	49 209	30	10 955	30
Normandie	1 214	4	113	3	4 621	3	1 169	3
Nouvelle-Aquitaine	1 501	5	186	5	6 082	4	1 271	3
Occitanie	1 666	6	274	8	8 504	5	1 712	5
Pays de la Loire	963	3	101	3	4 964	3	1 002	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 568	9	384	11	15 873	10	2 828	8
Outre-Mer								
La Réunion	68	<1	11	<1	632	<1	49	<1
Martinique	34	<1	9	<1	338	<1	41	<1
Mayotte	9	<1	2	<1	515	<1	35	<1
Guadeloupe	95	<1	9	<1	707	<1	163	<1
Guyane	15	<1	1	<1	1 872	1	66	<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

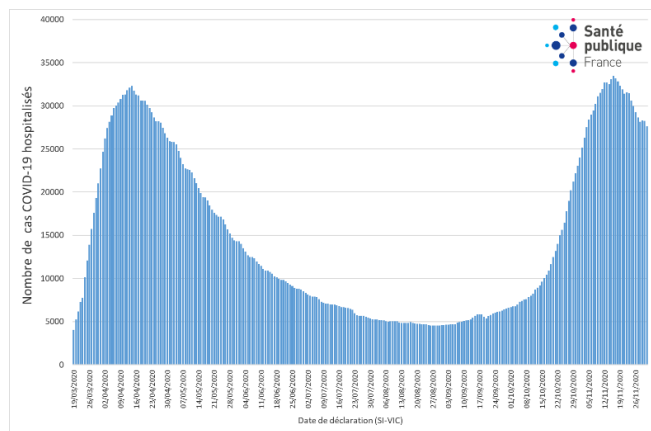
● La **diminution** des déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19** observée les semaines précédentes se poursuit. **En semaine 48, 9 382 nouvelles hospitalisations** ont été déclarées contre 13 585 en S47, soit **-31%** (Figure 25a).

Figure 25a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, données au 29 novembre, France



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

Figure 25b. Nombre de cas de COVID-19 en cours d'hospitalisation, par jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, données au 1^{er} décembre, France



Source : SI-VIC

● En France, après une augmentation observée les semaines précédentes, on constate **une diminution du taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 depuis la semaine 46, qui se poursuit en S48 (-31% : 13,8/100 000 habitants vs 19,9 en semaine 47).**

● **Le taux d'hospitalisations a diminué en semaine 48 dans toutes les régions métropolitaines** par rapport à la semaine précédente. Les diminutions les plus marquées étaient en Corse (-73%), Bretagne (-44%) et Occitanie (-41%).

● **Les taux d'hospitalisations les plus élevés** en semaine 48 ont été enregistrés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (23,1/100 000 habitants) et **Bourgogne-Franche-Comté** (22,3). Toutes les autres régions de France métropolitaine enregistraient des taux compris entre 2 et 19/100 000 habitants (Figure 26).

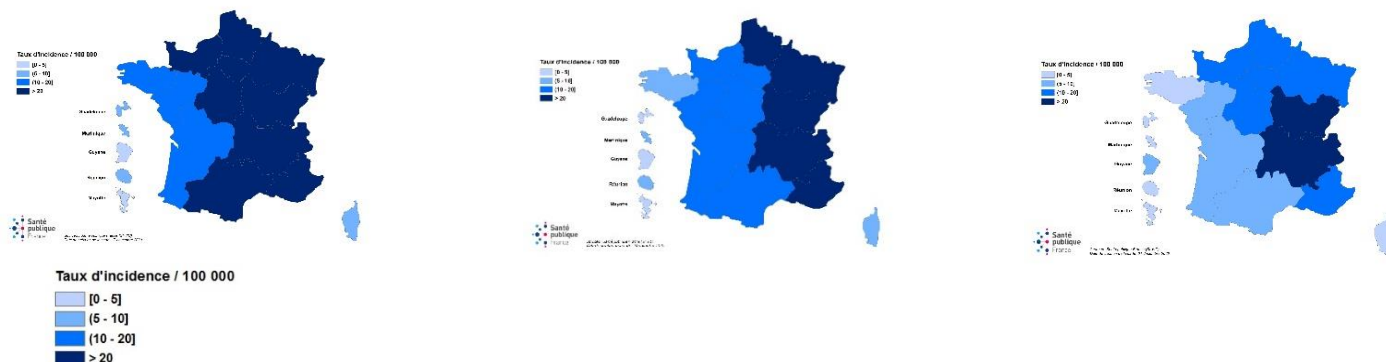
● Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 48, le plus fort taux d'hospitalisations était observé en Guyane avec 9,3/100 000 habitants, en augmentation par rapport à la S47 (2,1). Le taux hebdomadaire d'hospitalisations a diminué à Mayotte (2,5 vs 3,2/100 000 habitants en semaine 47), en Guadeloupe (1,6 vs 4,5), à la Réunion (2,3 vs 5,2) et en Martinique (2,5 vs 6,1).

Figure 26. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 09 et le 29 novembre 2020 (S46 à S48), France

du 09 au 15 novembre 2020

du 16 au 22 novembre 2020

du 23 au 29 novembre 2020

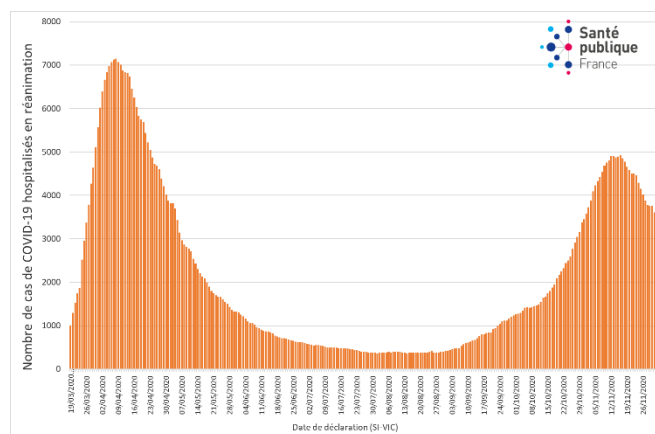
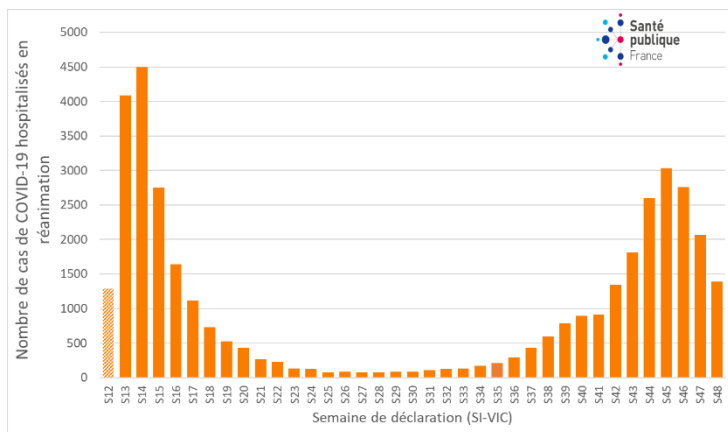


Source : SI-VIC

• La **diminution** des déclarations de **nouvelles admissions en réanimation** observée les semaines précédentes se poursuit. **En semaine 48, 1 391** nouvelles admissions en réanimation ont été déclarées vs **2 069** en S47, soit **-33 %** (Figure 27a). La diminution du taux d'incidence d'admissions de patients COVID-19 en réanimation se poursuit en semaine 48 (-33 % : 2,0/100 000 habitants vs. 3,0 en semaine 47).

Figure 27a. Nombre hebdomadaire de **nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation**, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, données au 29 novembre, France

Figure 27b. Nombre de cas de COVID-19 en réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, données au 1^{er} décembre, France



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

Source : SI-VIC

• Le taux d'hospitalisations en réanimation en semaine 48 a **diminué dans toutes les régions de France métropolitaine** par rapport à la semaine précédente, excepté en **Corse** où il a augmenté (+25%). Les diminutions étaient plus marquées en **Nouvelle-Aquitaine** (-46%), **Occitanie** (-40%) et **Bretagne** (-40%).

• Les **plus forts taux hebdomadaires d'admission en réanimation** étaient rapportés en **Bourgogne-Franche-Comté** (3,8/100 000 habitants), **Auvergne-Rhône-Alpes** (3,6), **Hauts-de-France** (2,5), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (2,3) ainsi qu'en **Ile-de-France**, **Grand Est** et **Centre-Val de Loire** (2,1). Les autres régions de France métropolitaine rapportaient des taux inférieurs à 2 (Figure 28).

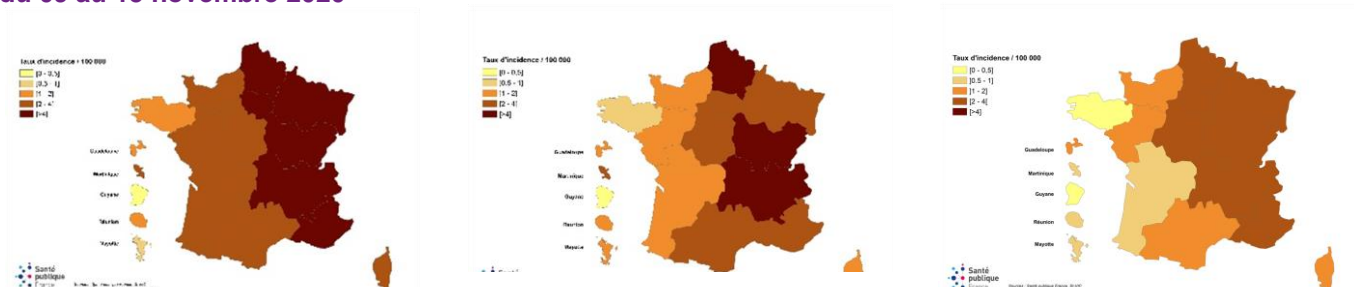
• Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 48, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 était observé en **Guadeloupe** avec 1,3/100 000 habitants (stable par rapport à la S47). Les taux d'admissions en réanimation étaient en diminution en S48 par rapport à la semaine précédente dans toutes les autres régions d'outre-mer.

Figure 28. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 09 et le 29 novembre (S46 à S48) 2020, France

du 09 au 15 novembre 2020

du 16 au 22 novembre 2020

du 23 au 29 novembre 2020



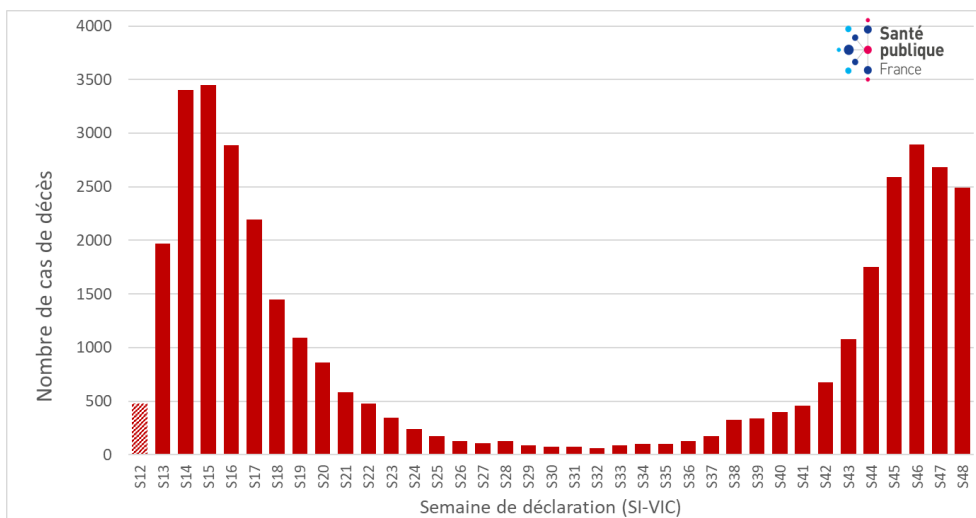
Taux d'incidence / 100 000

- [0 - 0,5]
- (0,5 - 1)
- (1 - 2)
- > 2

Source : SI-VIC

- La **diminution** des déclarations de **décès** survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 observée la semaine précédente se poursuit. **En semaine 48, 2 490 nouveaux décès ont été déclarés vs 2 685 en semaine 47, soit -7%** (Figure 29).

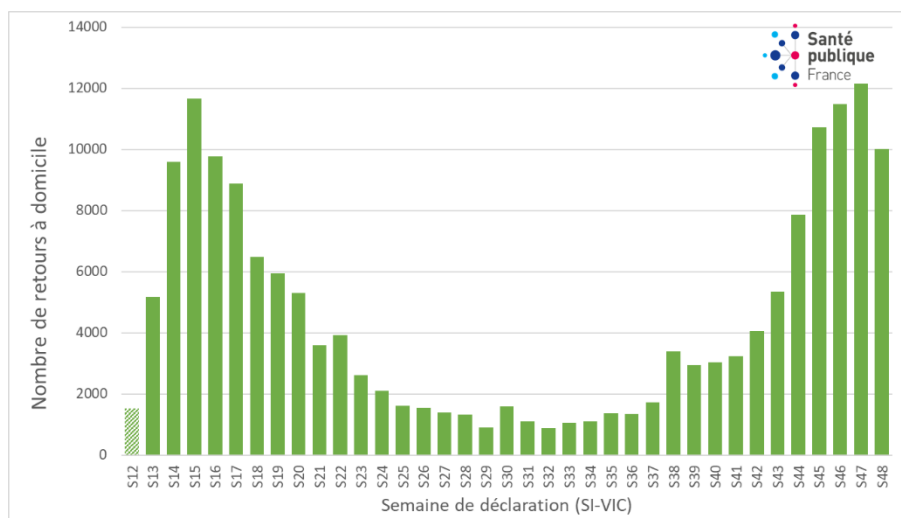
Figure 29. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France, données au 29 novembre 2020



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

- Après plusieurs semaines d'augmentation, le nombre hebdomadaire de déclaration de **retours à domicile** des patients COVID-19 a diminué en semaine 48, passant à 10 016 vs 12 136 en S47, soit **-17%** (Figure 30).

Figure 30. 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 29 novembre 2020

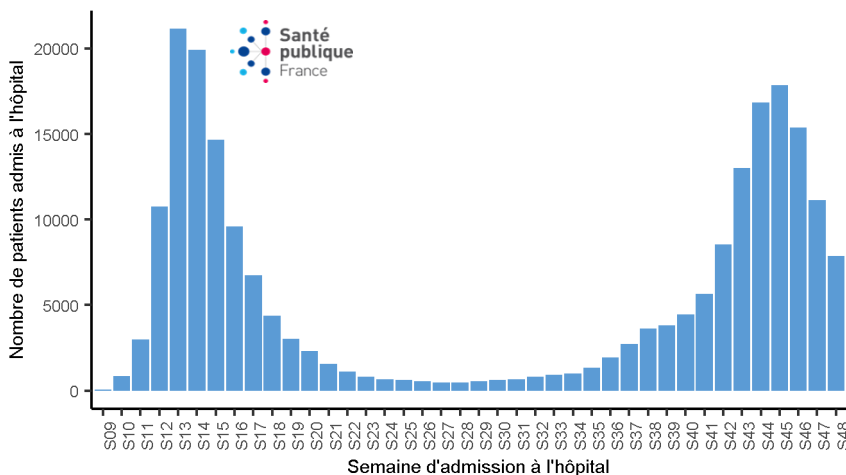


S12 : Données incomplètes car démarrage de Si-VIC en cours de semaine
Source : SI-VIC

Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en réanimation ou le décès d'un patient COVID-19 et la date de déclaration ou de mise à jour du statut du patient dans le système SI-VIC est fréquent. Ce délai peut être particulièrement important dans le cas de rattrapage de déclaration d'anciens dossiers de patients. Ce délai entraîne un retard dans l'observation des tendances et peut aboutir à une sur-estimation des incidences si des événements anciens sont comptabilisés au cours de la semaine de déclaration.

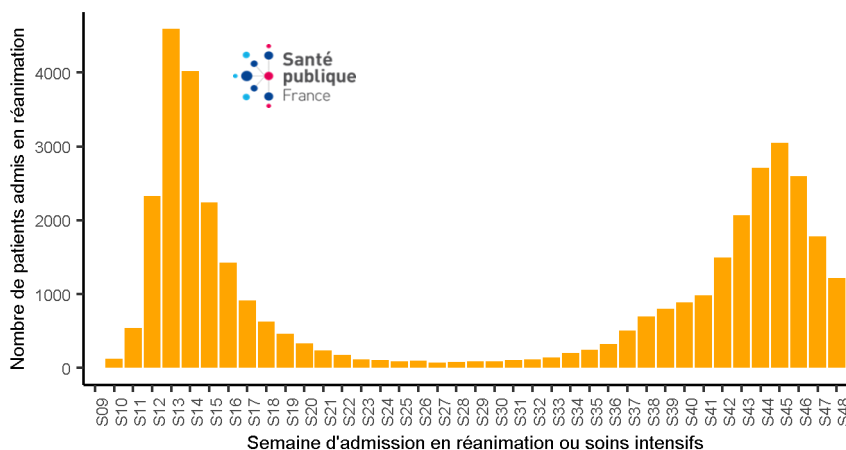
• Les graphiques précédents (Figures 25a, 27a, 29, 30) sont présentés par date de déclaration. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figures 31 et 32) ou par date de décès (Figure 33). Toutefois, les données de la semaine 48 ne sont pas encore consolidées.

Figure 31. 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 1^{er} décembre 2020



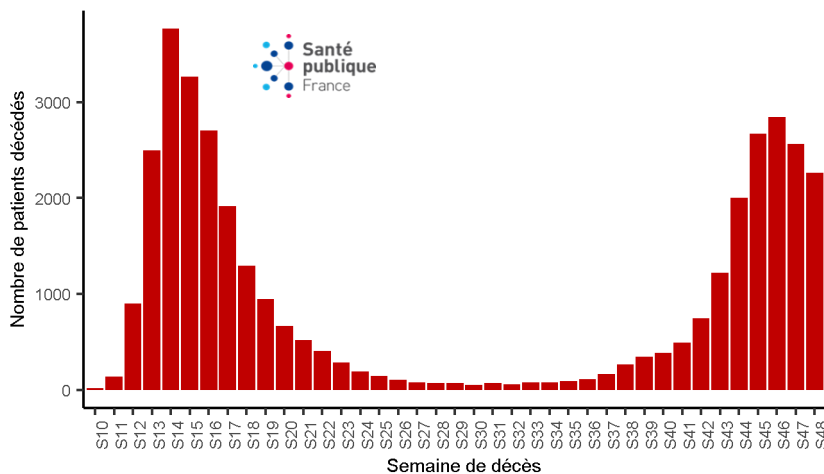
S48 : Données provisoires, en cours de consolidation
Source : SI-VIC

Figure 32. 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 1^{er} décembre 2020



S48 : Données provisoires, en cours de consolidation
Source : SI-VIC

Figure 33. Nombre hebdomadaire de décès à l'hôpital de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 02 mars 2020, France, données au 1^{er} décembre 2020



S48 : Données provisoires, en cours de consolidation
Source : SI-VIC

► Description 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 localisés en France métropolitaine et dans les DROM. Cette surveillance, mise en place en mars 2020, a été réactivée le 5 octobre avec une nouvelle définition de cas, qui s'étend désormais aux patients admis en réanimation avec un diagnostic confirmé de grippe. Elle a pour objectif de décrire les caractéristiques des patients admis en réanimation et n'a pas vocation à dénombrer tous les cas graves de COVID-19 ou de grippe admis en réanimation. [Le protocole de la surveillance et la fiche de recueil](#) sont disponibles sur le site de Santé publique France. Les données de surveillance des cas graves de grippe sont disponibles dans le [bulletin grippe hebdomadaire](#). À noter que dans les points épidémiologiques régionaux, la période d'inclusion des données peut différer d'une région à l'autre afin de tenir compte de l'évolution de la surveillance dans la région.

- Entre le 05 octobre et le 1^{er} décembre, parmi les **3 461 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) : [60-74]) et 62% étaient âgés de 65 ans et plus ; 41 étaient des professionnels de santé.

- **88% 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** (44%) et le **diabète** (31%) (Tableau 4).

- Parmi les 2 257 patients pour lesquels l'information était renseignée, 42% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour, tandis que 19% d'entre eux n'ont pas présenté de SDRA. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 2 436 patients ; 50% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 37% d'une ventilation invasive et 3% d'une assistance extracorporelle (ECMO/ECCO₂R) au cours de leur séjour en réanimation.

- **458 décès** ont été rapportés à ce jour, dont 1 décès chez un professionnel de santé ; l'**âge médian des personnes décédées était de 75 ans** (IIQ : [69-80]) ; 86% des personnes décédées étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 449 patients ; parmi eux, 424 (94%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (52%), l'obésité (43% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (37%) (Tableau 5). Au 1^{er} décembre, **1 584 sorties de réanimation** ont été rapportées.

Tableau 5. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre au 1^{er} décembre 2020 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle (n=3 461, données arrêtées le 1^{er} décembre 2020)

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=3 461)		Cas décédés en réanimation (n=458)	
	n	%	n	%
0-14 ans	14	<1	0	-
15-44 ans	207	6	8	2
45-64 ans	1 072	31	57	12
65-74 ans	1 299	38	162	36
75 et +	849	25	230	50
Non renseigné	20		1	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	389	12	25	6
Au moins une comorbidité	2 974	88	424	94
Obésité (IMC \geq 30) ³	1 378	45	168	43
Hypertension artérielle	1 496	44	232	52
Diabète	1 045	31	140	31
Pathologie cardiaque	814	24	165	37
Pathologie pulmonaire	711	21	124	28
Immunodépression	253	8	53	12
Pathologie rénale	265	8	56	12
Cancer	214	6	55	12
Pathologie neuromusculaire	98	3	22	5
Pathologie hépatique	71	2	12	3
Autre	557	17	72	16
Non renseigné	98		9	

¹ Un patient peut présenter plusieurs comorbidité(s) parmi celles listées dans le tableau.

² Les pourcentages sont calculés pour les patients pour lesquels l'information sur les comorbidités est renseignée.

³ La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC est renseigné (n=3 030 et n=392).

SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES

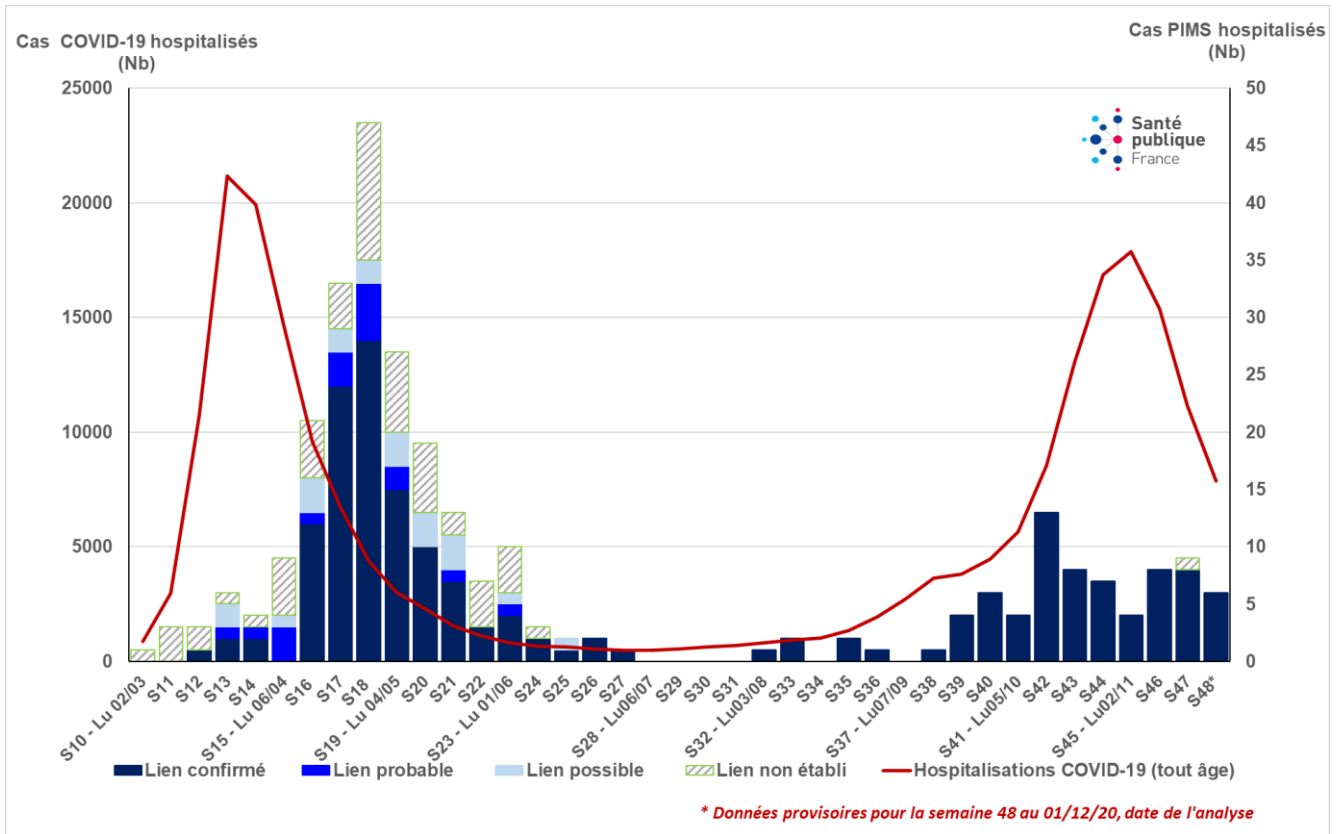
Fin avril 2020, suite au signalement de cas de myocardite avec état de choc cardiogénique chez des enfants avec une infection COVID-19 récente, Santé publique France et les sociétés savantes de pédiatrie ont mis en place une surveillance active de ces tableaux cliniques atypiques. Depuis lors, en France comme à l'international, ces syndromes sont recensés sous l'appellation de « [syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques](#) » ou PIMS.

La méthodologie et les premiers résultats de la surveillance en France sont disponibles sous : <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2001010>.

De nouveaux cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (ou PIMS) sont signalés depuis cet automne, portant à 287 le nombre de cas observés entre le 1^{er} mars et le 29 novembre 2020. Les données de surveillance les concernant sont intégrées dans ce point épidémiologique, et présentées sur un mode bimensuel.

- Cent quarante cas (49%) ont concerné des filles. L'âge médian des cas était de 7 ans (25% des cas avaient ≤ 3 ans et 75% ≤ 11 ans).
- **Plus de la moitié des cas étaient confirmés par une PCR et/ou sérologie pour SARS-CoV-2 positives** (n=189, 66%). Le lien avec le virus était probable chez 18 (6%) patients (contage avec un sujet positif ou scanner évocateur) et considéré comme possible chez 21 patients (7%). Pour les 59 patients restants (21%), ce lien n'a pas pu être établi.
- Parmi les 228 patients pour lesquels le lien avec la COVID-19 était possible, probable ou confirmé, les PIMS étaient associés à une myocardite pour 160 cas (70%). Parmi les 59 patients sans lien établi avec la COVID-19, une myocardite n'a été retrouvée que pour 6 d'entre eux.
- Un séjour en réanimation a été nécessaire pour 133 enfants (46%) et en unité de soins critiques pour 52 (18%). Les autres enfants ont été hospitalisés en service de pédiatrie. Un enfant âgé de 9 ans est décédé dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite.
- **Près de la moitié des cas** (n=130) a été rapportée dans la région **Île-de-France**, et entre 10 et 33 cas en Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Mayotte.
- Un délai moyen de survenue des PIMS de 4 à 5 semaines après l'infection par le SARS-CoV-2 avait été observé lors de la première vague (Figure 34). Après un pic observé en semaine 18 (semaine d'hospitalisation), le nombre de cas signalés a diminué de manière importante au cours de l'été, avant une augmentation modérée fin septembre (semaine 39) : 69 cas ont été rapportés entre le 21 septembre et le 29 novembre 2020, tous confirmés à l'exception d'un cas en cours d'investigation.
- Au total, les données recueillies confirment l'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique rare chez l'enfant avec fréquente atteinte cardiaque, lié à l'épidémie de COVID-19, également observé dans d'autres pays. En France, l'incidence des PIMS en lien avec la COVID-19 (228 cas) a été estimée à **15,7 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans** (soit : 14 511 544 habitants, données Insee 2019).

Figure 34. Distribution hebdomadaire des hospitalisations pour PIMS, en fonction du lien avec la COVID-19 et des hospitalisations COVID-19 tous âges, France, du 02 mars au 29 novembre 2020 (données au 1^{er} décembre 2020)



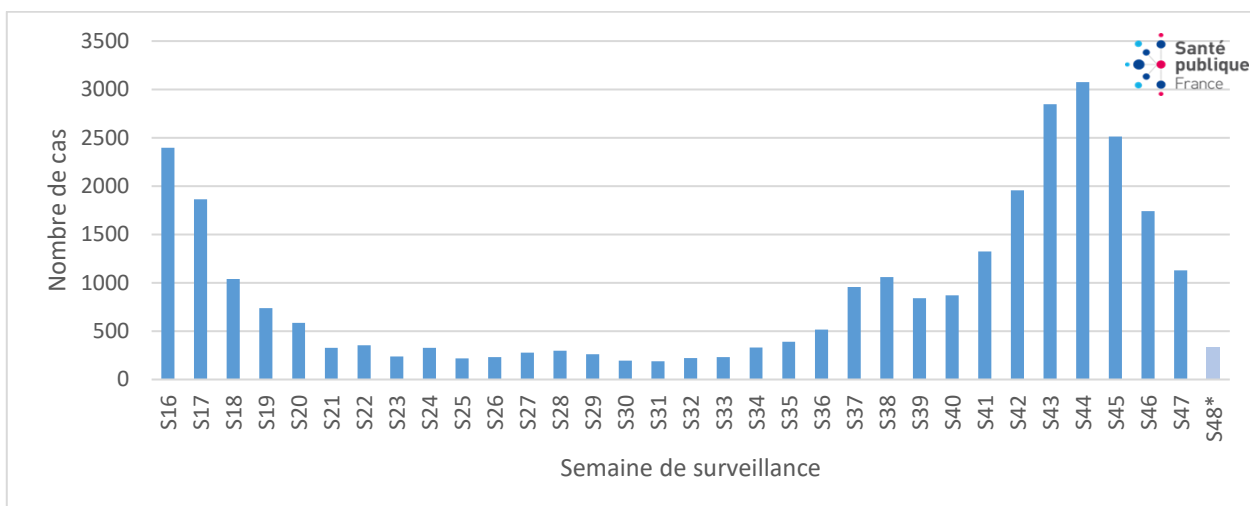
SURVEILLANCE DES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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

- Depuis le dernier bilan publié début novembre, 9 777 cas supplémentaires ont été déclarés, portant à **54 058 le nombre de PES infectés pour la période du 1^{er} mars au 30 novembre 2020**. La répartition du nombre hebdomadaire de cas déclarés montre une augmentation progressive à partir de la semaine 32, plus marquée en semaine 37 avec un pic atteint en semaine 44. **Depuis la semaine 45, ce nombre diminue**. Les données de la semaine 48 sont non consolidées (Figure 35).

- Un décès supplémentaire lié à la COVID-19, survenu début juin chez un aide-soignant travaillant en établissement de santé, a été déclaré. Au total, 18 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 ont été enregistrés depuis le 1^{er} mars 2020 : 5 médecins, 5 aides-soignants, 2 professionnels de santé classés « autres » et 6 professionnels non soignants. Aucune déclaration de décès d'un professionnel n'est survenue après début juin.

Figure 35. Nombre de professionnels COVID-19 déclarés dans les établissements de santé, par semaine, depuis le 13 avril 2020 (données au 30 novembre 2020, N=29 885), France



* Les données pour S48 sont en cours de consolidation.

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

• Depuis le début de l'épidémie, les deux professions le plus souvent touchées sont les **infirmiers (N=13 870, 26% des cas)** et les **aides-soignants (N= 11 777, 22% des cas)**.

• En prenant en compte les effectifs des différentes catégories professionnelles dans les établissements participants, ce sont proportionnellement les aides-soignants et les kinésithérapeutes qui apparaissent comme les professions les plus impactées (respectivement 7,3% et 7,0% des PES ayant été infectés). Cette répartition est observée à la fois lors de la première vague (du 1^{er} mars au 28 juin) et la deuxième vague (du 07 septembre au 29 novembre) (Tableau 6).

• La répartition géographique de la proportion de PES infectés (Figure 36), montre que, lors de la première vague, certaines régions ont été plus impactées que d'autres, en cohérence avec les autres indicateurs épidémiologiques. Lors de la deuxième vague, la répartition des proportions de PES infectés apparaît plus homogène.

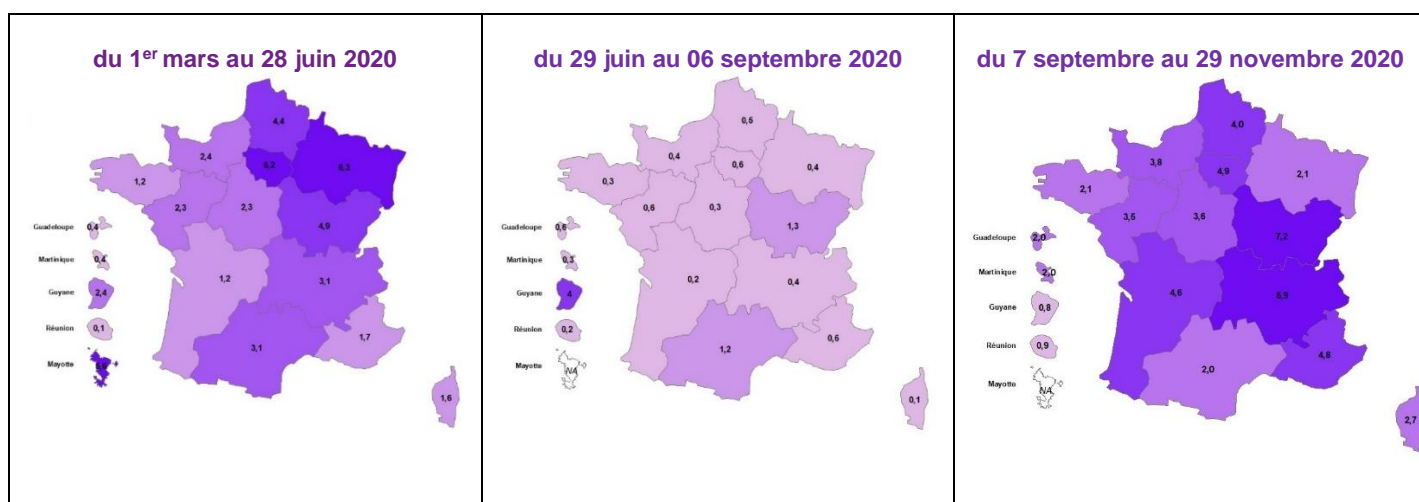
Tableau 6. Proportion (%) de professionnels infectés par le SARS-CoV-2 dans les établissements de santé participants, par catégorie professionnelle, au cours de la première vague (N=32 496), de l'été (N=2 909) et de la deuxième vague de la pandémie (N=18 653) (données au 30 novembre 2020), France

Catégorie professionnelle	1 ^{er} mars- 28 juin	29 juin- 06 septembre	07 septembre- 29 novembre
Infirmiers	3,9	0,5	3,4
Aide-soignants	5,1	0,6	4,3
Médecins	3,7	0,4	2,5
Internes	3,7	0,5	3,5
Masseurs-kinésithérapeutes	4,8	0,3	5,2
Sages-femmes	1,7	0,6	2,3
Autres professionnels de santé	3,8	0,5	3,0
Autres non professionnels de santé	1,4	0,3	1,7
Total	3,6	0,6	4,2

*Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : SAE, données 2018 <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

NB : Les cas pour lesquels la profession était inconnue, et les élèves n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, en l'absence de dénominateur connu.

Figure 36. Proportion (%) de professionnels en établissements de santé déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels dans les établissements participants (données au 30 novembre 2020, N=54 058), par région, France*



*Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : SAE, données 2018 <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

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

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

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

- Entre le 1^{er} mars et le 1^{er} décembre 2020, **53 506 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **36 692 décès** étaient survenus au cours d'une hospitalisation et **16 814 décès** parmi des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements médico-sociaux (EMS) (données au 29 novembre).

- 92% des cas de COVID-19 décédés étaient âgés de 65 ans ou plus.**

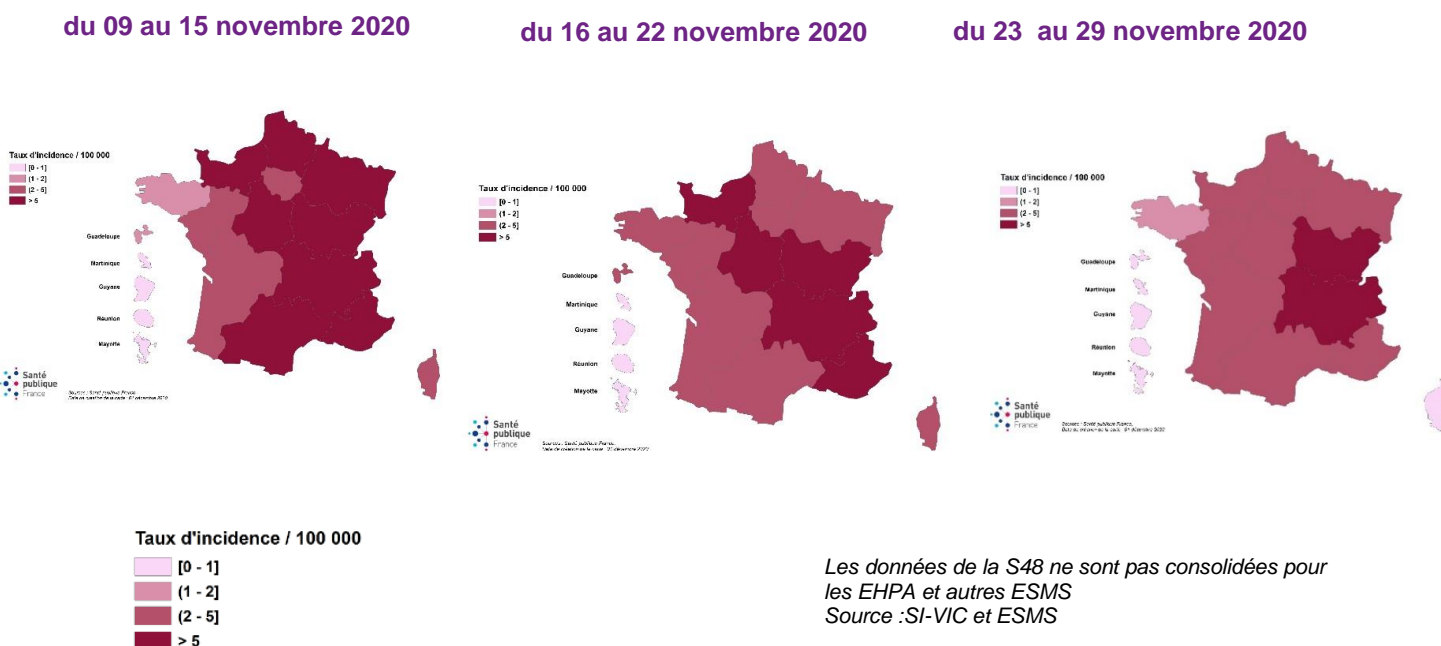
- Au niveau national, le nombre hebdomadaire de décès a diminué en semaine 47** par rapport à la semaine 46, avec **3 889 décès** vs 4 383 (- 11,3 %, données consolidées). **En semaine 48**, le nombre de décès semble diminuer à nouveau avec 2 928 décès rapportés (soit une diminution de 24,7 %, données non consolidées). Cette diminution fait suite à près de 2 mois de croissance du nombre de décès (depuis S37). Cette diminution est constatée en semaine 47 à la fois parmi les décès hospitaliers (- 8,0 %) et parmi les décès en ESMS (-17,6%). En semaine 48, les décès survenus à l'hôpital sont à nouveau en diminution (- 6,8 %, données consolidées), de même que les décès en ESMS. La diminution en ESMS n'est pas estimable du fait de données non consolidées à ce jour.

- Le **taux hebdomadaire de décès** à l'échelle nationale était de **4,37 pour 100 000 habitants** en semaine 48 (vs 5,80 en S47 et 6,54 en S46 – données consolidées pour S46 et S47).

- En semaine 48**, les **plus forts taux de décès** de patients COVID-19 **par région** rapportés à la population (/100 000 habitants) étaient toujours observés en Auvergne-Rhône-Alpes (9,7), Bourgogne-Franche-Comté (6,5), Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,8), et Centre-Val de Loire (4,6) (Figure 37).

- Entre les semaines 46 et 47, une augmentation était encore notée en Centre-Val-de-Loire (+39%), Bretagne (+13%) et en Nouvelle-Aquitaine (+3%) pour la métropole et en Guadeloupe (+60 %).

Figure 37. Taux hebdomadaires de décès dus à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS), évolution du 09 au 29 novembre (S46 à S48), par région, France



► Mortalité issue de la certification électronique des décès

• Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 22 235 certificats de décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 7).

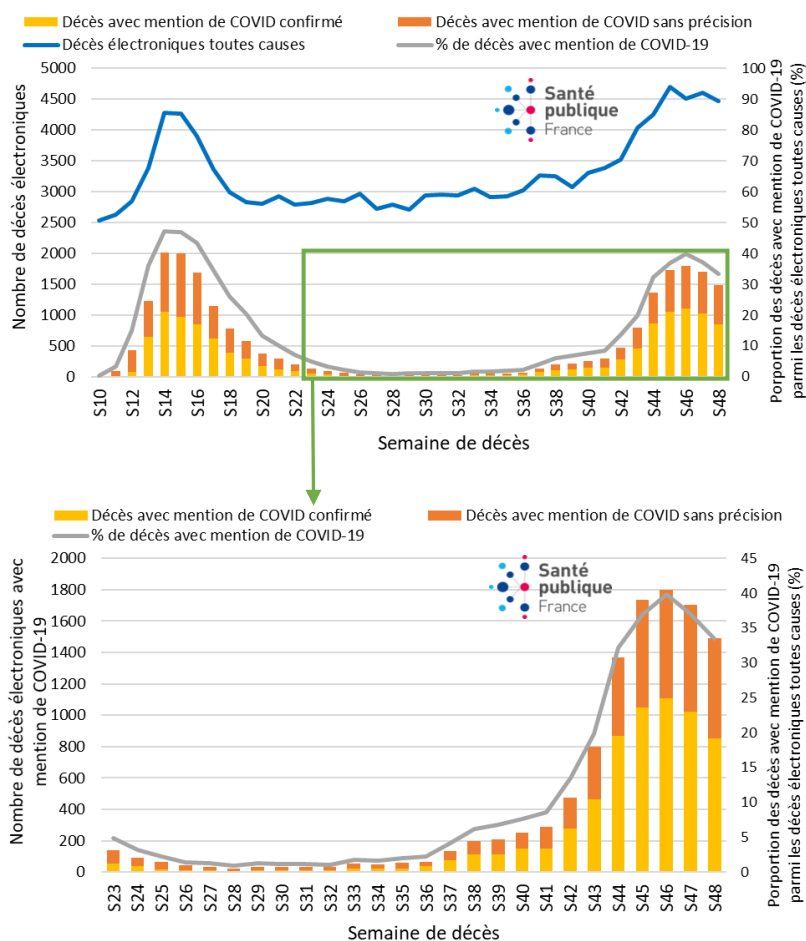
- L'âge médian au décès était de 84 ans et 92% avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 55% de ces décès.
- Des comorbidités étaient renseignées pour 14 398 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 23% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 35%.

• Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 2,3% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité (ou pas de comorbidité renseignée) et étaient âgées de moins de 65 ans.

• **Pour la semaine 48 (du 23 au 29 novembre 2020), 1 492 décès contenaient une mention de COVID-19 dans le certificat, représentant 33,4% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 38). Ce nombre de décès est en diminution par rapport à la semaine précédente (-213 décès, soit -12%, par rapport à la semaine 47).**

• Parmi les 1 492 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 1 161 (77,8%) étaient âgées de plus de 75 ans, en baisse par rapport à la semaine précédente. En revanche, les effectifs étaient en légère hausse dans les autres classes d'âges : 225 personnes étaient âgées de 65-74 ans (+5 par rapport à la semaine précédente) et 99 personnes étaient âgées de 45 à 64 ans (+15 par rapport à la semaine précédente). On note le décès de 7 personnes âgées de 15 à 44 ans (chiffre similaire à celui de la semaine précédente).

Figure 38. Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 29 novembre 2020 (données au 1^{er} décembre 2020)



Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc.

Tableau 7. Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 30 novembre 2020 (données au 1^{er} décembre 2020)

Sexe	n	%				
Hommes	12 167	55				
Cas selon la classe d'âges	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	52	34	99	66	151	1
45-64 ans	463	29	1 131	71	1 594	7
65-74 ans	1 001	31	2 215	69	3 216	14
75 ans ou plus	6 321	37	10 950	63	17 271	78
Tous âges	7 837	35	14 398	65	22 235	100

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	14 398	65
Aucune ou non renseigné	7 837	35

Description des comorbidités	n	%
Obésité	838	6
Diabète	2 362	16
Pathologie respiratoire	1 898	13
Pathologie cardiaque	4 993	35
Hypertension artérielle	3 295	23
Pathologies neurologiques *	1 218	8
Pathologie rénale	1 804	13
Immunodéficience	325	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 semaine 40** (du 28 septembre au 04 octobre), avec une hausse plus marquée de la semaine 43 (du 19 au 25 octobre) à la semaine 45 (du 02 au 08 novembre) (Figure 39). Une légère diminution s'est amorcée en semaine 46 (du 09 au 15 novembre) et semble plus marquée en semaine 47 (du 16 au 22 novembre).

L'excès de mortalité, au niveau national, était compris entre **+6,0% et +7,5% sur les semaines 40 à 42**, à **+21,0% sur la semaine 43**, à **+26,1% en semaine 44**, à **+32,1% en semaine 45** et **+29,8% en semaine 46**. 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 47 sera précisée la semaine prochaine.

- **Au niveau régional** (Figure 40), le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en semaine 41 dans 2 régions, en semaine 42 dans 4 régions, en semaine 43 dans 8 régions, en semaine 44 dans 10 régions, en semaine 45 dans 10 régions, en semaine 46 dans 12 des 13 régions métropolitaines et **en semaine 47 dans 9 régions** : Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Île-de-France, Hauts-de-France, Occitanie, Normandie et Centre-Val-de-Loire.

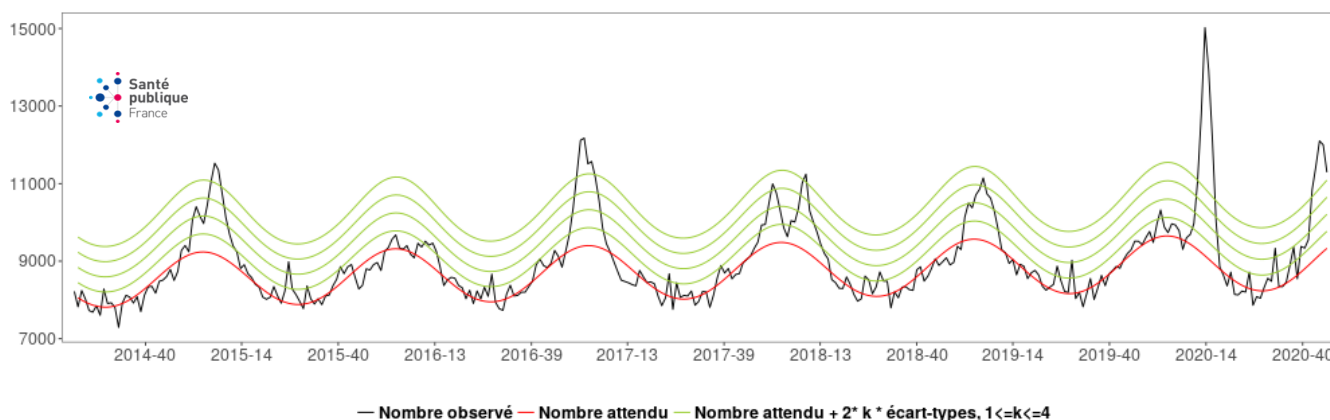
- La hausse de la mortalité est plus particulièrement marquée en **Auvergne-Rhône-Alpes, où l'excès de décès a atteint un niveau exceptionnel sur quatre semaines consécutives, de S44 à S47**.

- **À l'échelon départemental**, 33 départements présentaient un excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue en semaine 43, 30 départements en semaine 44, 48 départements en semaine 45, 45 départements en semaine 46 et **32 départements en semaine 47** (Figure 41).

- Ces excès concernent principalement **les personnes de 65 ans ou plus**.

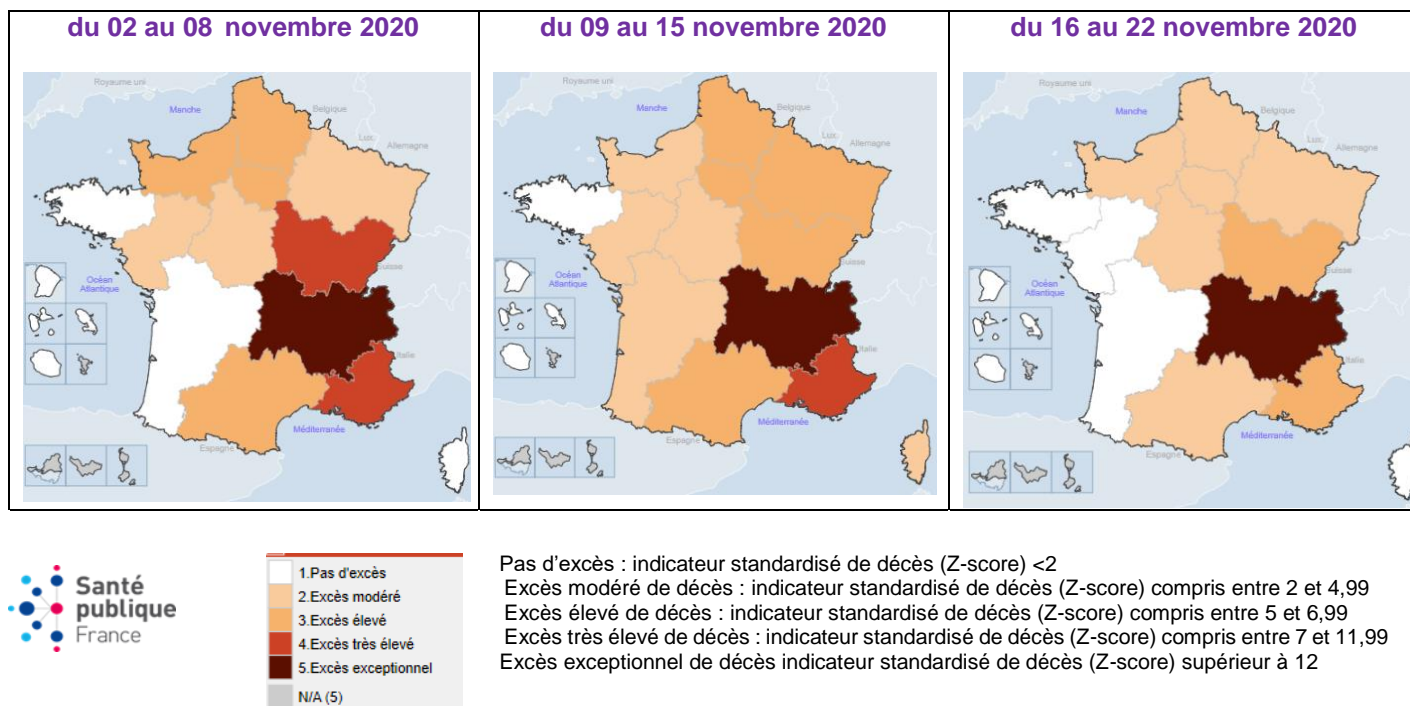
- Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer la part attribuable à l'épidémie de COVID-19.**

Figure 39. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, en France, de la semaine 17-2014 à la semaine 47-2020



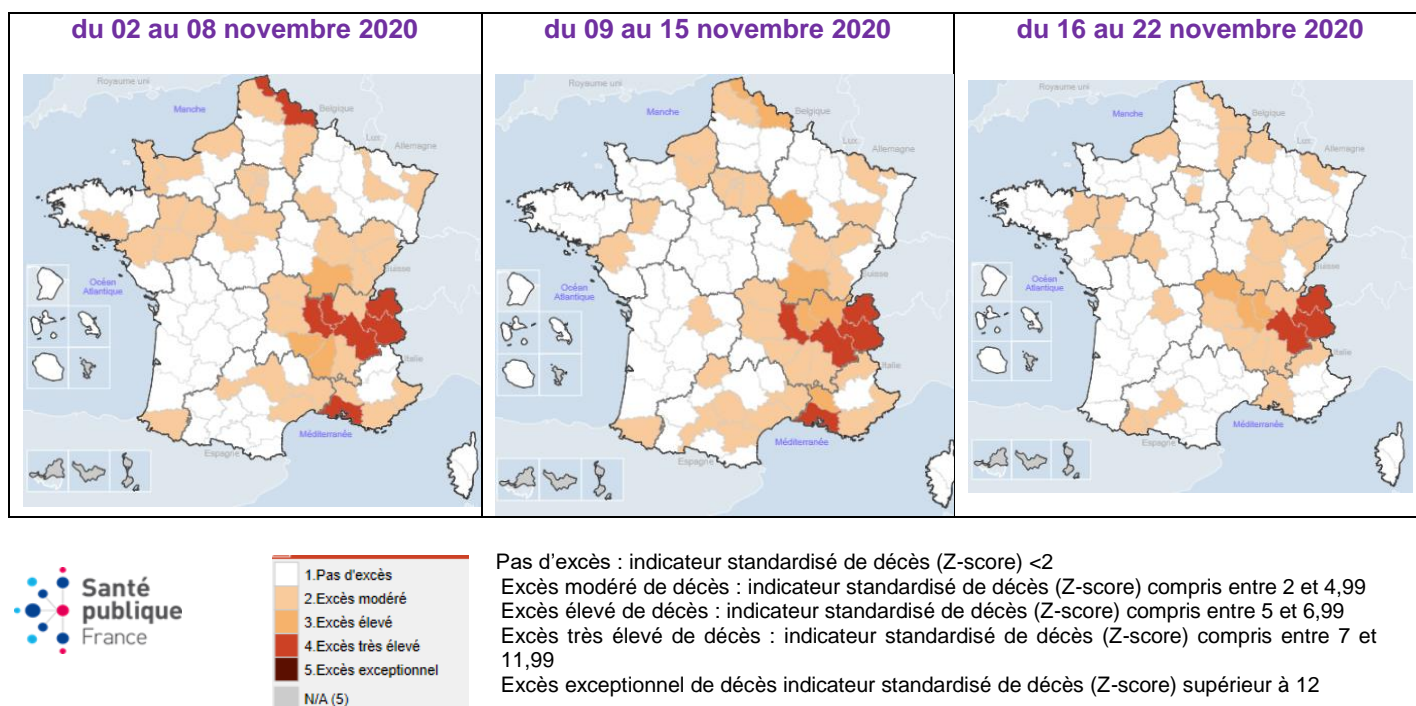
Sources : Santé publique France - Insee

Figure 40. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 45, 46 et 47 de 2020, données au 1^{er} décembre 2020, par région, France



Sources : Santé publique France - Insee

Figure 41. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 45, 46 et 47 de 2020, données au 1^{er} décembre 2020, par département, France



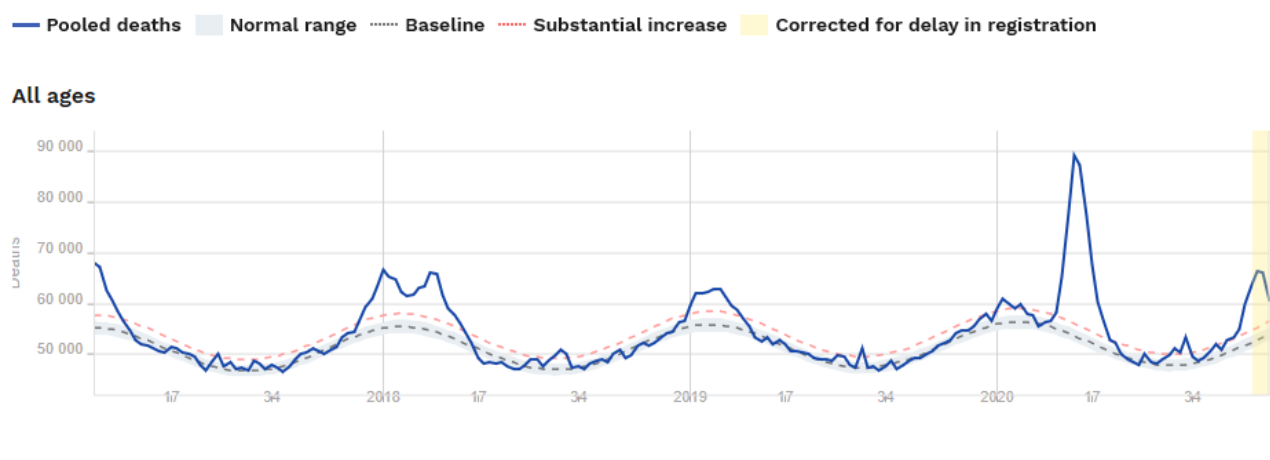
Sources : Santé publique France - Insee

► Mortalité à l'échelle européenne

À l'échelle européenne, parmi les 26 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité est notée depuis le début du mois d'octobre 2020 et s'est accrue à partir de la semaine 43 jusqu'en semaine 45 (Figure 42). Le nombre de décès s'est stabilisé en semaine 46 et semble amorcer une diminution en semaine 47. Le niveau atteint en semaines 45 et 46 reste très inférieur à celui observé lors de la première vague de l'épidémie.

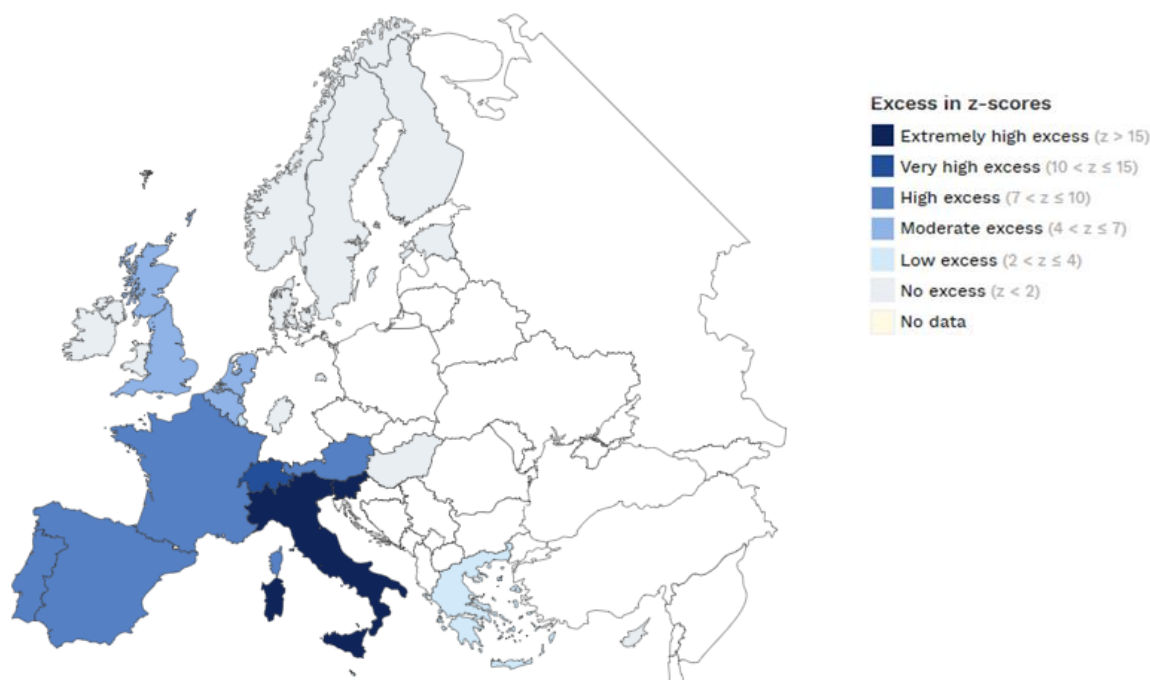
Un excès de mortalité était observé dans treize pays/régions en semaine 43, dans quatorze pays/régions en semaine 44, dans quinze pays/régions en semaine 45 et dans quatorze pays/régions en semaine 46 (Angleterre, Ecosse, Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, France, Italie, Grèce, Autriche, Suisse, Slovénie, Malte, Portugal et Espagne) (Figure 43).

Figure 42 . Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 26 pays/régions européens, de la semaine 03-2017 à la semaine 47-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 25 novembre)



Source : EuroMOMO

Figure 43. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 46-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 25 novembre 2020)

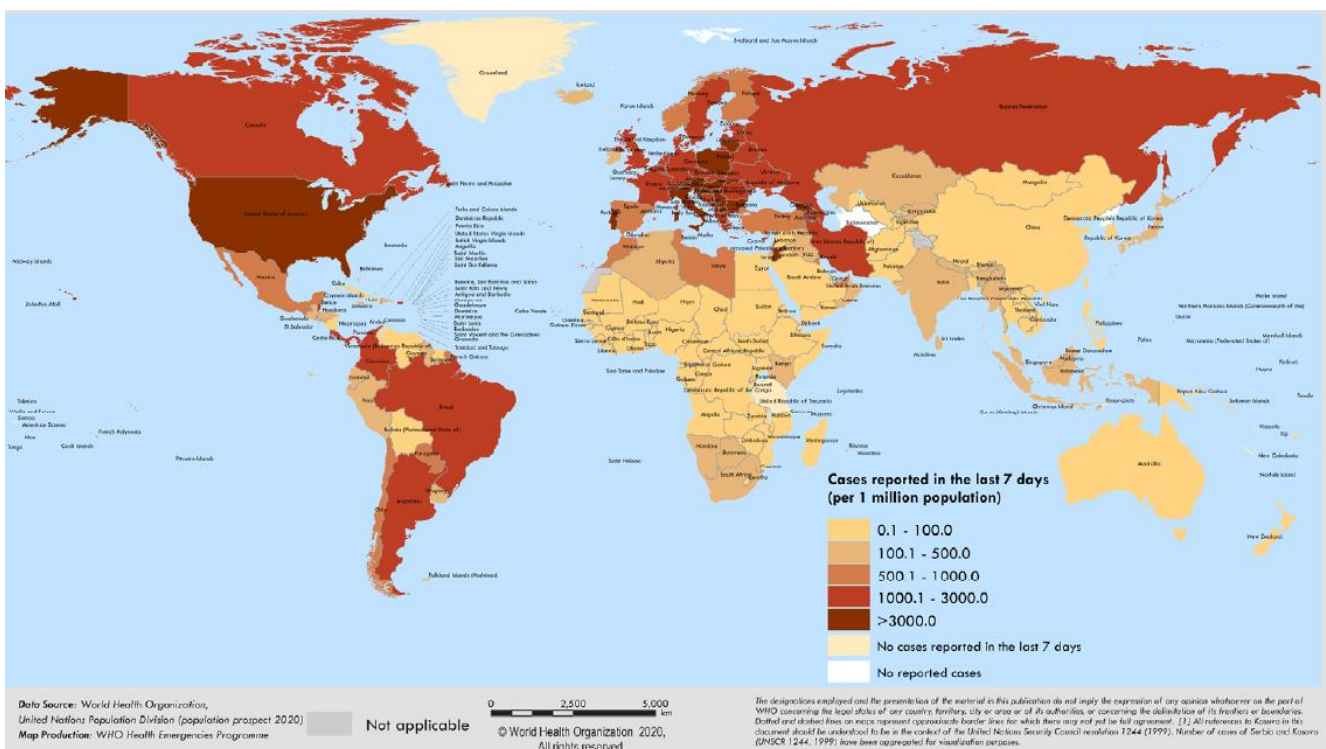


Source : EuroMOMO

SITUATION INTERNATIONALE

● Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 62 662 181 cas confirmés de COVID-19 étaient rapportés **dans le monde** - dont 1 460 223 décès - au 01/12/2020. **Dans le monde**, le ralentissement du nombre de nouveaux cas se poursuit en semaine 48, -4% contre +1% en S47 et +6% en S46. En revanche, l'augmentation de la mortalité pour COVID-19 se poursuit mais ralentit (+3% en S48 contre +11% en S47 et S46 et +13% en S45). Les **Amériques** et l'**Europe** demeurent les deux foyers majeurs de l'épidémie, avec respectivement 42% et 40% des nouveaux cas rapportés au niveau mondial, entre le 23 et le 29 novembre (semaine 48). L'Europe rapporte une tendance à la baisse pour le nombre de nouveaux cas pour la deuxième semaine consécutive (-13% en S48 et -6% en S47). En revanche, l'**Asie du Sud-Est** cumule 9% des cas récents rapportés dans le monde en S48, avec une légère augmentation (+6% pour les nouveaux ; +4% pour la mortalité COVID-19). En **Afrique**, le nombre de nouveaux cas augmente légèrement (+3%) tandis que la mortalité baisse de 10%, baisse la plus importante du nombre de décès dans le monde en S48. Au **Moyen-Orient**, la situation reste préoccupante dans certains pays, mais la région rapporte pour la première fois, après 4 mois de hausse continue, une légère baisse du nombre de nouveaux cas (-1%) et de nouveaux décès (-8%). (Figure 44).

Figure 44. Nombre de cas COVID-19 sur les 7 derniers jours (pour 1 million d'habitants) par pays, données du 23 au 29 novembre 2020 (semaine 48)



Source : OMS

● Dans la zone **Amériques**, le nombre de nouveaux cas est en hausse de 3% en semaine 48 (contre +11% en S47 et +40% en S46) : les augmentations décrites ralentissent mais demeurent à des niveaux élevés avec 1,6 million de cas et 22 000 décès en S48. La majorité des nouveaux cas en S48 ont été rapportés aux États-Unis, au Brésil, au Mexique, en Colombie et en Argentine, représentant 93% des nouveaux cas. Pour plus de détails sur la zone Amériques, [cliquez ici](#).

● En **Asie**, les indicateurs de l'épidémie, en déclin depuis mi-septembre et jusqu'en semaine 47, se stabilisent. L'Inde contribue à 80% du nombre de nouveaux cas hebdomadaires (+297 113 cas en semaine 48, -3% par rapport à la semaine précédente). En semaine 48, une diminution du nombre de nouveaux cas était rapportée en Birmanie, au Sri Lanka et aux Maldives tandis qu'une augmentation est documentée en Indonésie, au Népal, en Thaïlande et au Bhoutan. L'Indonésie atteint le demi-million de cas et connaît une augmentation de +39% de nouveaux décès par rapport à la semaine précédente. Le Japon, les Philippines, la Malaisie et la Corée du Sud rapportent également des nombres importants de nouveaux cas en semaine 48. La Corée du Sud rapporte une hausse importante de cas (+41%) entre les semaines 48 et 47,

correspondant au nombre de cas hebdomadaire le plus élevé depuis début mars 2020. Pour plus de détails sur l'Asie, [cliquez ici](#).

- En **Océanie**, une tendance à la hausse du nombre de nouveaux cas est observée depuis 4 semaines, avec une augmentation de 12% en semaine 48 (contre 9% en S47 et 5% en S46). La Polynésie française continue de rapporter le plus grand nombre de cas dans la région, avec une incidence hebdomadaire en S48 très élevée (400 nouveaux cas /100 000 habitants) même si l'incidence est en baisse notamment à Tahiti et dans les autres îles de l'archipel. Pour plus de détails sur l'Océanie [cliquez ici](#).

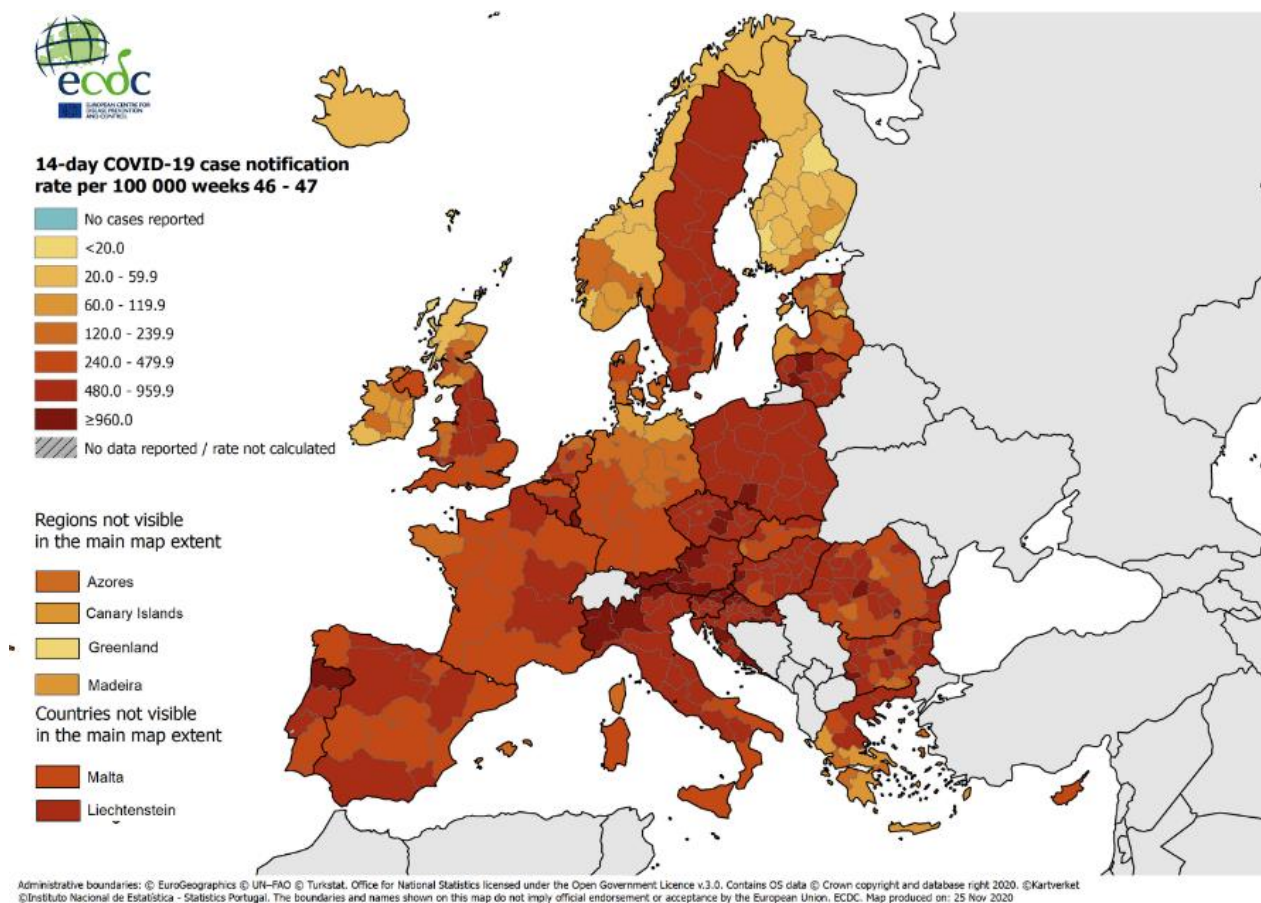
- Au **Moyen-Orient**, après plus de 15 semaines consécutives de fortes hausses, les nombres de nouveaux cas et de décès sont légèrement en diminution avec respectivement -1% et -8% entre les semaines 48 et 47. Les pays rapportant le plus grand nombre de nouveaux cas en S48 sont l'Iran, la Jordanie, le Pakistan, l'Irak et le Liban. Comme en semaine 47, la Jordanie fait toujours partie des pays du monde ayant les plus forts taux d'incidence, avec 322 nouveaux cas pour 100 000 habitants en semaine 48 et la Palestine poursuit ses hausses records de nouveaux cas depuis le début de la pandémie. En Iran, la situation reste préoccupante avec une augmentation continue du nombre de cas depuis la fin août qui approche désormais le million. Pour plus de détails sur le Moyen-Orient, [cliquez ici](#).

- En **Afrique**, après une baisse de début juillet à fin septembre, la remontée du nombre de nouveaux cas observée depuis début octobre se confirme : +3% en S48, +15% en S47 et +22% en S46. L'évolution du nombre de décès est à la baisse en S48 avec -10% contre une augmentation de +30% en semaine 47, qui était l'augmentation la plus forte dans le monde en S47. Les pays rapportant le plus grand nombre de nouveaux cas et de décès sur les 7 derniers jours sont l'Afrique du Sud, l'Algérie, le Kenya, l'Éthiopie et l'Ouganda qui rapportaient à eux seuls 81% des nouveaux cas dans la région. En Éthiopie, même si le nombre de décès est à la baisse de 17% et le nombre de cas en hausse de 18% par rapport à la semaine 47, l'agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) alerte sur une crise humanitaire de grande échelle dans la région du Tigré où des milliers de réfugiés cherchent la sécurité dans l'est du Soudan. L'Afrique du Nord poursuit toujours sa phase ascendante depuis 8 semaines, en particulier au Maroc, en Algérie, en Tunisie et en Libye. Pour plus de détails sur l'Afrique, [cliquez ici](#).

- En **Europe**, pour les pays de l'UE/EEA et le Royaume-Uni, au 1^{er} décembre 2020, le nombre total de cas était de 13 229 794 dont 325 407 décès. L'augmentation du taux d'incidence pour la semaine 48 (du 23 au 28 novembre) se poursuit dans une grande majorité des pays. Comme la semaine précédente, les pays européens font partie des pays avec les taux d'incidence en semaine 48 les plus élevés dans le monde : sur les 15 incidences les plus élevées mondialement, 12 pays étaient en Europe. Les taux d'incidence hebdomadaires les plus élevés en semaine 48 sont observés à Andorre, au Luxembourg, en Croatie, à Saint-Marin, en Lituanie, en Slovaquie, en Hongrie, en Autriche, au Portugal, en Pologne, en Italie, en Bulgarie, en Roumanie et en République tchèque : leurs taux variaient de 608 à 262 cas / 100 000 habitants. Hors zone UE/EEA, des taux d'incidence élevés sont observés en Suisse, en Europe centrale et dans les Balkans où les hausses se poursuivent, notamment au Monténégro, en Géorgie, en Serbie, en Macédoine du Nord, en Arménie et au Kosovo : leurs taux variaient de 269 à 692 cas pour 100 000 habitants. Tous ces pays ont des taux d'incidence supérieurs à celui de la France qui rapportait un taux à 122 cas pour 100 000 habitants (Figure 45). Pour plus de détails sur l'Europe, [cliquez ici](#).

À noter : les données présentées ne tiennent pas compte des spécificités des systèmes de surveillance et des capacités diagnostiques des différents pays.

Figure 45. Taux d'incidence de COVID-19 pour 100 000 habitants pour les semaines 46-47 dans les pays de l'UE/EAA



Source : ECDC

Pour en savoir + sur la situation internationale :

- **en Europe** : [ECDC - Weekly surveillance report \(week 47\), 26 novembre 2020](#)

- **dans le monde** : [Organisation mondiale de la santé - Weekly Epidemiological Update, 1^{er} décembre 2020](#)

PRÉVENTION

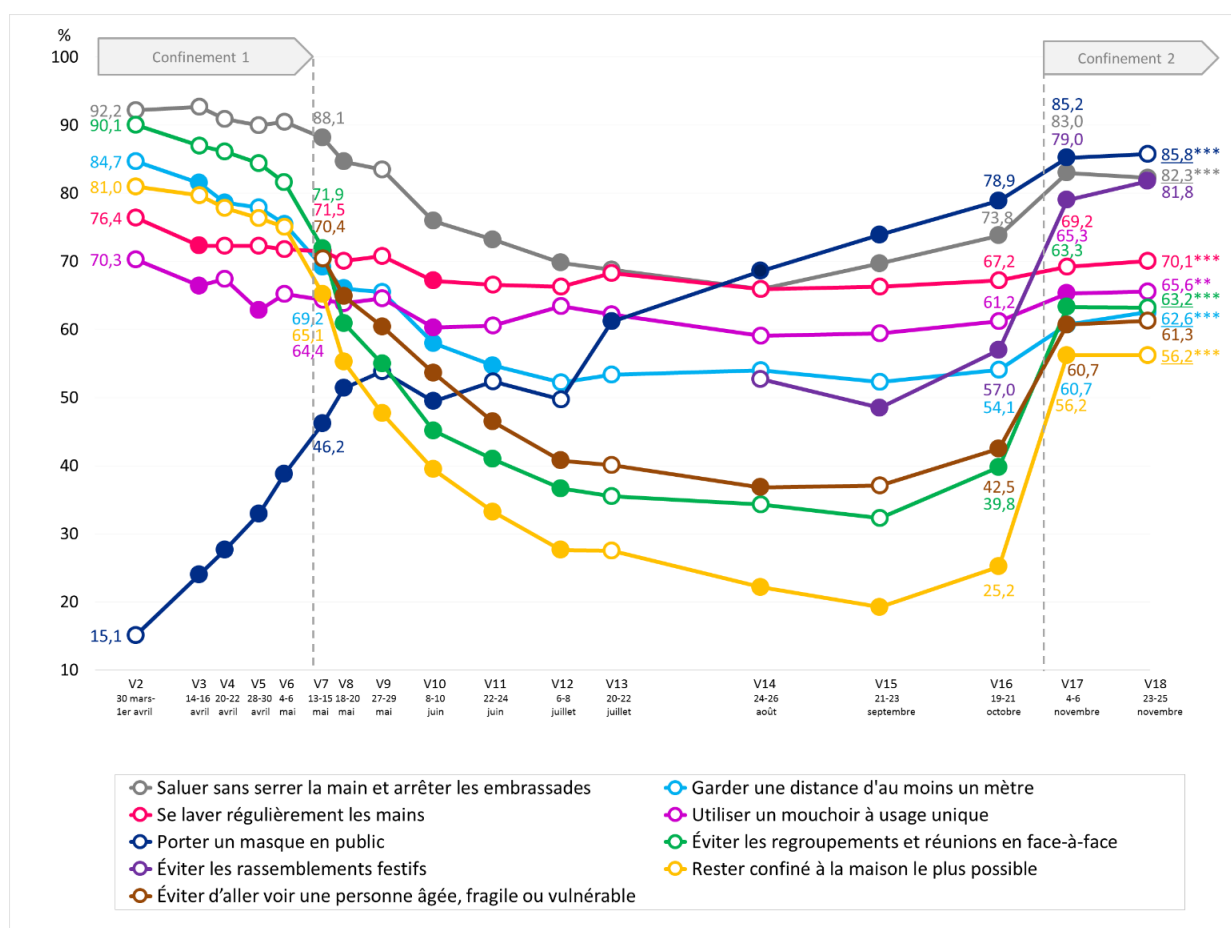
► Adoption des mesures de prévention

Les données proviennent de l'Enquête Santé publique France CoviPrev : enquêtes Internet répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (Access panel), de mars à novembre 2020. Les vagues 17 et 18 ont été réalisées durant le deuxième confinement.

- En vague 18 de l'enquête (23-25 novembre), l'adoption systématique de toutes les mesures en lien avec la limitation de l'interaction sociale demeure stable par rapport à la vague 17 (4-6 novembre), excepté pour le fait d'« éviter des rassemblements festifs » qui progresse de 3 points par rapport à la vague précédente (Figure 46).

- Toutes les classes d'âge sont concernées par cette stabilité, même si les différences d'adoption systématique restent conséquentes, pour plusieurs mesures de prévention, entre les 18-24 ans et les 65 ans et plus : maintien d'une distance d'au moins 1 mètre (55% vs 69%), salut sans contact physique (61% vs 88%) et « éviter les regroupements et réunions en face à face » (28% vs 49%). Chez les 18-24 ans, la part de personnes qui « évitent les rassemblements festifs » a considérablement augmenté par rapport à la vague 16 (19-21 octobre ; 71% vs 43%).

Figure 46. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, novembre 2020



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 18) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 2), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période post-confinement (vague 7), test de Wald ajusté, $p < 0,05$.

• En vague 18, les populations adoptant moins systématiquement les mesures de prévention sont le plus souvent **les hommes**. Les personnes **ne présentant pas de risque de développer une forme grave de COVID-19** adoptent moins de mesures de distanciation physique et sont moins nombreuses à rester le plus souvent confinées à la maison. Les personnes déclarant **une bonne situation financière** adoptent moins de mesures d'hygiène et de distanciation physique (Tableau 8).

Tableau 8. Variables sociodémographiques associées à une moindre adoption des mesures de prévention. Enquête CoviPrev (vague 18 : 23-25 novembre), France métropolitaine, 2020

	Moindre nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 ¹	Moindre nombre de mesures de distanciation systématiquement adoptées parmi 4 ²	Moindre pourcentage d'adoption systématique du port du masque en public	Moindre pourcentage d'adoption systématique de la mesure "rester confiné à la maison le plus possible "
Sexe	Hommes	Hommes	Hommes	Hommes
Classe d'âge (en 5 classes)	--	18-24/25-34 ans	--	--
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	--	CSP-	--	CSP+
Littératie en santé ^a	Faible	--	--	--
Situation financière perçue	Bonne situation	Bonne situation / "c'est juste"	--	--
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^b	--	Non	--	Non

Notes de lecture. Les associations entre chacun des 4 indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (test de Wald ajusté, $p < 0,05$). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à une moindre adoption, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. -- : aucune modalité de la variable sociodémographique n'est associée à une moindre adoption pour l'indicateur considéré.

^a La littératie en santé désigne la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour prendre des décisions concernant leur santé (échelle Health Literacy Questionnaire, Dimension 5).

^b Facteurs de risque de développer une forme grave de COVID-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC > 30),

¹ 4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique ; aérer votre logement au moins 2 fois par jour pendant 10 à 15 minutes.

² 4 mesures de distanciation physique : saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; garder une distance d'au moins un mètre ; éviter les regroupements et réunions en face-à-face avec des proches qui n'habitent pas avec moi ; éviter les rassemblements festifs.

• Les déterminants cognitifs (*perceptions de la maladie et des mesures de prévention*) de l'adoption systématique des mesures de prévention communs aux quatre indicateurs (mesures d'hygiène, distance d'au moins un mètre, port du masque en public et rester confiné à la maison) sont le fait de **se sentir capable d'adopter les mesures de prévention et la norme sociale perçue** (approbation et adoption des mesures de prévention par les proches) (Tableau 9).

• Le fait d'être **inquiet des conséquences de l'épidémie sur la santé** augmente l'adoption systématique des mesures de prévention pour trois indicateurs (mesures d'hygiène, port du masque en public et rester confiné à la maison). Le **sentiment de colère** diminue l'adoption de mesures associée à trois indicateurs (mesures de distanciation physique, port du masque en public et rester confiné à la maison). Le **sentiment de frustration** diminue l'adoption aux mesures de distanciation physique et au fait de rester confiné à la maison le plus possible.

Tableau 9. Déterminants cognitifs et affectifs de l'adoption systématique des mesures de prévention. Enquête CoviPrev (vague 18 : 23-25 novembre), France métropolitaine, 2020

	Nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 ¹	Nombre de mesures de distanciation systématiquement adoptées parmi 4 ²	Pourcentage d'adoption systématique du port du masque en public	Pourcentage d'adoption systématique de la mesure "rester confiné à la maison le plus possible "
Déterminants cognitifs				
Percevoir les mesures de prévention comme efficaces	--	*	--	--
Percevoir les mesures de prévention comme peu contraignantes	--	*	**	***
Approbation et adoption des mesures par les proches (norme sociale perçue)	***	***	***	***
Se sentir capable d'adopter les mesures de prévention	***	***	***	***
Percevoir la COVID-19 comme grave	--	***	--	--
Se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2	--	--	--	--
Déterminants affectifs				
Etre inquiet des conséquences de l'épidémie sur la santé	***	--	***	***
Etre inquiet des conséquences du confinement sur la situation économique et financière	--	--	--	--
Frustration	--	* (-)	--	* (-)
Colère	--	*** (-)	*** (-)	* (-)
Déprime	--	--	--	--
Solitude	--	--	--	--
Isolement	--	--	--	--
Peur	--	--	--	--
Impuissance	--	*	**	--

Notes de lecture : L'association entre les déterminants cognitifs et les indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention était testée, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées à la situation épidémique et des autres facteurs cognitifs (modèles de régression linéaire ou logistique, test de Wald au seuil de .05), ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$; -- : association non significative ($p > 0,05$). L'association entre le facteur affectif et les indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention était testée, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées à la situation épidémique et des autres facteurs affectifs (modèles de régression linéaire ou logistique, test de Wald au seuil de .05), ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$; -- : association non significative ($p > 0,05$). (-) : l'association entre le déterminant et l'indicateur d'adoption est négative.

¹ 4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique ; aérer votre logement au moins 2 fois par jour pendant 10 à 15 minutes.

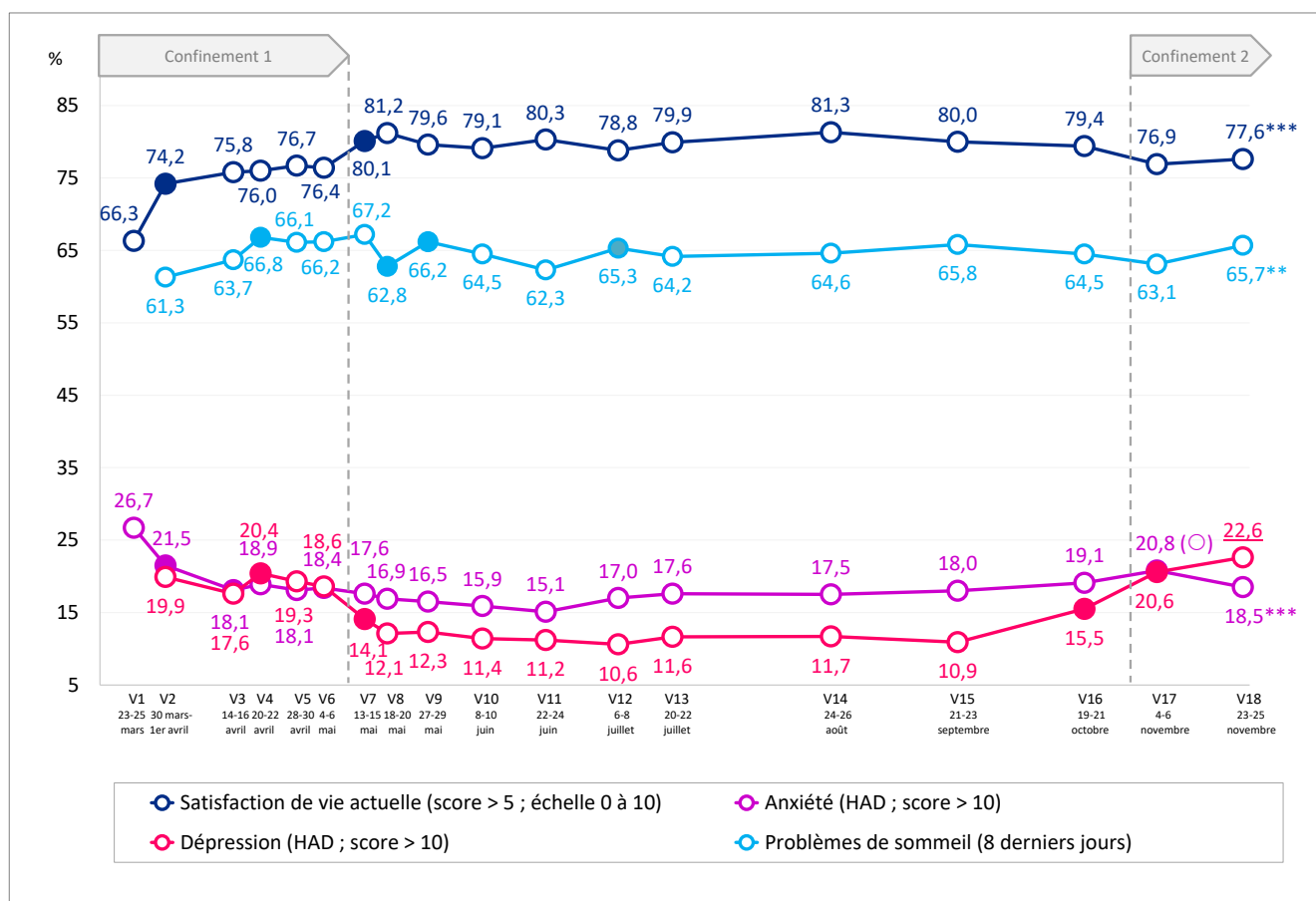
² 4 mesures de distanciation physique : saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; garder une distance d'au moins un mètre ; éviter les regroupements et réunions en face-à-face avec des proches qui n'habitent pas avec moi ; éviter les rassemblements festifs.

► Santé mentale

Les données proviennent de l'**Enquête Santé publique France CoviPrev** : enquêtes Internet répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (Access panel), de mars à novembre 2020. Les vagues 17 et 18 ont été réalisées durant le deuxième confinement.

- **En vague 18 (23-25 novembre)**, aucune évolution statistiquement significative des indicateurs (anxiété, dépression, satisfaction de vie, problèmes de sommeil) n'a été observée par rapport à la vague précédente (vague 17, 4-6 novembre) (Figure 47).
- On observe cependant, depuis la vague 15 (21-23 septembre), une **augmentation continue des états dépressifs déclarés. Leur prévalence a plus que doublé entre fin septembre (11% en vague 15) et fin novembre (23% en vague 18)**. Les hausses les plus importantes ont été observées chez les jeunes (+18 points chez les 18-24 ans et les 25-34 ans), les étudiants (+29 points) et les inactifs (+16 points), les personnes déclarant une situation financière très difficile (+18 points), en situation de chômage partiel (+19 points), celles déclarant une forte promiscuité au sein de leur logement (+19 points) et celles vivant seules (+15 points).
- Les **problèmes de sommeil** présentent un niveau supérieur à celui observé en début de confinement (vague 2, 30 mars-1^{er} avril) et se maintiennent à un niveau élevé (supérieur à 65%).

Figure 47. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 18) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 1 ou 2 selon l'indicateur), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période post-confinement (vague 7), test de Wald ajusté, $p < 0,05$. HAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

• **En vague 18**, les profils de population ayant **une santé mentale plus dégradée** sont (Tableau 10) :

- les personnes déclarant **des antécédents de trouble psychologique**, celles déclarant une **situation financière très difficile**, **les femmes** et **les 25-34 ans** pour les trois indicateurs : anxiété, dépression, problèmes de sommeil ;
- **es 18-34 ans** et les **catégories socioprofessionnelles défavorisées (CSP-)** pour les états anxieux et dépressifs ;
- les **25-49 ans** pour les problèmes de sommeil.

Tableau 10. Variables sociodémographiques associées à l'anxiété, la dépression et aux problèmes de sommeil. Enquête CoviPrev (vague 18 : 23-25 novembre), France métropolitaine, 2020

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Sexe	Femmes	Femmes	Femmes
Classe d'âge (en 5 classes)	18-24 / 25-34 ans	18-24 / 25-34 ans	25-34 / 35-49ans
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	CSP- / Inactifs	CSP- / Inactifs	--
Situation financière perçue	Très difficile	Très difficile	Juste / Très difficile
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^b	--	--	--
Antécédents de trouble psychologique	Oui	Oui	Oui

Note de lecture. Les associations entre chacun des trois indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (test de Wald ajusté, $p < 0,05$). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à un trouble plus élevé, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. -- signifie qu'aucune modalité de la variable sociodémographique n'est associée au trouble considéré.

^aHAD : Hospital Anxiety and Depression scale. ^bFacteurs de risque de développer une forme grave de COVID-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC>30).

• **En vague 18**, indépendamment des facteurs sociodémographiques et des conditions de vie durant l'épidémie, **les facteurs cognitifs (perception de la situation épidémique et des mesures de prévention)** associés à **une santé mentale plus dégradée** sont (Tableau 9) :

- le fait de percevoir les mesures de prévention comme **peu efficaces et contraignantes** et de **se sentir vulnérable au risque d'infection par le coronavirus (SARS-CoV-2)** pour les trois indicateurs (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) ;
- le fait de **percevoir la COVID-19 comme grave** pour l'anxiété et les problèmes de sommeil ;
- le fait de **se sentir peu capable d'adopter les mesures de prévention** pour l'anxiété et la dépression.

• **En vague 18**, indépendamment des facteurs sociodémographiques et des conditions de vie durant l'épidémie, **les facteurs affectifs (émotions ressenties vis-à-vis de la situation épidémique et des mesures de prévention)** associés à **une santé mentale plus dégradée** sont (Tableau 11) :

- **l'inquiétude à l'égard de la santé et de la situation économique** pour l'anxiété et les problèmes de sommeil ;
- **la colère et l'impuissance** pour les états anxieux et dépressifs ;
- **le sentiment de déprime** pour l'anxiété et les problèmes de sommeil et la **solitude et l'isolement** pour la dépression.

Tableau 11. Déterminants cognitifs et affectifs associés à l'anxiété, la dépression et aux problèmes de sommeil. Enquête CoviPrev (vague 18 : 23-25 novembre), France métropolitaine, 2020

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Déterminants cognitifs			
Percevoir les mesures de prévention comme peu efficaces	***	**	***
Percevoir les mesures de prévention comme contraignantes	***	***	*
Moindre approbation et adoption des mesures de prévention par les proches (norme sociale perçue)	--	--	--
Se sentir peu capable d'adopter les mesures de prévention	**	*	--
Percevoir la COVID-19 comme grave	***	--	**
Se sentir vulnérable au risque d'infection par le coronavirus (SARS-CoV-2)	***	***	*
Déterminants affectifs			
Inquiétude à l'égard de la santé	***	--	***
Inquiétude à l'égard de la situation économique	*	--	*
Frustration	--	--	--
Colère	***	**	--
Déprime	***	∅	***
Solitude	--	***	--
Isolement	--	**	--
Peur	∅	--	--
Impuissance	***	**	--

Notes de lecture : L'association entre les déterminants cognitifs et affectifs et les trois indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) était testée, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées à la situation épidémique et des autres facteurs cognitifs (modèles de régression logistique, test de Wald au seuil de .05), ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$; -- : association non significative ($p > 0,05$).

L'association entre les déterminants affectifs et les trois indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) était testée, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées aux conditions de vie durant l'épidémie et des autres facteurs affectifs (modèles de régression logistique, test de Wald au seuil de .05), ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$; -- : association non significative ($p > 0,05$). ∅ déterminant affectif non introduit dans le modèle d'analyse. ^aHAD : Hospital Anxiety and Depression scale

► Acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19

Acceptabilité en population générale

Les données proviennent de l'**Enquête Santé publique France CoviPrev** : enquêtes répétées auprès d'échantillons indépendants de 2 000 adultes, résidant en France métropolitaine. Données de la vague 17 (du 4 au 6 novembre 2020) et de la vague 13 (du 20 au 22 juillet 2020).

• En novembre 2020, seule la moitié des personnes interrogées (53%) répondait vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la COVID-19. Ce résultat est en baisse par rapport au mois de juillet quand 64% disaient avoir l'intention de le faire. Les hommes, les CSP+ et les personnes les plus âgées sont les plus enclins à se faire vacciner (Tableau 12).

Tableau 12. Intentions de se faire vacciner contre la COVID-19 selon l'âge, le sexe et la catégorie socio-professionnelle (CSP). Enquête CoviPrev (4-6 novembre), France métropolitaine, 2020

	Sexe		Âge (année)					CSP en 3 classes		
	Homme	Femme	18-24	25-34	35-49	50-64	≥65	CSP +	CSP -	Inactifs
N (100%)	933	1067	164	312	530	533	461	981	758	261
Oui, certainement ou probablement	64%	44%	46%	33%	47%	58%	72%	60%	47%	45%

• En juillet 2020, parmi les 728 personnes (36%) qui ne souhaitaient pas être vaccinées, les *raisons citées le plus souvent pour ne pas le faire étaient* : « les nouveaux vaccins ne sont pas sûrs » (67%) ; « je préfère d'autres moyens de prévention comme les gestes barrières » (33%) ; « je suis contre la vaccination en général » (18%). A contrario, dans ce même groupe, les raisons qui pousseraient à le faire étaient : « des informations qui prouvent l'efficacité et la sûreté des vaccins » (39%), « la protection de mes proches » (21%) et 34% déclaraient : « aucune raison ne me ferait changer d'avis ».

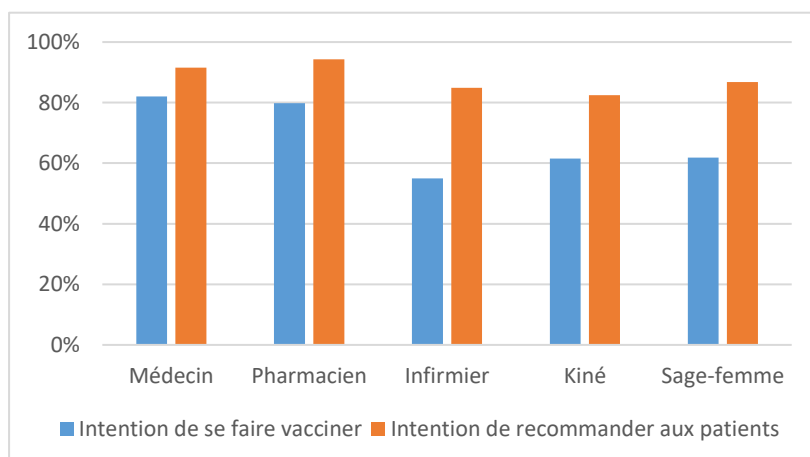
Acceptabilité pour les professionnels de santé libéraux

Les données proviennent de l'**Enquête « Professionnels de santé, prévention et COVID-19 »**, menée par Santé publique France du 13 octobre au 5 novembre 2020 auprès de 1 509 professionnels de santé libéraux représentatifs, résidant en France métropolitaine.

• En moyenne, 68% des professionnels de santé libéraux interrogés répondaient vouloir se faire vacciner contre ce virus, avec des différences importantes entre les professions : 8 sur 10 médecins généralistes et pharmaciens souhaitaient être vaccinés contre 55% des infirmiers interrogés (Figure 48).

• Un plus grand nombre, 88%, conseilleraient à leurs patients de se faire vacciner contre la COVID-19.

Figure 48. Part des professionnels de santé ayant l'intention de se faire vacciner ou de conseiller à la patientèle de se faire vacciner contre la COVID-19



SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 48 (du 23 au 29 novembre 2020), **les indicateurs de suivi de l'épidémie de la COVID-19 montraient une diminution importante de la circulation du SARS-CoV-2 en France.**

Au niveau national, en semaine 48, le nombre de nouveaux cas confirmés par test RT-PCR ou par test antigénique était estimé à 75 096. Ce nombre était en diminution (S47 : 114 104, soit -34%) pour la quatrième semaine consécutive. En semaine 48, le taux national d'incidence des cas confirmés de COVID-19 était de 112/100 000 habitants.

Depuis le 09 novembre 2020, les nouveaux cas confirmés de SARS-CoV-2 sont estimés comme le **nombre de patients confirmés positifs par test RT-PCR (données SI-DEP) ou par test antigénique (données de l'Assurance maladie, source Contact-COVID).** L'intégration des cas confirmés par test antigénique renseignés dans l'outil SI-DEP depuis le 16 novembre, pour le calcul des différents indicateurs sera rendu disponible à partir de la semaine prochaine.

Les taux d'incidence, de positivité et de dépistage portant uniquement sur les tests RT-PCR étaient également en diminution dans toutes les classes d'âge.

En médecine générale, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles restait comparable à celui de la semaine précédente (79/100 000 habitants en S48 vs 67 en S47).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était **en diminution en semaine 48** (-20% entre S47 et S48) dans toutes les classes d'âge.

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), incluant les établissements d'accueil pour personnes âgées, le nombre de cas confirmés, après avoir augmenté jusqu'en semaine 45, diminue depuis la semaine 46 chez les résidents comme chez le personnel. Le nombre de nouveaux décès liés à la COVID-19 survenus chez les résidents montrait une tendance à la stabilisation en semaine 47. Il est nécessaire d'attendre la consolidation des données des dernières semaines pour confirmer les tendances.

Une diminution du nombre de **passages pour suspicion de COVID-19 aux urgences** était également observée en S48 (-29% comparé à S47) dans toutes les classes d'âge.

En milieu hospitalier, le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a continué de diminuer en semaine 48, avec 9 382 nouvelles hospitalisations déclarées vs 13 585 en S47 (-31%), confirmant le passage du pic des nouvelles hospitalisations en semaine 45.

La diminution du **nombre de nouvelles admissions en réanimation s'est également poursuivie en S48,** avec 1 391 nouvelles admissions en S48 (soit -33% par rapport à S47).

Le 1^{er} décembre 2020, 27 639 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France, dont 3 605 en réanimation. Le nombre de patients en cours d'hospitalisation et en cours d'hospitalisation en réanimation diminue depuis le 16 novembre 2020.

Les estimations du R-effectifs (R-eff) permettent de décrire la dynamique de l'épidémie : lorsque le R-eff est significativement supérieur à 1, ceci signifie que l'épidémie est en progression, lorsqu'il est égal à 1, l'épidémie se stabilise, lorsqu'il est inférieur à 1, l'épidémie régresse.

Les estimations du taux de reproduction étaient inférieures à 1 en France métropolitaine à partir des 3 sources de données (nombre de nouveaux cas confirmés (SI-DEP), nombres de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR[®]), nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC)). Ces indicateurs restaient stables par rapport aux estimations de la semaine précédente.

Les estimations étaient inférieures à 1 à partir des trois sources dans l'ensemble des régions. Seule la Guyane, présentait une estimation du R-eff supérieure à 1 mais de façon non significative à partir des passages aux urgences (OSCOUR[®]) et inférieure à 1 pour les estimations issues des deux autres sources (SI-DEP et SI-VIC).

Le R-eff calculé à partir des données SI-DEP pourrait être en partie sous-estimé du fait de l'absence de prise en compte des cas diagnostiqués par tests antigéniques. Les valeurs de R-eff ne doivent pas être interprétées de façon isolée, mais doivent être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse de la situation locale.

En semaine 47, le nombre hebdomadaire de décès estimé à partir des décès survenus en milieu hospitalier et dans les établissements médico-sociaux (décès survenus à domicile non inclus) avait diminué pour la première fois depuis la semaine 32, avec **3 889 décès** vs 4 383 en S46 (soit -11,3%, données consolidées). En semaine 48, cette diminution semble se poursuivre, mais devra être confirmée par la consolidation des données.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 4 octobre 2020). Une légère diminution s'était amorcée en semaine 46 et semblait plus marquée en semaine 47. Au niveau national, l'excès de mortalité était compris entre +6% et +7% entre les semaines 40 à 42, il était de +21% sur la semaine 43, +26% en semaine 44, +32% en semaine 45 et +30% en semaine 46. **L'excès de mortalité a atteint un niveau exceptionnel au cours des semaines 45 et 46.** 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 47 sera précisée la semaine prochaine.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

Si l'ensemble des régions métropolitaines était encore fortement touché par l'épidémie en semaine 48, les régions **Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Provence-Alpes-Côte d'Azur restaient les plus impactées.**

En semaine 48, les taux d'hospitalisation et de nouvelles admissions en réanimation ont diminué dans toutes les régions métropolitaines, excepté en Corse, où le taux d'hospitalisations en réanimation a augmenté en comparaison avec la semaine précédente.

Les plus forts taux d'hospitalisation ont été observés en Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne-Franche-Comté, et les plus forts taux d'admissions en réanimation en Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

En semaine 48, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 rapportés à la population (/100 000 habitants) étaient observés en Auvergne-Rhône-Alpes (9,66), Bourgogne-Franche-Comté (6,50), Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,75), et Centre-Val de Loire (4,57). L'évolution des décès était hétérogène en fonction des régions. Entre les semaines 46 et 47, une augmentation des décès était observée en Centre-Val-de-Loire (+39 %), Bretagne (+13 %) et Nouvelle-Aquitaine (+3%). Les données de la semaine 48 ne sont pas encore consolidées.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était supérieur à celui attendu en semaine 47 dans 9 régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Ile-de-France, Hauts-de-France, Occitanie, Normandie et Centre-Val-de-Loire. **La hausse de la mortalité a été plus particulièrement marquée en Auvergne-Rhône-Alpes**, où l'excès de décès a atteint un niveau exceptionnel au cours des semaines 44 à 47.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

• **En Guyane**, une **stabilisation** du taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR était observée en semaine 48 ainsi qu'une diminution des taux de positivité des tests RT-PCR. Le taux d'hospitalisation était en augmentation (9,3 vs 2,1/100 000 habitants).

• **En Guadeloupe**, la diminution de la circulation virale se poursuivait avec une diminution des indicateurs SI-DEP en S48 (taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR, taux de positivité). Le taux hebdomadaire d'hospitalisation était en diminution et le taux d'admission en réanimation s'était stabilisé

• **À La Réunion**, en **Martinique** et à **Mayotte**, les indicateurs SI-DEP étaient en diminution en S48 (taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR, taux de positivité). Les taux hebdomadaires d'hospitalisation et d'admission en réanimation étaient en diminution.

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 restent les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que celles présentant des comorbidités. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 67% des personnes hospitalisées en réanimation et 90% des personnes décédées de COVID-19 depuis le début de l'épidémie.

La surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation montrait une proportion d'hommes plus élevée (71%) et 88% présentaient une comorbidité, dont les plus fréquentes étaient l'obésité, l'hypertension artérielle et le diabète. Pour plus d'un tiers des patients hospitalisés en réanimation pour COVID-19, un recours à la ventilation invasive a été nécessaire.

Les enfants sont très peu représentés chez les patients hospitalisés pour COVID-19 et parmi les décès (moins de 1%). De nouveaux cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) ont été signalés cet automne, portant à 287 le nombre de cas signalés depuis le 1^{er} mars 2020. L'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique chez l'enfant avec atteinte cardiaque lié à l'épidémie de COVID-19 est avérée, mais reste cependant rare. En France, **l'incidence des PIMS en lien avec la COVID-19 a été estimée à 13,5 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans.**

La surveillance spécifique des **professionnels travaillant dans les établissements de santé (PES)** mise en place depuis le 1^{er} mars rapportait, au 30 novembre 2020, 54 058 cas d'infections au SARS-CoV-2. Parmi ces cas, 18 sont décédés en lien avec leur infection à SARS-CoV-2. Aucun décès de professionnel survenu après début juin n'a été déclaré. Au cours de la seconde vague, le nombre maximal de cas a été rapporté en semaine 44 et est en diminution depuis, en cohérence avec les autres indicateurs épidémiologiques dans la population générale. Depuis le début de l'épidémie, en tenant compte des effectifs dans chacune des catégories professionnelles, les aides-soignants et les kinésithérapeutes sont les professions les plus impactées (respectivement 7,3% et 7,0% des professionnels ont été infectés).

Lors de la première vague, les régions rapportant la plus grande proportion de PES infectés dans les établissements participants, étaient celles les plus touchées par l'épidémie. Au cours de l'été, la proportion de PES infectés était faible dans toutes les régions, hormis la Guyane qui a atteint le pic épidémique courant juillet. Lors de la seconde vague, les différences régionales étaient moins marquées, en cohérence avec la diffusion de l'épidémie.

La participation à la surveillance s'est améliorée en septembre et au début du mois d'octobre par rapport au mois de juillet et août. La participation des établissements est importante pour disposer d'un recensement exhaustif. Les Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) et le Geres sensibilisent les établissements à cette surveillance régulièrement. Les professionnels de santé libéraux peuvent, s'ils ont été atteints par la COVID-19, participer à l'enquête proposée sur le site du Geres (<https://geres-covid.voozadoo.net/geres#!>), ouverte à tous les professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, et visant à documenter les circonstances de leur contamination.

En semaine 48, l'évolution des principaux indicateurs de **l'activité de suivi des contacts** réalisée par la Cnam confirme l'amélioration de la situation épidémiologique amorcée depuis 4 semaines : **diminution importante du nombre de cas confirmés et de personnes-contacts à risque**, stabilisation du nombre de personnes-contacts par cas à un niveau bas (1,4 en S48). Néanmoins, la proportion de cas précédemment connus comme contact (22,2% en S48) connaît une légère diminution, ce qui suggère que l'identification des chaînes de transmission ne bénéficie pas pleinement de cette amélioration. L'ensemble de ces indicateurs sera à suivre de près dans les prochaines semaines à la suite de l'allègement des mesures de confinement et à confronter aux résultats des autres systèmes de surveillance.

Parmi les cas symptomatiques, le délai moyen entre la survenue des premiers signes cliniques et la date de prélèvement diminue à 2,6 jours en S48 au niveau national, mais reste nettement plus élevé dans les départements ultra-marins, notamment en Guadeloupe et en Martinique. Il semble donc nécessaire, dans les départements d'outre-mer, de renforcer les messages pour inciter les personnes symptomatiques à se faire tester au plus vite, voire d'améliorer leur accès au test avec notamment le déploiement des tests antigéniques.

La base Contact-Covid confirme l'augmentation du recours aux tests antigéniques pour le diagnostic, associée à une diminution du délai de dépistage. Cependant, le nombre de tests antigéniques issu de Contact-Covid reste sous-estimé, en particulier pour des dépistages réalisés à l'initiative de collectivités

locales ou d'entreprises. Les cas de 65 ans et plus ont été moins fréquemment investigués que les cas plus jeunes. Ces disparités peuvent s'expliquer par le fait que les personnes les plus âgées sont plus souvent en institution, hospitalisées et sans accès à un mail ou à un téléphone portable. Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était moins important chez les 65 ans et plus. Pour ces personnes, un meilleur respect des mesures barrières et/ou une moins bonne identification des personnes-contacts à risque sont deux hypothèses pouvant expliquer ce résultat. La meilleure observance des mesures barrières dans cette classe d'âge est notamment en accord avec les données de l'enquête Coviprev. Les délais de dépistage étaient plus longs chez les personnes de 65 ans et plus, ce qui suggère un moindre accès au test, possiblement en lien avec des difficultés de déplacement. Les personnes les plus âgées sont également rarement des personnes-contacts des cas plus jeunes, possiblement en raison des campagnes de sensibilisation répétées concernant leur plus grande fragilité vis-à-vis de la maladie. Les messages de prévention, les mesures de couvre-feu et de confinement ont pu conduire à une séparation des personnes les plus âgées du reste de la population. Si cette distanciation a pu agir sur la transmission du virus vers les plus âgés, il reste à en mesurer les conséquences psycho-sociales.

► Prévention

Les résultats de deux études concernant **l'acceptabilité du vaccin contre la COVID-19** sont présentés dans ce point épidémiologique.

En population générale, les résultats de l'enquête Coviprev, menée du 04 au 06 novembre 2020 (Vague 17) montre que **53% des personnes interrogées répondaient vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la COVID-19**. Ce pourcentage est en baisse par rapport aux données du mois de juillet (64%, Vague 13 : du 20 au 22 juillet). Les hommes, les CSP + (catégorie socioprofessionnelle) et les personnes les plus âgées étaient plus enclins à se faire vacciner.

Dans une enquête menée auprès des **professionnels de santé libéraux** entre mi-octobre et début novembre 2020, en moyenne, **68% des professionnels de santé libéraux interrogés répondaient vouloir se faire vacciner**. Près de 80% des médecins et pharmaciens interrogés souhaitaient se faire vacciner ; ce pourcentage était de 55% pour les infirmiers. Parmi les professionnels de santé interrogés, **88% conseilleraient la vaccination à leurs patients**.

Ces résultats mettent en exergue une réserve quant à la **vaccination contre la COVID-19**, dans le grand public, essentiellement liée à un **manque de données sur la sureté des vaccins**. Les professionnels de santé semblent plus enclins à vouloir se faire vacciner et à recommander la vaccination. L'information du public sur les bénéfices attendus de la vaccination mais aussi sur les effets secondaires possibles des vaccins est un volet essentiel afin que chacun puisse faire un choix éclairé.

Après une nette augmentation, les résultats de la nouvelle vague Coviprev (Vague 18 : du 23 au 25 novembre 2020), montre une stabilisation de **l'adoption systématique de toutes les mesures en lien avec la limitation de l'interaction sociale** dans toutes les classes d'âge. Les taux d'adoption systématiques sont élevés et supérieurs à 80% pour plusieurs mesures (porter un masque en public, saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades, éviter les rassemblement festifs), mais perfectibles pour d'autres car appliquées systématiquement par seulement 60% des personnes interrogées (éviter les regroupements et les réunions en face-face, garder une distance d'au moins un mètre, utiliser un mouchoir à usage unique). Cette stabilisation suit une nette augmentation observée entre les vagues 16 (19-21 octobre) et 17 (04-06 novembre 2020), soit lors de la mise en place du second confinement.

Le confinement ne doit pas faire oublier que toutes les mesures individuelles restent primordiales pour accélérer la baisse du nombre de cas attendu. Elles resteront essentielles, notamment dans la sphère privée pour contenir la circulation du virus une fois le confinement levé et ce, jusqu'à l'arrivée de vaccins ou de traitements efficaces.

► Santé mentale

La santé mentale des personnes interrogées s'est significativement dégradée depuis fin septembre, avec une augmentation importante des états dépressifs pour l'ensemble de la population (+12 points). Des hausses importantes ont été observées en particulier chez les jeunes adultes, les étudiants ou les personnes vivant seules, ainsi que chez les personnes déclarant une situation financière très difficile ou en situation de chômage partiel.

Du point de vue de la santé mentale, les situations diffèrent selon le vécu de la crise sanitaire (peur, inquiétude, colère et frustration, sentiment d'impuissance ou encore sentiment de solitude et d'isolement) et selon les contraintes qu'elle fait peser sur chaque individu (notamment en termes de difficultés financières).

Rappelons à ce titre, qu'il est important de ne pas rester seul face à ses difficultés et qu'il est bénéfique de pouvoir en parler. **Des dispositifs en ligne existent qui proposent à toute personne en détresse psychologique, une écoute, un accompagnement et une orientation** selon la nature des difficultés et des besoins exprimés (numéro national gratuit : 0 800 130 000, 24h/24, 7 jours/7 ; page ressource « santé mentale et COVID » sur le site Internet de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/coronavirus/sante-mentale>).

SOURCES DES DONNÉES

Le dispositif de surveillance du COVID-19 en population est assuré à partir de plusieurs sources de données afin de documenter l'évolution de l'épidémie en médecine de ville et à l'hôpital : recours au soin, admissions en réanimation, surveillance virologique et décès. Les objectifs de la surveillance sont de suivre la dynamique de l'épidémie et d'en mesurer l'impact en terme de morbidité et de mortalité. Ci-dessous, une description succincte de chaque surveillance avec sa date de début.

Réseau Sentinelles : nombre d'infections respiratoires aiguës observées en médecine générale et en pédiatrie permettant d'estimer le nombre d'IRA en France métropolitaine. Cette surveillance clinique est complétée par une surveillance virologique.

SurSaUD® (OSCOUR® et SOS Médecins) : données de recours aux services d'urgences et aux associations SOS Médecins pour une suspicion d'infection à COVID-19 (utilisation de codes spécifiques) (depuis le 24 février).

SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) : nombre d'hospitalisations pour COVID-19, patients en réanimation ou soins intensifs ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation rapportés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars).

IRA dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) : nombre d'épisodes de cas d'infection respiratoire basse (IRA) et de cas probables et confirmés de COVID-19 en ESMS ainsi que le nombre de cas et de décès par établissement (depuis le 28 mars).

Données de mortalité (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.

Mesures et suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale : évolution de l'adoption des mesures de protection et évolution de la santé mentale (niveau d'anxiété et de dépression (échelle HAD), niveau de satisfaction de vie actuelle).

Recensement des 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 sur les données depuis le 1^{er} mars 2020 (depuis le 22 avril 2020).

SI-DEP (Système d'information de dépistage) : plateforme sécurisée avec enregistrement systématique des résultats des laboratoires de tests pour SARS-CoV-2 (depuis le 13 mai).

Taux de reproduction effectif « R » : 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).

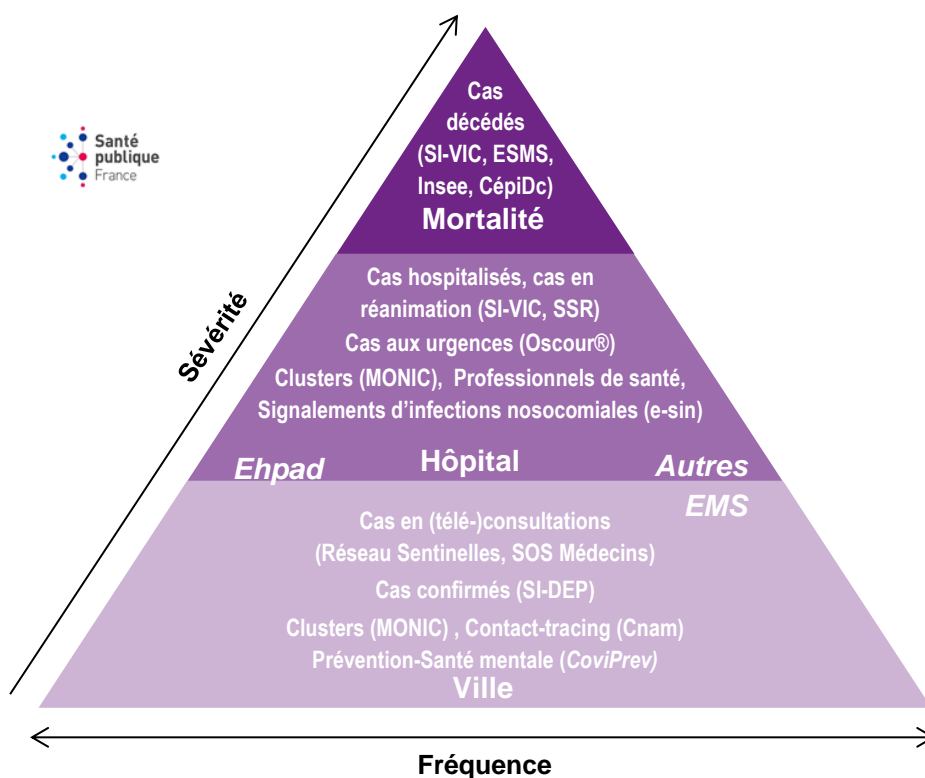
Suivi des contacts/ContactCovid (Cnam) : données issues de l'activité de suivi des contacts autour des cas de Covid-19, renseignées dans le système d'information ContactCovid géré par la Cnam (depuis le 13 mai).

Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS): signalement, à Santé publique France, par les pédiatres hospitaliers des cas de syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique possiblement en lien avec le COVID-19 (depuis le 30 avril).

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 du 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.

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Sophie Vaux, Christine Campese, Nelly Fournet, Fanny Chereau, Nicolas Méthy, Judith Benrekassa, Daniel Lévy-Bruhl

Systèmes de surveillance : Clara Blondel, Julie Figoni, Josiane Pillonel, Imene Horrigue, Fatima Aït Belghiti, Christophe Bonaldi, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Julien Durand, Myriam Fayad, Anne Fouillet, Yann Le Strat, Etienne Lucas, Camille Pelat, Isabelle Pontais, Marie Michèle Thiam, Cécile Sommen, Ghaya Ben Hmidene, Anne Berger Carbonne, Mathias Bruyand, Mélanie Colomb Cotinat, Laure Fonteneau, Scarlett Georges, Laetitia Gouffé-Benadiba, Katia Hamdad, Yu Jin Jung, Camille Le Gal, Alexandra Mailles, Frédéric Moisans, Elisabeth Pinto, Isabelle Poujol de Molliens, Alexandra Septfons, Anne Laporte, Patrick Rolland, Guillaume Spaccaferri, Pierre Arwidson, Isabelle Bonmarin, Linda Lasbeur, Zoé Heritage, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Enguerrand du Roscoät, Julian Rozenberg, Agnès Verrier

Avec l'ensemble des équipes de Santé publique France aux niveaux national et régional

Contact presse

Vanessa Lemoine /

Tél : +33 (0)1 55 12 53 36 / presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion

Santé publique France

12 rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice

Tél : +33 (0)1 41 79 67 00 / www.santepubliquefrance.fr

Date de publication

3 décembre 2020