

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'infectiologie, 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 09 décembre 2020.**

► Points clés

En semaine 49, évolution préoccupante de l'épidémie du fait d'une très faible diminution de la circulation du SARS-CoV-2, après quatre semaines de forte décroissance suite au passage du pic épidémique de la seconde vague

- Ralentissement de la diminution du nombre de nouveaux cas (-6% vs -31% la semaine précédente)
- Stabilisation du taux de positivité
- Diminution très modérée du nombre des hospitalisations et admissions en réanimation
- Stabilisation de l'évolution des principaux indicateurs de l'activité de suivi des contacts
- Maintien des indicateurs à un niveau élevé
- Régions les plus touchées : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est

Mortalité

- Mortalité élevée
- Excès de mortalité très élevé en Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne-Franche-Comté

Prévention

- Maintien nécessaire des mesures de prévention individuelles et de réduction des contacts
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais

Les nouvelles méthodes de calcul des indicateurs issus des données SI-DEP ne modifient pas les tendances et les interprétations de la dynamique de l'épidémie

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires semaine 49* (du 30 novembre au 06 décembre 2020)

	S49	S48**	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19, tests RT-PCR et antigéniques (SI-DEP)	72 121	76 500	-6%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2, tests RT-PCR et antigéniques (SI-DEP)	6,4%	6,5%	-0,1 point
Taux de dépistage (/100 000 habitants) pour SARS-CoV-2 tests RT-PCR et antigéniques (SI-DEP)	1 685	1 767	-5%
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 152	2 401	-10%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	4 889	5 453	-10%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	8 424	9 247	-9%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 127	1 346	-16%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et les décès en EHPA et autres EMS)	2 589	3 204	-19%

** Données consolidées

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 08 décembre 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	236 755
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et les décès en EHPA et autres EMS)	56 352

*Indicateurs SI-DEP selon les nouvelles méthodes de calcul



► Point de situation en semaine 49 (du 30 novembre au 06 décembre 2020)

La semaine 49 (du 30 novembre au 06 décembre) est marquée par une **évolution préoccupante de l'épidémie, du fait d'une très faible diminution de la circulation du SARS-CoV-2 en France** après quatre semaines de forte décroissance de l'épidémie. Suite au passage du pic épidémique des cas confirmés en semaine 44 et à la diminution importante observée du nombre de cas jusqu'en semaine 48, un net ralentissement de la diminution des nouvelles contaminations de SARS-CoV-2 est observé en semaine 49.

Les indicateurs se maintiennent à un niveau élevé et, en semaine 49, comme la semaine précédente, 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 02 au 08 novembre 2020), les nouvelles hospitalisations et les admissions en réanimation étaient en diminution pour la quatrième semaine consécutive, mais la baisse observée en semaine 49 étaient plus modérée que celle de la semaine précédente.

En semaine 49, **l'évolution des principaux indicateurs de l'activité de suivi des contacts se stabilise**, après quatre semaines de forte diminution.

Le nombre de **nouveaux décès liés à la COVID-19 avait diminué en semaines 47 et 48, mais restait très élevé en semaine 49**, avec des évolutions contrastées selon les régions. La tendance à la diminution observée en semaine 49 reste à confirmer dans les prochaines semaines du fait du délai de consolidation plus long des données de mortalité.

Après quatre semaines de décroissance de l'épidémie, **l'évolution actuelle de l'épidémie suggère un risque élevé de voir la circulation du virus SARS-CoV-2 à nouveau augmenter dans les prochaines semaines** en France et appelle à la plus grande vigilance, notamment dans la perspective des fêtes de fin d'année. Dans ce contexte, **les mesures de prévention et de distanciation sociale restent essentielles. 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 suivi des contacts et d'isolement rapide.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	14
CAS CONFIRMÉS DE COVID-19	21
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	23
SURVEILLANCE AUX URGENCES	26
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	27
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	29
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	37
SITUATION INTERNATIONALE.....	43
PRÉVENTION	46
SYNTHÈSE	50
SOURCES DES DONNÉES	55

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

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

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

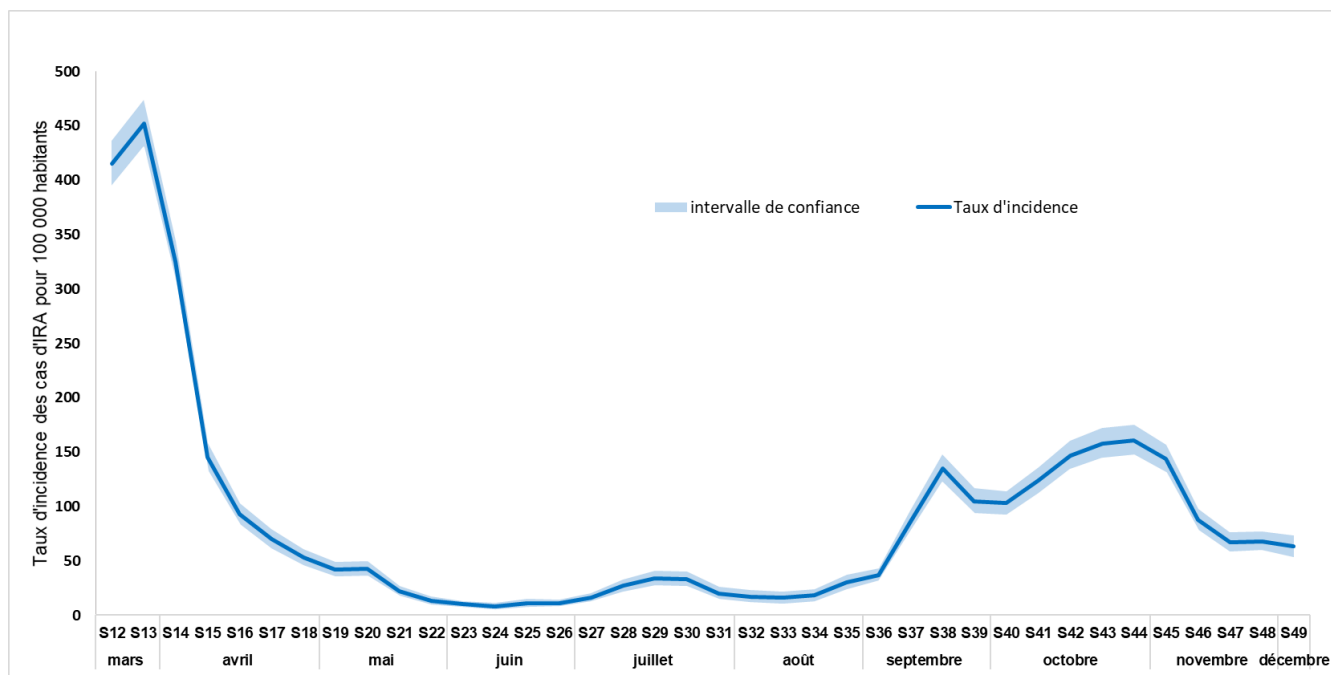
Les résultats des deux dernières semaines seront consolidés dans les prochaines semaines.

• **En semaine 49** (du 30 novembre au 06 décembre 2020), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 63/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [53-73]) en France métropolitaine, relativement stable par rapport à celui de la semaine 48 : 68/100 000 habitants (IC95% : [59-77]) (Figure 1).

• **En semaine 49**, sur les 20 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, 2 se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2 et 5 positifs pour un rhinovirus. Aucun n'était positif pour un virus grippal.

• Depuis la semaine 37, sur les 438 prélèvements effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés sur prélèvement nasopharyngé, 89 (20%) se sont révélés positifs pour le SARS-CoV-2, 190 (43%) 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, **153 698 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 08 décembre 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

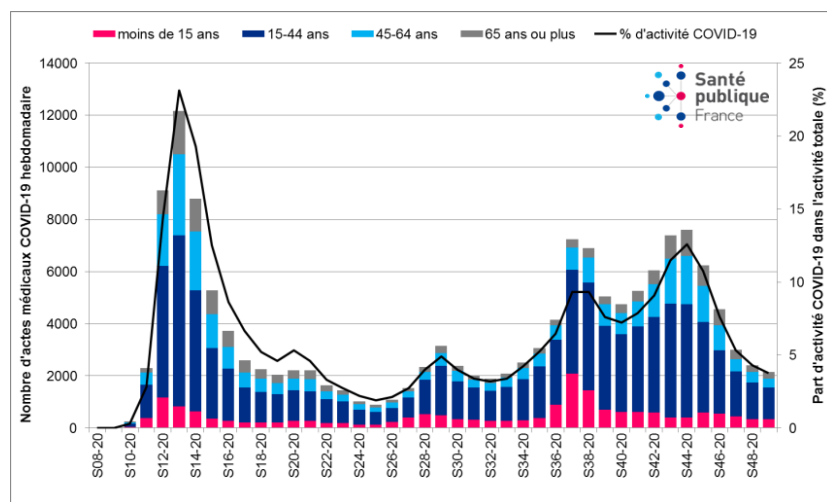
- **En semaine 49** (du 30 novembre au 06 décembre 2020), **2 152 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes étaient enregistrés en Auvergne-Rhône-Alpes (16%), Île-de-France (15%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (12%), Nouvelle-Aquitaine (11%), Hauts-de-France (10%) et Grand Est (10%).

- Un ralentissement de la baisse du **nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19** est observé **en semaine 49**, avec une proportion de -10% enregistrée (vs -20% en S48) (2 152 en S49 vs 2 401 en S48 – données consolidées).

- Cette baisse était **plus marquée chez les adultes (-11% soit -233 actes) que chez les enfants (-5% soit -17 actes)**. Cette diminution était observée dans la majorité des régions et était plus marquée en Auvergne-Rhône-Alpes (-22%, soit -97 actes), Île-de-France (-16% soit -61 actes), Pays-de-la-Loire (-26% soit -31 actes) et Hauts-de-France (-16% soit -31 actes). On observait toutefois une hausse des actes, avec des effectifs modérés, en Bourgogne-Franche-Comté (+13% soit +12 actes) et dans le Grand Est (+21% soit +39 actes).

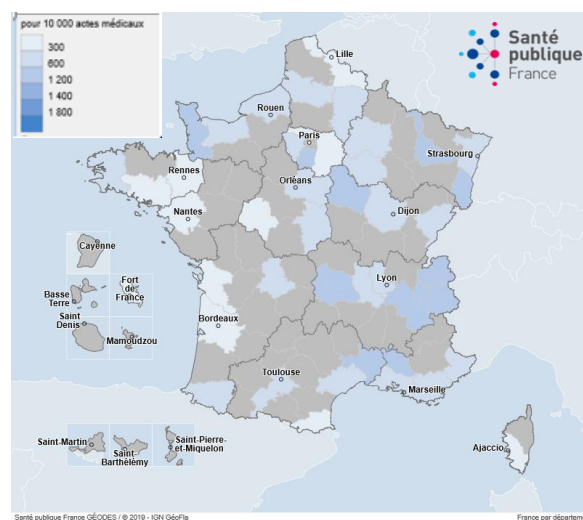
- La **part des actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était également en baisse à 3,8% (vs 4,3% en S48) (Figure 2).

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 49/2020, 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 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. Lorsque le code postal de la personne testée est disponible, les données sont attribuées au département et région de résidence ; lorsqu'il ne l'est pas, les données ne sont prises en compte que pour les analyses nationales (région et département non disponibles). Les tests antigéniques réalisés en laboratoire (TDR), ainsi que ceux réalisés hors laboratoire (TROD) pour le diagnostic et le dépistage de la COVID-19, saisis respectivement depuis le 17 octobre et le 16 novembre, sont désormais pris en compte dans les indicateurs SI-DEP.

► Évolution des méthodes et impact sur les indicateurs issus des données SI-DEP

À partir du 08 décembre 2020, les données présentées prennent en compte des changements de calcul des indicateurs, sans impact sur les interprétations de la dynamique de l'épidémie (cf tableau supplémentaire ci-dessous) :

- **Intégration dans les indicateurs des résultats des tests antigéniques** disponibles dans la base SI-DEP. Cette intégration des tests antigéniques modifie mécaniquement à la hausse le taux d'incidence, mais la tendance de la dynamique de l'épidémie reste identique.
- **Nouveau calcul du nombre de personnes testées** : ce nombre est calculé sur une période donnée (7 jours par exemple) et correspond au nombre de personnes ayant réalisé au moins un test pendant cette période et qui n'ont jamais été testées positives dans les 60 jours précédant ce test.
- **Nouveau calcul du nombre de personnes testées positives** : ce nombre correspond au nombre de personnes qui présentent un test positif soit pour la première fois, soit plus de 60 jours après un précédent test positif pour prendre en compte les réinfections liées à la COVID-19. Le changement de calcul n'a pas d'impact significatif sur le taux d'incidence car les tests positifs à plus de 60 jours d'intervalle sont très rares. Selon ce nouveau calcul, le taux de positivité diminue mécaniquement par rapport à celui qui résultait de l'ancien calcul ; à l'inverse, le taux de dépistage augmente mécaniquement. Pour autant, les tendances au cours du temps de ces deux indicateurs sont les mêmes que celles communiquées jusqu'à présent.

Ce nouveau mode de calcul, centré sur la personne, est plus précis pour estimer la prévalence du virus dans la population testée. Il est désormais appliqué à l'ensemble des indicateurs produits et disponibles sur Géodes depuis mai 2020.

	Semaine 49	Semaine 48	Évolution
Nouveaux cas confirmés (N)			
Ancienne méthode de calcul	71 950	76 338	-6%
Nouvelle méthode de calcul	72 121	76 500	-6%
Taux d'incidence (/100 000 habitants)			
Ancienne méthode de calcul	107	114	-6%
Nouvelle méthode de calcul	107	114	-6%
Taux de positivité (%)			
Ancienne méthode de calcul	9,9	10,1	-0,2 point
Nouvelle méthode de calcul	6,4	6,5	-0,1 point
Taux de dépistage (/100 000 habitants)			
Ancienne méthode de calcul	1 079,3	1 125,4	-4%
Nouvelle méthode de calcul	1 685,6	1 766,6	-5%

Pour en savoir + voir [communiqué de presse du 8 décembre 2020](#) et [Géodes](#)

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

- Au niveau national, en semaine 49, **72 121 nouveaux cas confirmés** ont été rapportés, **nombre en légère diminution** par rapport à celui de la semaine 48 où 76 500 nouveaux cas avaient été rapportés, soit -6%.
- **Le taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était en S49 de **6,4%** (calculé sur les patients testés et dont les tests sont valides), **stable** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (6,5% en S48) (Figure 4).
- **Le taux national d'incidence** des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **107 cas/100 000 habitants** en S49 et **en légère diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (114 cas /100 000 hab. en S48, -6%) (Figure 5).
- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **1 685/100 000 habitants**, **en diminution** par rapport à la semaine 48 (1 767/100 000 hab., -5%) (Figure 5).

Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 09 décembre 2020)

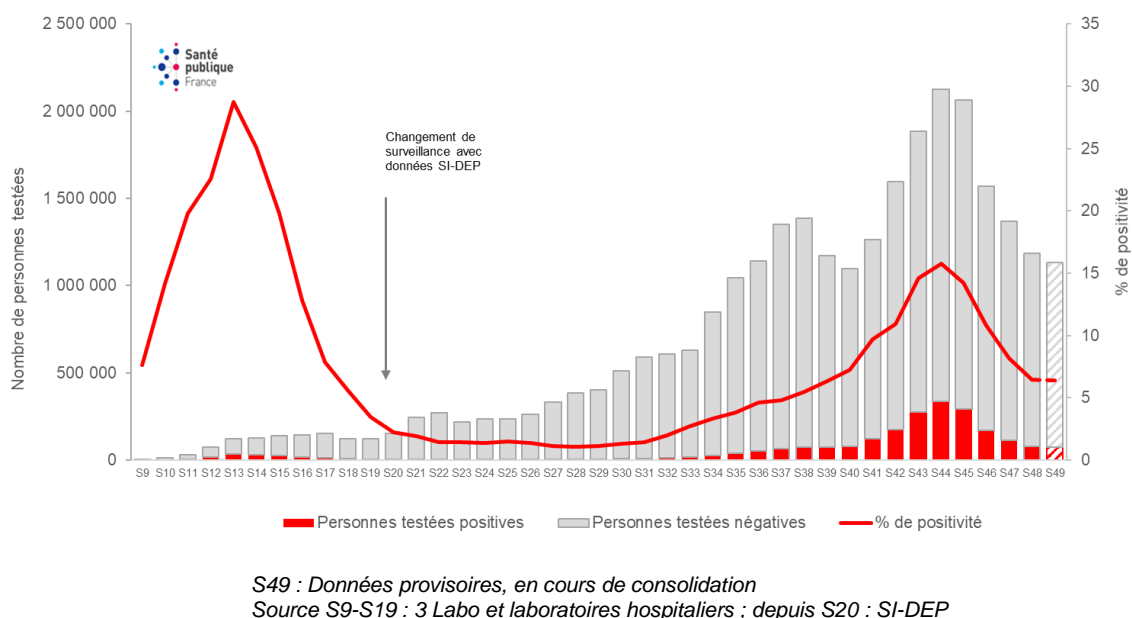
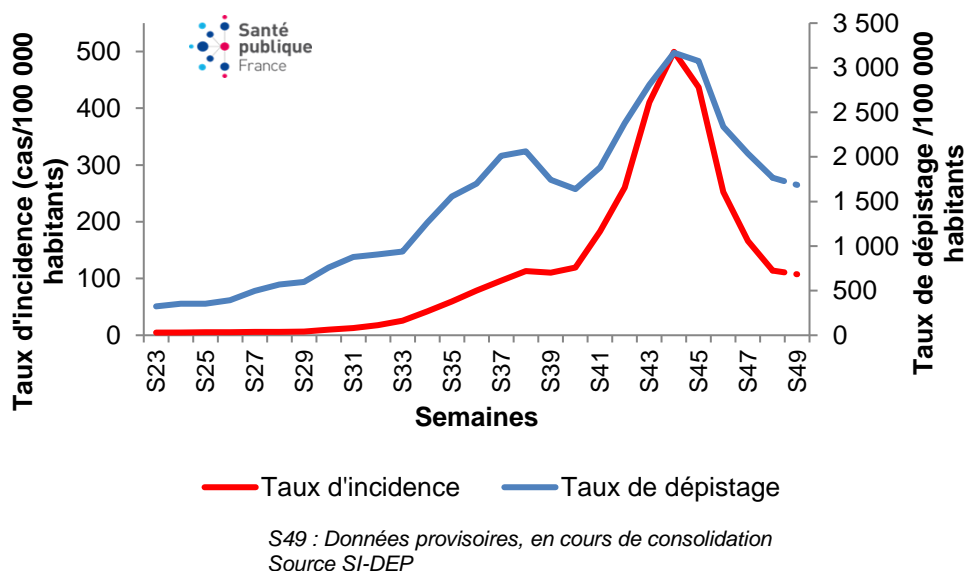
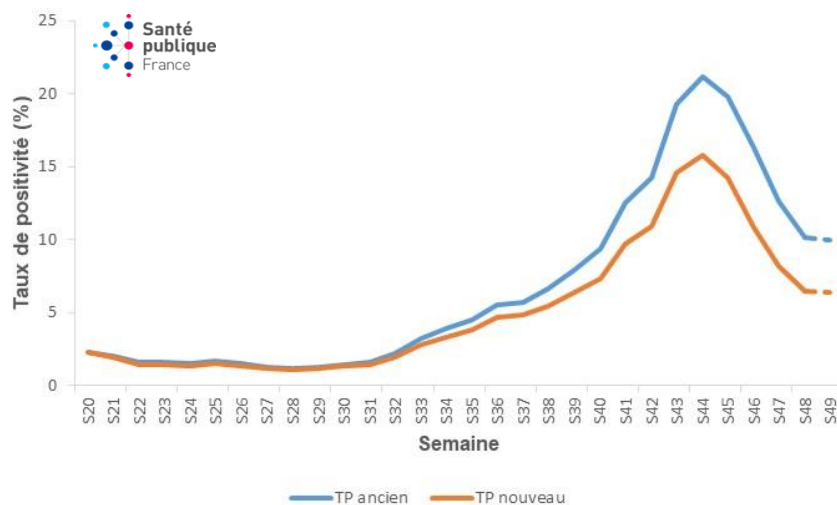


Figure 5. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage (/100 000 habitants), par semaine, depuis la semaine 23/2020, France (données au 09 décembre 2020)



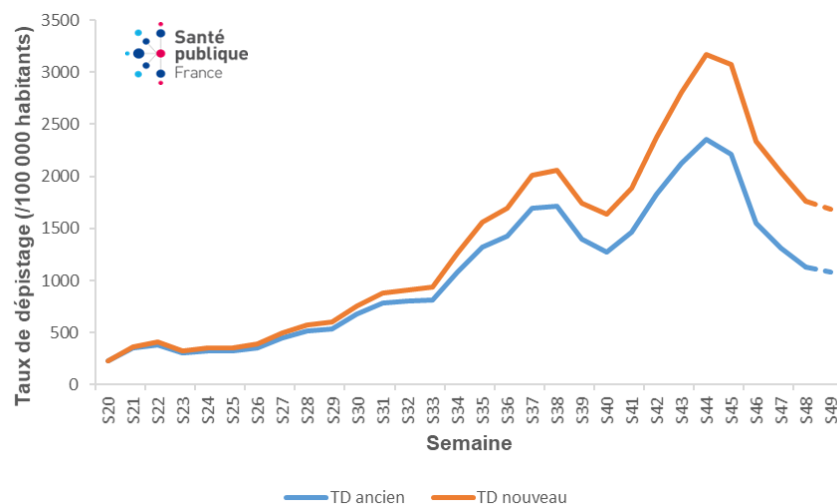
- Les nouvelles méthodes de calcul des indicateurs issus des données SI-DEP ne modifient pas les tendances pour le taux de positivité (Figure 6) et le taux de dépistage (Figure 7).

Figure 6. Évolution du taux de positivité (%) par semaine selon l'ancienne et la nouvelle méthode de calcul, depuis la semaine 20/2020, France (données au 09 décembre 2020)



S49 : Données provisoires, en cours de consolidation
Source SI-DEP

Figure 7. Évolution du taux de dépistage (/ 100 000 habitants) par semaine selon l'ancienne et la nouvelle méthode de calcul, depuis la semaine 20/2020, France (données au 09 décembre 2020)

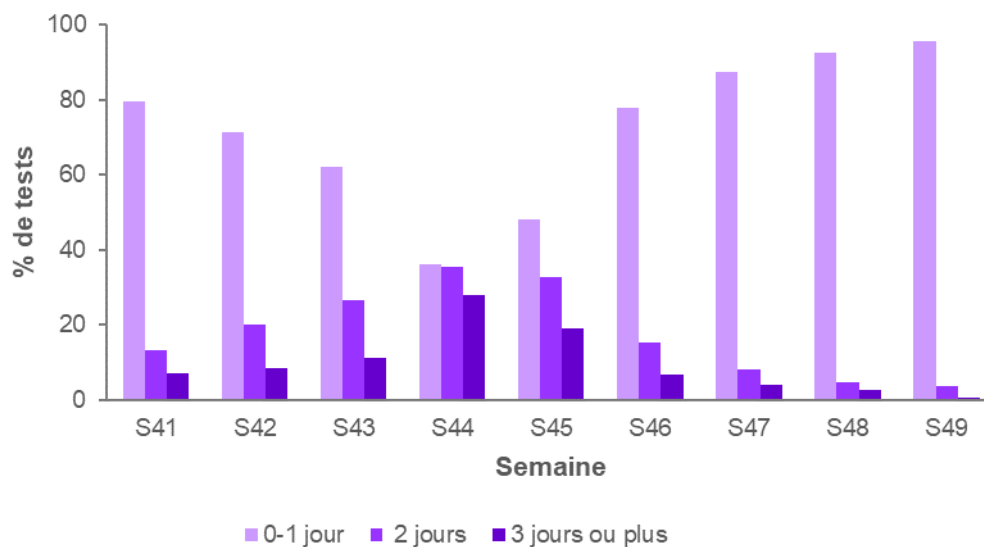


S49 : Données provisoires, en cours de consolidation
Source SI-DEP

• La proportion des tests effectués en S49 et intégrés dans la base SI-DEP de Santé publique France le jour même ou le lendemain du prélèvement était de 96%, en augmentation par rapport à la semaine précédente (93% en S48) au profit d'une légère diminution de la part des tests intégrés le surlendemain (3,7% en S49 vs 4,7% en S48) (Figure 8). En S49, 99% des tests étaient intégrés dans SI-DEP moins de 3 jours après la date du prélèvement (97% en S48).

• 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 ([disponible sur le site de la Drees](#)).

Figure 8. Délai entre la date de prélèvement et l'intégration des données dans la base SI-DEP, S41 à S49/2020, France (données au 09 décembre 2020)



S49 : Données provisoires, en cours de consolidation
Source : SI-DEP

Analyse par classes d'âge

- En semaine 49, au niveau national, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 52 chez les 0-14 ans, 123 chez les 15-44 ans, 108 chez les 45-64 ans, 73 chez les 65-74 ans et 190 chez les 75 ans et plus (Figure 9a).

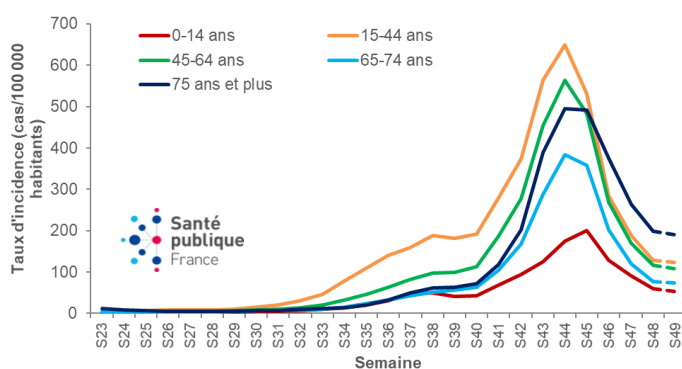
- En semaine 49, le **taux d'incidence a légèrement diminué par rapport à la S48 dans toutes les classes d'âge**. La diminution la plus marquée était observée chez les 0-14 ans (-12%) suivi par les 45-64 ans (-7%), puis les 65-74 ans (-5%), les 15-44 ans et les 75 ans et plus (-4% respectivement) (Figure 9a).

- En semaine 49, par rapport à la S48, le **taux de dépistage était en légère diminution dans toutes les classes d'âge** (Figure 9b). Ce taux est nettement plus élevé chez les 75 ans et plus depuis plusieurs semaines par comparaison aux autres classes d'âge.

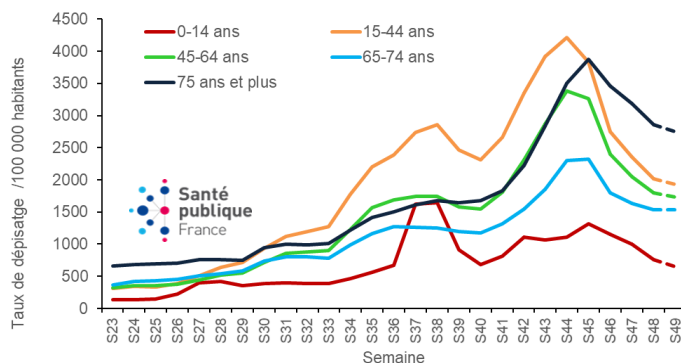
- En semaine 49, le **taux de positivité** des personnes testées était **relativement stable** par rapport à la S48 : chez les 0-14 ans (+0,31 point), les 15-44 ans (-0,01 point), les 45-64 ans (-0,20 point), les 65-74 ans (-0,25 point) et chez les 75 ans et plus (0 point) (Figure 9c).

Figure 9. Évolution des taux d'incidence (9a), de dépistage (9b) et de positivité (9c) des cas de SARS-CoV-2 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (données au 09 décembre 2020)

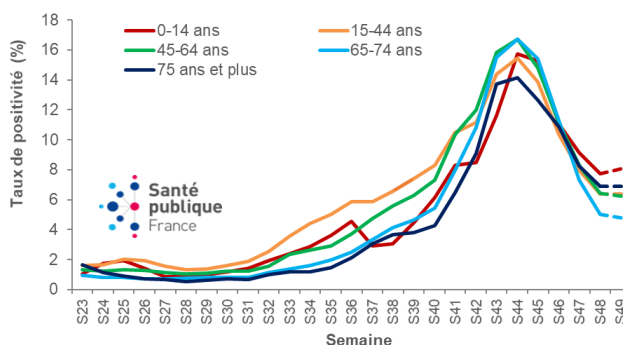
9a



9b



9c

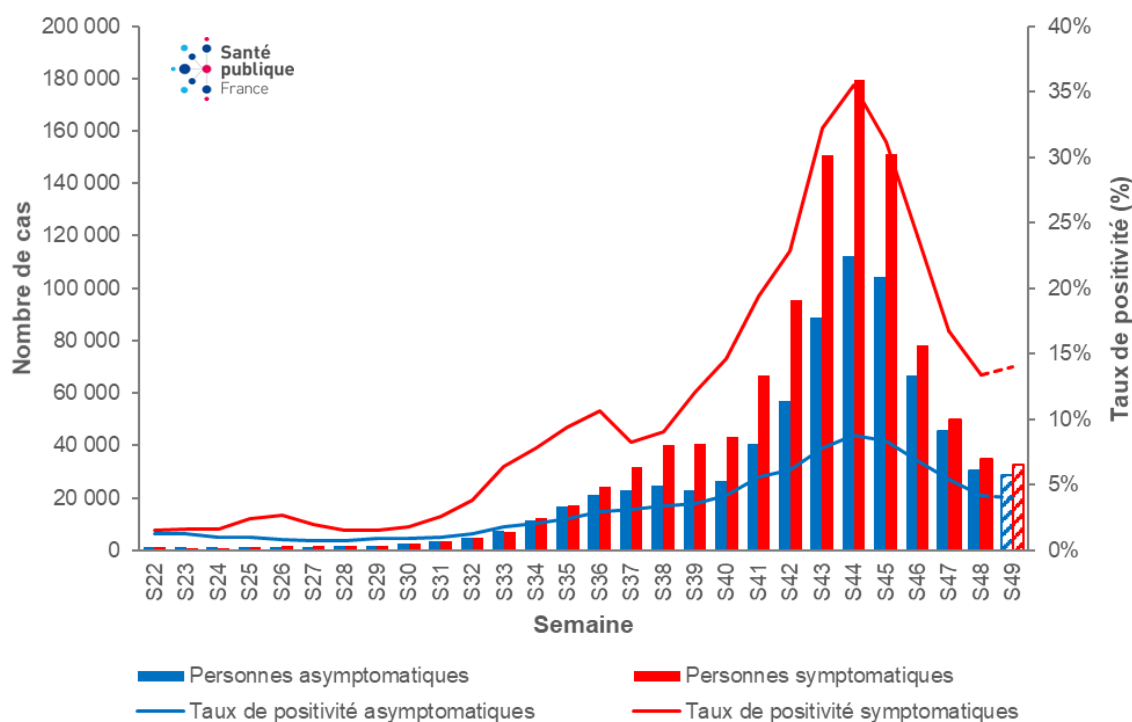


S49 : Données provisoires, en cours de consolidation
Source : SI-DEP

Dépistage selon la présence de symptômes

- **Parmi l'ensemble des personnes testées en S49** (quel que soit le résultat du test), 75% se déclaraient sans symptôme, proportion stable par rapport à la S48 (74%). Le nombre de personnes testées a diminué en S49 par rapport à la S48, à la fois chez les personnes symptomatiques (233 639 en S49 vs 258 293 en S48, soit -10%) et chez les personnes non symptomatiques (711 572 en S49 vs 730 023 en S48, soit -3%).
- **La moitié des cas positifs (53%) présentaient des symptômes** (données disponibles pour 61 483 cas). Cette proportion était stable par rapport à la S48 (53%) (Figure 10).
- **En S49, le taux de positivité était de 14% chez les personnes symptomatiques, en diminution par rapport à la S48 (13%).** Il était de 4% chez les asymptomatiques (vs 4% en S48) (Figure 10).
- En S49, par rapport à la S48, **une légère diminution des nombres de cas était observée chez les personnes testées symptomatiques (-6%) et chez les personnes testées asymptomatiques (-5%)** (Figure 10).

Figure 10. Évolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes (1 826 530 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (données au 09 décembre 2020)



S49 : 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](#).

En métropole

- **En France métropolitaine**, 71 006 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 49, en diminution par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S48 avec 75 370 nouveaux cas, -5,8%). **Le taux de positivité** était de 6,4% en S49, stable par rapport à la S48 (6,5% en S48). **Le taux d'incidence** des cas confirmés a diminué en S49 avec **109 cas/100 000 habitants** (vs 116/100 000 en S48, -6%). **Le taux de dépistage** était de **1 704/100 000 habitants** en S49, en diminution par rapport à la semaine précédente (1 782/100 000 en S48, -4,4%).

- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés **était, en semaine 49, au-dessus du seuil d'alerte de 100/100 000 habitants dans 54 départements métropolitains (58 départements en S48)**. Les départements présentant les taux d'incidence les plus élevés étaient les Ardennes (229/100 000 habitants), la Haute-Savoie (224), le Doubs (223), les Hautes-Pyrénées (216), l'Yonne (199). Dans ces départements, ces taux étaient toutefois en **diminution par rapport à la semaine précédente** (Figure 11a).

- **Le taux de positivité** était supérieur à 10% dans 10 départements en S49 (9 en S48). Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés dans les départements de la Haute-Savoie (14,6%), le Doubs (12,1%), la Savoie (11,1%), la Drôme (10,5%), l'Isère (10,5%) et l'Ain (10,5%). Ils étaient en **diminution ou stable par rapport à la semaine précédente dans ces départements excepté dans le Doubs (+1,2 points)** (Figure 11b).

- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** en S49 étaient les Bouches-du-Rhône (2 720/100 000 habitants), l'Yonne (2 500), les Alpes-Maritimes (2 406), la Meurthe-et-Moselle (2 268) et les Ardennes (2 266). Ils étaient **stables par rapport à la semaine précédente** (Figure 11c).

En outre-mer

- **À Saint-Martin**, les indicateurs SI-DEP étaient **stables** en S49, avec un taux d'incidence de 209/100 000 habitants (209/100 000 habitants en S48) et un taux de positivité de 14,6% (vs 15% en S48).

- **En Guyane**, les indicateurs étaient en hausse en semaine 49, le taux d'incidence était de 86/100 000 habitants en S49 (60/100 000 habitants en S48) et le taux de positivité était de 6,3% en S48 (vs 4,7% en S48).

- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient **en diminution** en S49 : le taux d'incidence était de 13/100 000 habitants (vs 19/100 000 habitants en S48) et le taux de positivité était de 2,2% (vs 3,3% en S48).

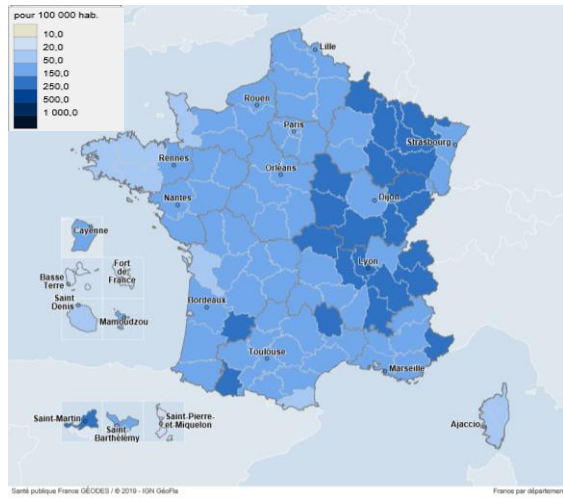
- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP étaient **en diminution** en S49, avec un taux d'incidence de 16/100 000 habitants (29 en S48) et un taux de positivité de 2,3% (3,5% en S48).

- **À Mayotte**, les indicateurs SI-DEP étaient **en hausse** en S49 : le taux d'incidence était de 63/100 000 habitants (44 en S48) et le taux de positivité de 10,2% (6,6% en S47).

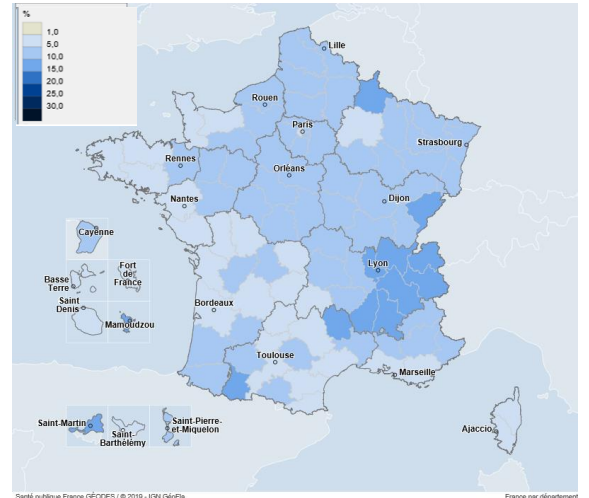
- **À La Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient **en légère diminution** en S49 : le taux d'incidence était de 30/100 000 habitants (39 en S48) et le taux de positivité de 2,7% (2,7% en S48).

Figure 11. Taux d'incidence (/100 000 habitants) (11a), de positivité (11b) et de dépistage (nombre de tests/100 000 habitants) (11c) pour le SARS-CoV-2 du 30 novembre au 06 décembre, par département, France (données au 09 décembre 2020)

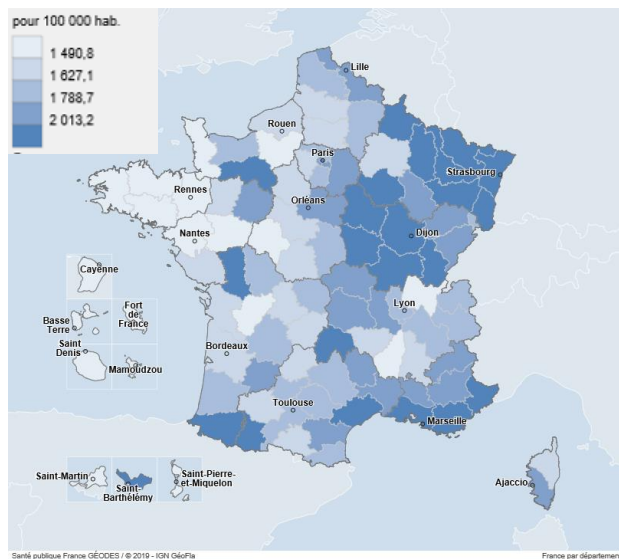
11a



11b



11c



Source : SI-DEP

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

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 jusqu'au mois de juillet 2020.

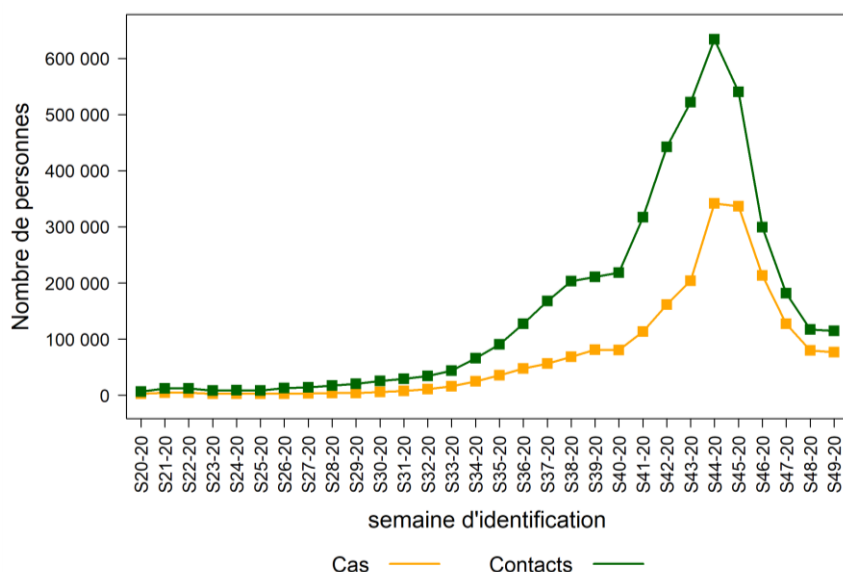
► Évolution du nombre de cas et de personnes-contacts à risque identifiés

- Au cours de la semaine 49, après 4 semaines de baisse importante, une stabilisation du nombre de **nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts est observée**, avec respectivement 76 537* nouveaux cas confirmés (vs 80 054 en S48, soit -4%) et 114 412 nouvelles personnes-contacts à risque (vs 117 191 en S48, soit -2%) (Figure 12).

- En semaine 49, la part des diagnostics réalisés par un test antigénique continue d'augmenter : sur l'ensemble des nouveaux cas, 82,4% ont été diagnostiqués par RT-PCR (vs 86,4% en S48 et 89,4% en S47), **17,5% par tests antigéniques (vs 13,5% en S48 et 10,4% en S47)** et 0,1% étaient des cas probables (0,1% en S48 et S47). Parmi les personnes diagnostiquées par tests antigéniques, 65% étaient symptomatiques, contre 45% pour les personnes diagnostiquées par RT-PCR.

- **Parmi les cas diagnostiqués par tests antigéniques, la majorité reste dans les mêmes bassins de population qu'en semaine 48 : Île-de-France (32%), Auvergne-Rhône-Alpes (16%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (12%).** Pour les autres régions, cette proportion variait de <1% dans l'ensemble des DROM et pour la Corse à 7% dans les Hauts-de-France.

Figure 12. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai au 06 décembre 2020, France

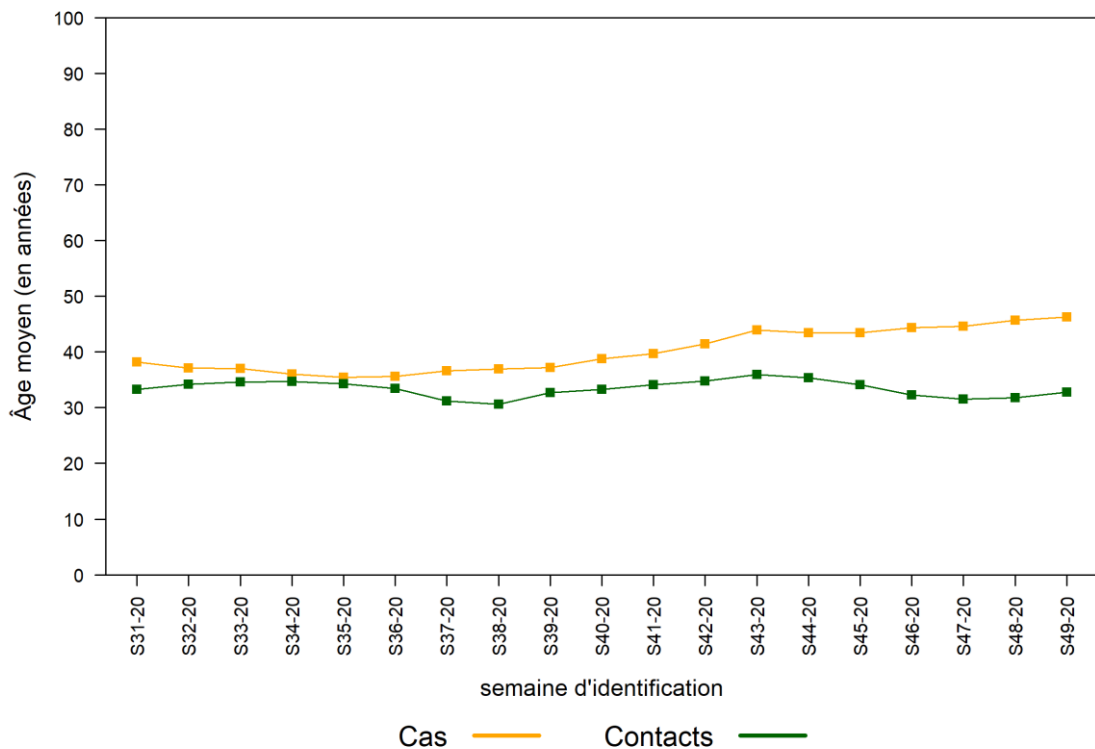


Source : ContactCovid – Cnam

*Le nombre de cas enregistré diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique.

- En semaine 49, la moyenne d'âge des cas confirmés était de 46 ans, en légère augmentation sur les dernières semaines. L'âge moyen des personnes-contacts à risque identifiées était en légère augmentation avec, pour la semaine 49, une moyenne de 33 ans (vs 32 en S48) (Figure 13). Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus a augmenté très légèrement (7,7% vs 7,0% en S48).

Figure 13. Évolution de l'âge moyen des cas et des personnes-contacts à risque identifiées par semaine du 27 juillet au 06 décembre 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 49, la proportion de cas et de personnes-contacts à risque ayant pu être investigués par l'Assurance maladie est inchangée par rapport à S48 (95% pour les cas et 98% pour les personnes-contacts)** (Tableau 1). Onze pourcent des personnes-contacts ont été informées sans appel car ayant été au bout de la démarche sur le site internet (vs 12% en S48).

• **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, 95% pour les 15-44 ans, 96% pour les 45-65 ans, et toujours plus faible pour les plus âgés : 92% pour les 65-74 ans et 88% pour les plus de 74 ans.

Tableau 1. Nombre et proportion de cas et de personnes-contacts à risque suivis par l'Assurance maladie pour le contact-tracing du 13 mai au 06 décembre 2020 et pendant la semaine S49, par région, France

Territoires/régions	Depuis la levée du 1 ^{er} confinement du 13/05 au 06/12				Semaine 49 du 30/11 au 06/12			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
France entière	2 123 979**	95	4 507 577	98	76 537**	94	114 412	98
France métropolitaine	2 081 950	95	4 399 183	98	75 689	94	112 359	98
Auvergne-Rhône-Alpes	399 964	100	801 174	98	13 711	98	19 906	99
Bourgogne-Franche-Comté	92 687	93	200 144	97	5 283	95	8 337	98
Bretagne	50 094	98	160 777	99	1 453	95	2 805	99
Centre-Val de Loire	58 614	100	136 398	99	2 814	97	4 584	99
Corse	6 824	95	15 914	96	107	93	177	100
Grand Est	147 129	100	327 670	98	8 567	96	13 185	98
Haut-de-France	214 473	97	449 824	98	7 206	94	10 715	99
Île-de-France	475 867	89	811 123	99	13 723	87	15 632	98
Normandie	77 248	96	197 662	99	2 579	97	4 775	99
Nouvelle-Aquitaine	123 027	96	348 726	98	5 278	94	9 816	98
Occitanie	168 435	99	386 055	99	5 389	95	8 247	98
Pays de la Loire	81 722	100	251 268	99	2 979	98	5 444	99
Provence-Alpes-Côte d'Azur	185 866	91	312 448	95	6 600	91	8 736	98
France ultra-marine								
La Réunion	8 421	93	25 648	98	284	92	802	94
Martinique	5 351	99	12 453	98	56	95	74	91
Mayotte	2 411	68	4 414	80	77	18	29	41
Guadeloupe	8 846	93	13 087	99	129	80	233	100
Guyane	7 987	93	13 002	99	240	90	785	87
<i>Région indéterminée</i>	9 013		39 790		62		130	

* 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.

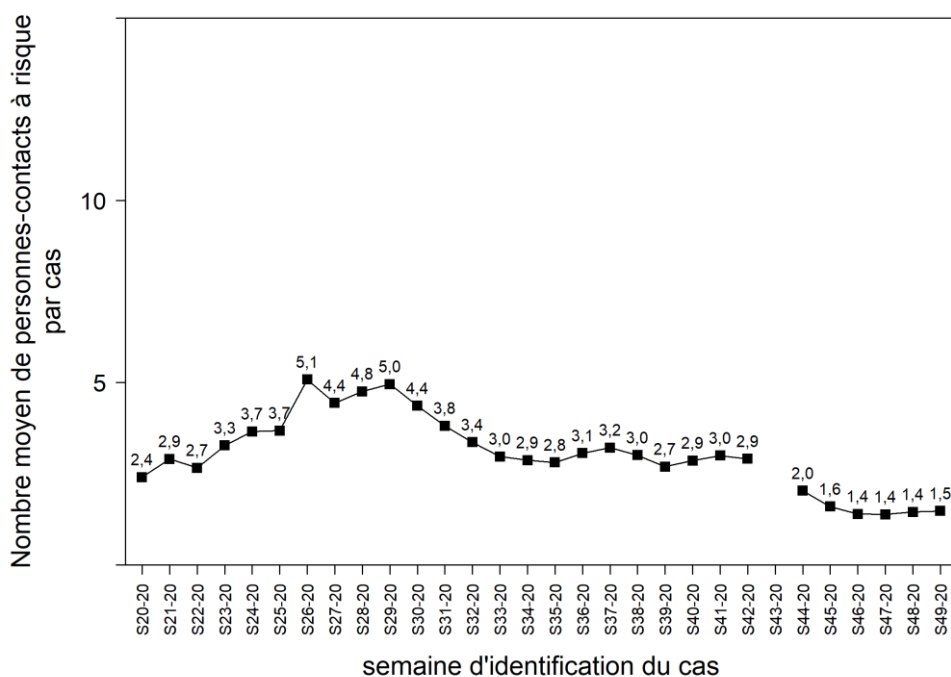
Source : ContactCovid – Cnam

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

• Le **nombre moyen** de personnes-contacts à risque par cas **reste stable depuis 4 semaines, avec 1,5 personnes-contacts à risque par cas en semaine 49** (Figure 14). En semaine 49, 53% des cas ne rapportaient aucune personne-contact à risque (vs 54% en semaine 48).

Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était plus faible chez les cas âgés de plus de 75 ans (0,3) et atteignait 1,9 pour les cas âgés de 15 à 44 ans. Les nombres moyens de personnes-contacts à risque par cas par classe d'âge sont stables au cours des 4 dernières semaines.

Figure 14. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine, du 13 mai au 06 décembre 2020, France



Note : Indicateur non estimable pour la semaine 43

Source : ContactCovid – Cnam

► Délai de dépistage des cas symptomatiques

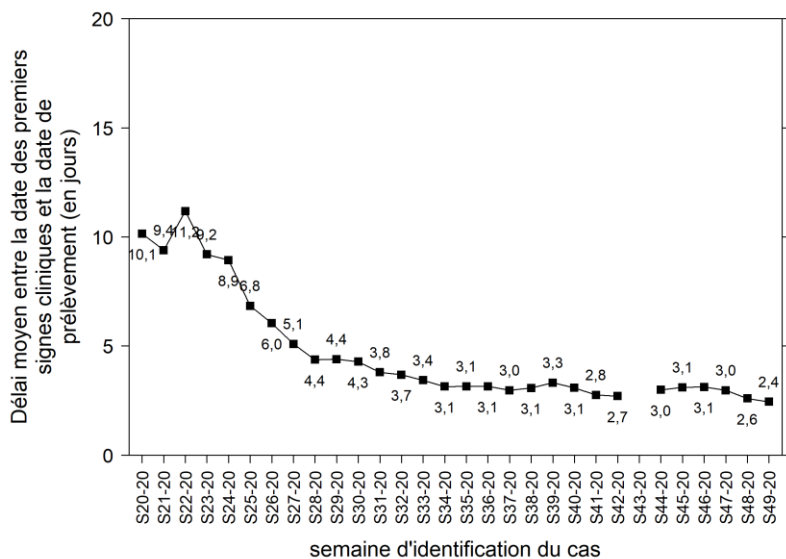
• **En semaine 49**, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour dépistage par RT-PCR ou tests antigéniques renseignés (n=36 374), **le délai moyen de dépistage est stable à 2,4 jours** (vs 2,6 en semaine 48) (Figure 15). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

• **Les délais de dépistage pour les régions ultra-marines, notamment en Guadeloupe, restent toujours plus élevés** que ceux des régions métropolitaines (Figure 16). Ce délai était de 3,9 jours en Guadeloupe, stable comparé à la semaine précédente, mais 1 jour et demi plus long que la moyenne nationale.

• Le délai de dépistage moyen était relativement plus court pour les cas diagnostiqués par tests antigéniques, avec 2,1 jours de délai vs 2,5 jours pour les RT-PCR, délai en diminution quel que soit le test diagnostique au cours des 5 dernières semaines.

• **Le délai moyen de dépistage était toujours plus long chez les 65 ans et plus** (3,1 jours pour les 65-74 ans et 3,0 jours pour les 75 ans et plus) mais en légère diminution comparé à la semaine précédente (respectivement 3,5 et 3,2 jours). Chez les moins de 65 ans, ce délai variait de 2,2 jours pour les moins de 15 ans à 2,5 pour les 45-64 ans.

Figure 15. Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques, par semaine, du 13 mai au 06 décembre 2020, France

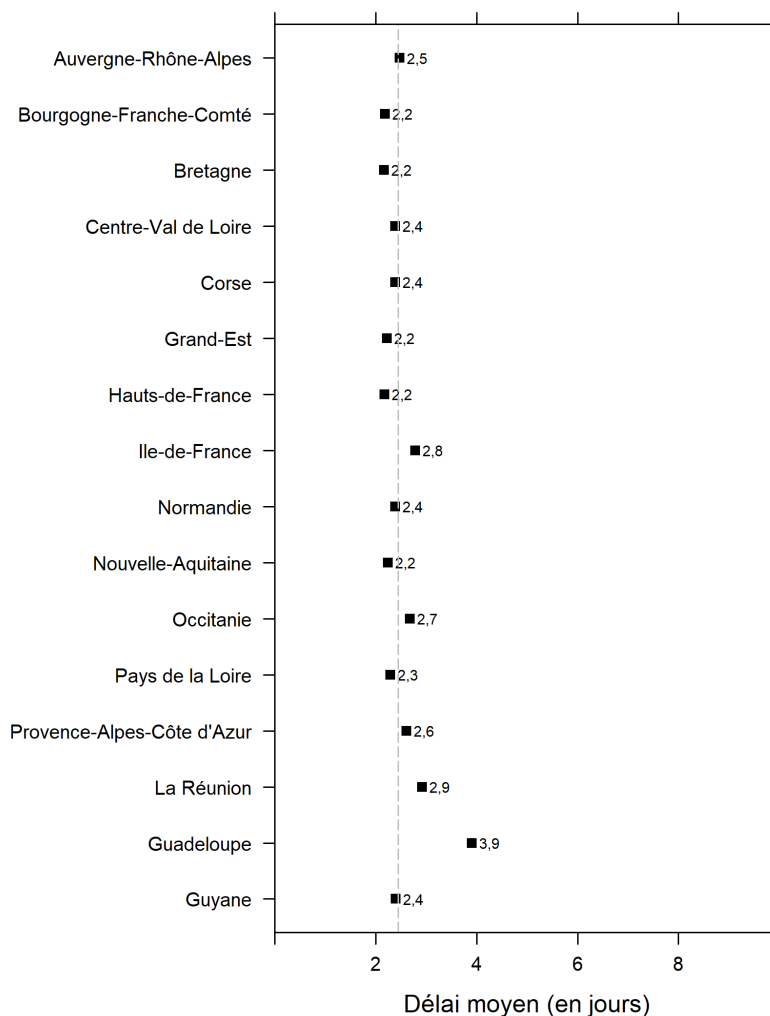


Note : le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et de prélèvement renseignés. En semaine 49 cela représente 48% des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, 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 16. Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques pour la semaine 49 (du 30 novembre au 06 décembre 2020), par région, France



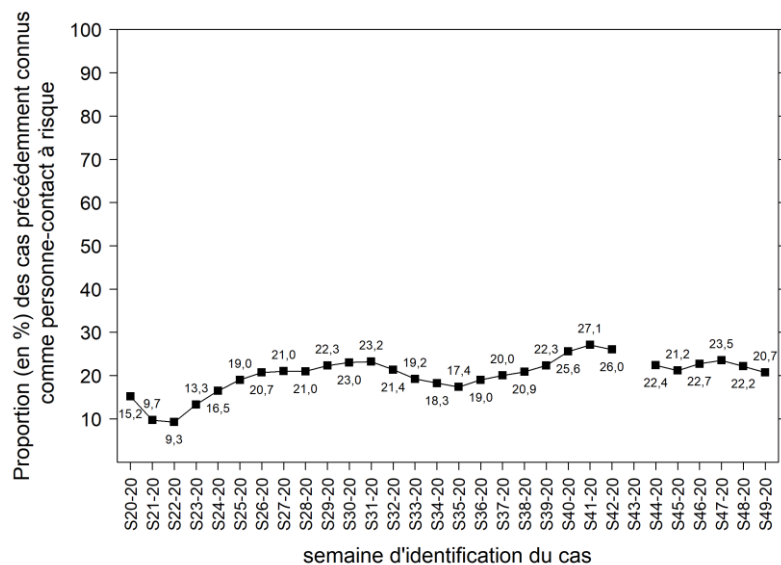
Note : Délai moyen calculé quand au moins 30 cas avec l'information. La ligne verticale correspond à la moyenne nationale.

Source : ContactCovid – Cnam

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

• En semaine 49, 20,7% des nouveaux cas identifiés étaient précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas, en diminution par rapport aux semaines précédentes (-1,5 points comparé à S48 et -2,8 points comparé à S47) (Figure 17). Des disparités importantes entre régions métropolitaines sont à noter : l'Île-de-France reste la région avec la proportion de cas précédemment connus comme personne-contact à risque la plus faible (13,6%, -0,4 point comparé à S48) et cette proportion atteint jusqu'à 26,6% en Normandie (-0,4 point comparé à S48) (Figure 18). Dans les régions ultramarines, cette proportion varie de 0% pour Mayotte à 45,1% à La Réunion.

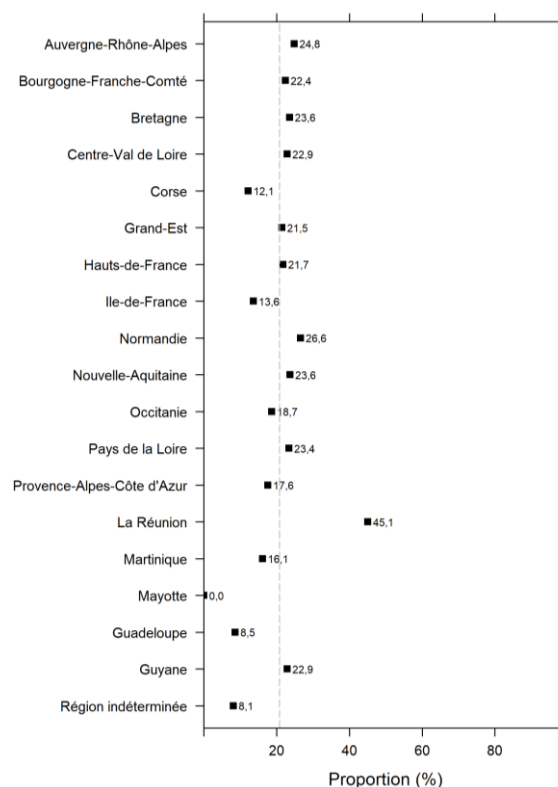
Figure 17. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine, du 13 mai au 06 décembre 2020, France



Note : Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre. 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 18. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque durant la semaine 49 (du 30 novembre au 06 décembre 2020), par région, France

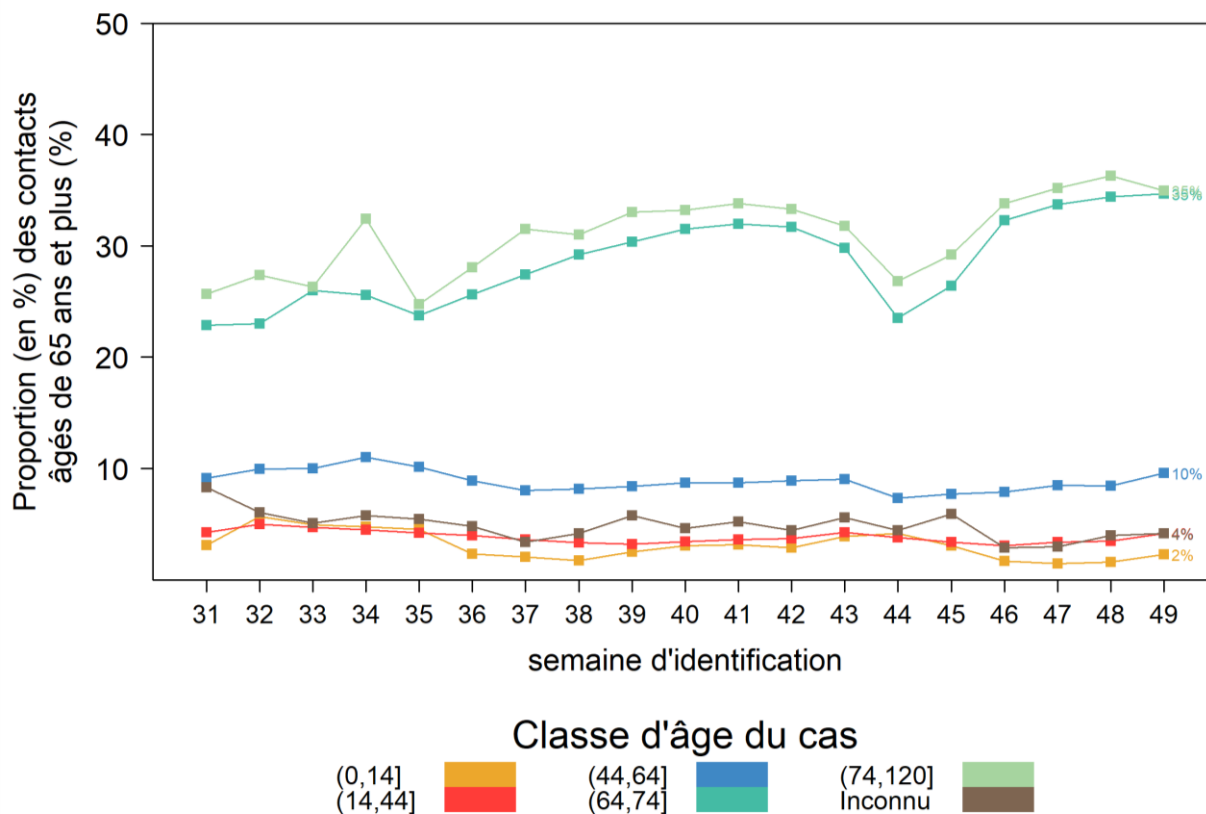


Note : Délai moyen calculé quand au moins 30 cas avec l'information
Source : ContactCovid – Cnam

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

- En semaine 49, **les cas de moins de 65 ans avaient peu de personnes-contacts à risque de 65 ans et plus**. Cet indicateur est en **légère augmentation pour les cas de 45-64 ans** (10% en S49 vs 8% en S48) et reste sous les 5% pour les cas âgés de moins de 45 ans (Figure 19).

Figure 19. Évolution 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 06 décembre 2020, France



Source : ContactCovid – Cnam

CAS CONFIRMÉS DE COVID-19

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 testés par RT-PCR sont rapportés par le Système d'information de dépistage (SI-DEP). Depuis le 17 octobre 2020, les tests antigéniques (TA) réalisés dans les laboratoires de biologie médicale (TDR) sont saisis et intégrés dans la base SI-DEP. Depuis le 16 novembre 2020, les TA réalisés hors laboratoires de biologie médicale (TROD) sont saisis et intégrés dans la base SI-DEP.

Dans l'attente de l'intégration des TA TROD dans la base SI-DEP, l'Assurance maladie a transmis à Santé publique France les cas de COVID-19 confirmés par TA et enregistrés dans ContactCOVID. Santé publique France a vérifié la cohérence des données SI-DEP et ContactCovid concernant les TA. Depuis le 20 novembre 2020, le nombre de cas confirmés par TA dans SI-DEP est cohérent avec celui issu de la base ContactCovid. Par conséquent, la base ContactCOVID est utilisée pour calculer le nombre de cas confirmés par TA jusqu'au 19 novembre et la base SI-DEP à partir du 20 novembre. Depuis la disponibilité des TA jusqu'au 19 novembre inclus, 41 291 cas confirmés par TA ont été enregistrés dans la base ContactCovid.

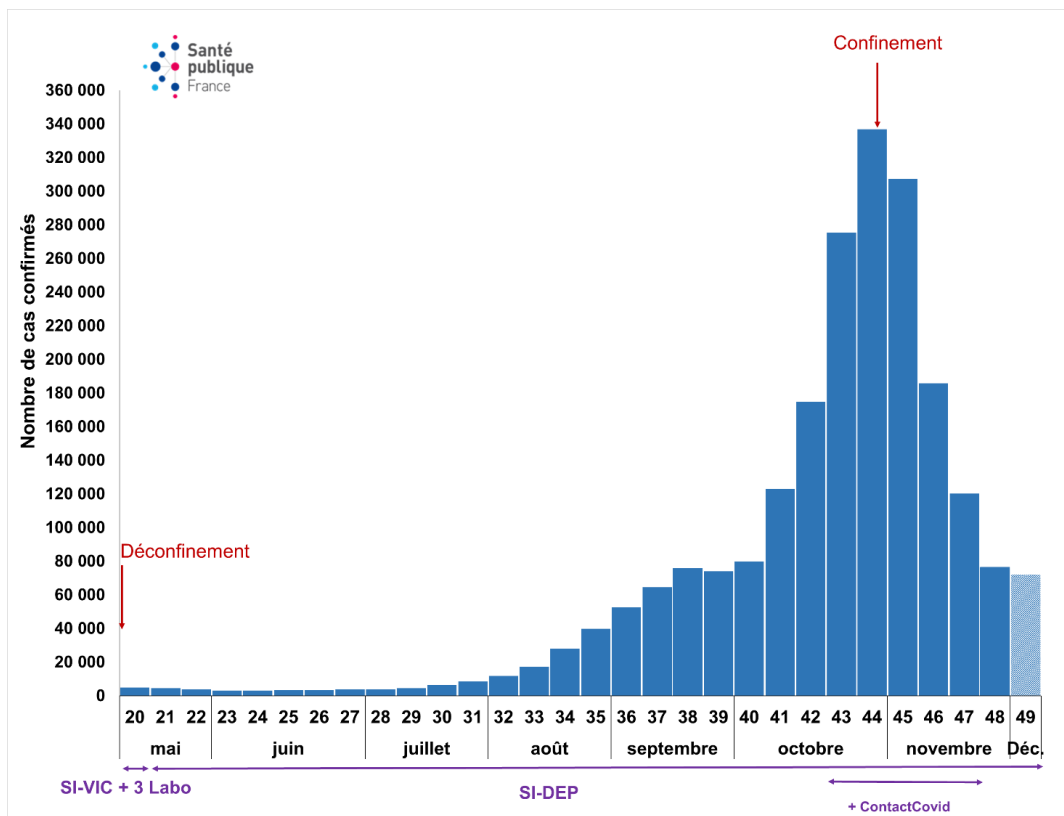
Le cumul des cas confirmés par RT-PCR (SI-DEP) ou par TA (ContactCovid) doit être interprété avec prudence avant le 19 novembre. Il n'est en effet pas possible de d'identifier les cas ayant à la fois un test RT-PCR positif et un TA positif, du fait de l'impossibilité de croiser les bases SI-DEP et ContactCovid. Certains cas peuvent ainsi être comptés en double. Il n'est pas non plus possible d'évaluer l'exhaustivité de la remontée des TA dans la base ContactCovid.

Depuis le 08 décembre 2020, si une personne présente un test positif plus de 2 mois après avoir eu un premier test positif, il est de nouveau compté dans le nombre de nouveaux cas.

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

- **Au 09 décembre 2020**, un total de **2 324 216 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en **janvier 2020**.
- Au niveau national, après avoir fortement diminué depuis la semaine 45, le **nombre de nouveaux cas confirmés** ne diminue que légèrement en semaine 49 : **72 121** nouveaux cas ont été enregistrés vs **76 500** en **S48**, soit **-6%** (Figure 20).
- En **France métropolitaine**, après avoir fortement diminué depuis la semaine 45, le **nombre de nouveaux cas confirmés** ne diminue que légèrement en semaine 49 : **71 006** nouveaux cas ont été enregistrés vs **75 370** en **S48**, soit **-6%**.

Figure 20. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France du 11 mai au 06 décembre 2020, France



S49 : 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, toutes les personnes présentant des signes de COVID-19 n'ont pas systématiquement bénéficié d'un test biologique pour confirmer une infection (recommandations ministérielles du 13 mars 2020). Le nombre réel de cas de COVID-19 en France était donc supérieur au nombre estimé de cas confirmés pendant cette période.

Depuis la levée du premier confinement en mai 2020, les personnes présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 ainsi que les personnes-contacts d'un cas confirmé ont été invitées 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 systématique de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

► Données cumulées depuis début mars

- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 06 décembre 2020, **20 840** signalements d'un ou plusieurs cas de COVID-19 biologiquement confirmés ou non ont été déclarés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à Santé publique France *via* le portail national des signalements du ministère de la Santé (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>) (Tableau 2).
- Il s'agissait de **12 854** (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 7 986 (38%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 2).
- Parmi les **12 854 signalements en EHPA**, 10 181 (79%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 20 840 signalements en ESMS, **126 828 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents (Tableau 2). Parmi les **17 613 décès survenus dans les établissements**, 17 453 concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 2. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'ESMS, chez les résidents et le personnel, rapportés entre le 1^{er} mars et le 06 décembre 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	12 854	5 710	935	1 341	20 840
Cas confirmés ⁶	109 589	14 301	865	2 073	126 828
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	6 684	300	0	33	7 017
Décès ⁷ établissements	17 453	118	0	42	17 613
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	53 659	11 264	1 003	1 108	67 034

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.

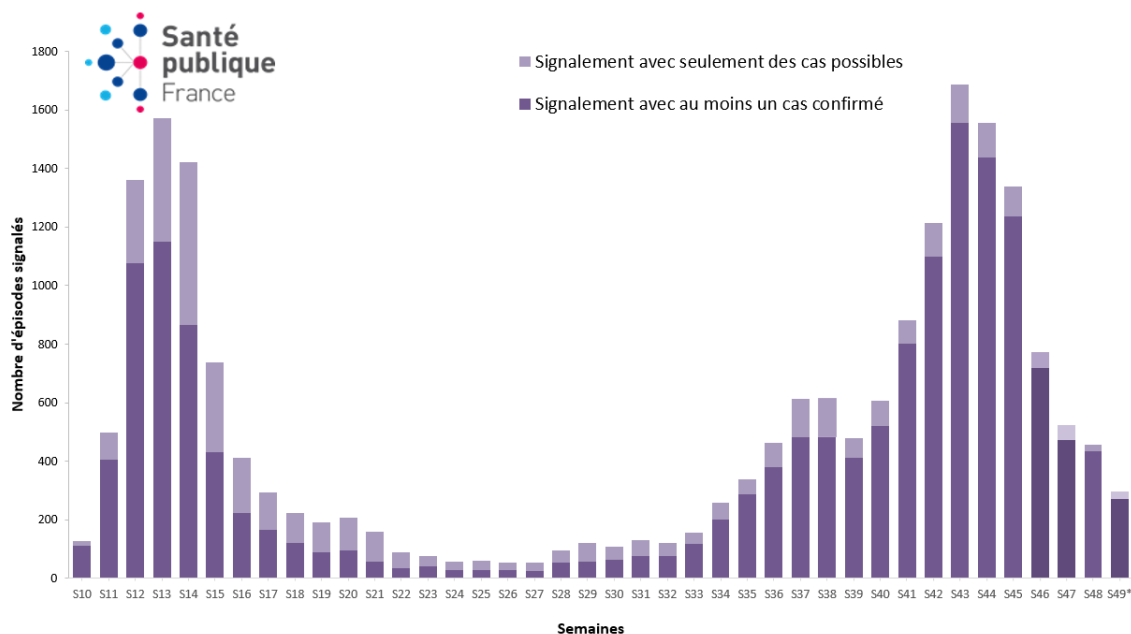
⁷Cas possibles et confirmés décédés.

► 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 **1 686** signalements enregistrés (Figure 21). **Depuis la semaine 44**, où 1 558 signalements avaient été signalés, **le nombre de signalements diminue** : 456 en S48 et 296 en S49. À noter que les données de la semaine 49 sont encore provisoires.
- La proportion d'EHPA par région ayant signalé au moins un nouvel épisode en semaine 49 est homogène sur le territoire métropolitain : entre 1% et 3%.
- Depuis le 20 juillet, sur les 10 046 EHPA, 5 250 (52%) ont déclaré au moins un épisode. Sur les 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 2 326 (26%) ont déclaré au moins un épisode.

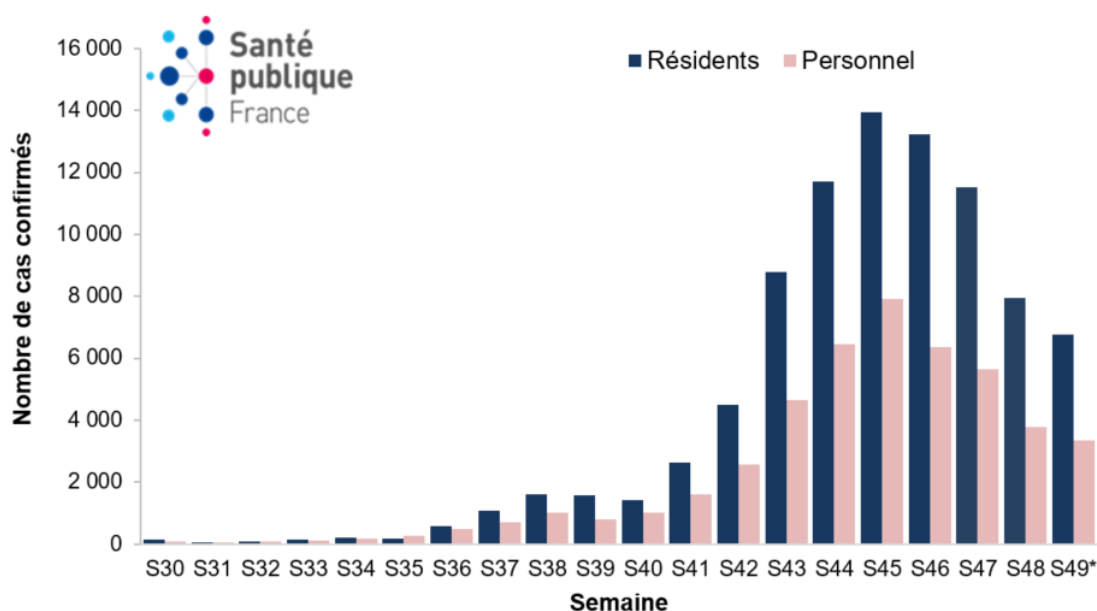
● Depuis fin juillet, le nombre de cas confirmés de COVID-19 a augmenté, pour atteindre un pic en semaine 45 (21 845 cas vs 18 175 en S44) (Figure 22). **Depuis la semaine 46, le nombre de cas confirmés diminue.** En semaine 48, 11 718 cas étaient recensés et en semaine 49, 10 110 cas sont pour le moment recensés. À noter que les données de la semaine 49 doivent être consolidées.

Figure 21. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 en ESMS, par date de début des signes du premier cas, entre le 1^{er} mars et le 06 décembre 2020, France



*Les données de la semaine 49 sont en cours de consolidation.

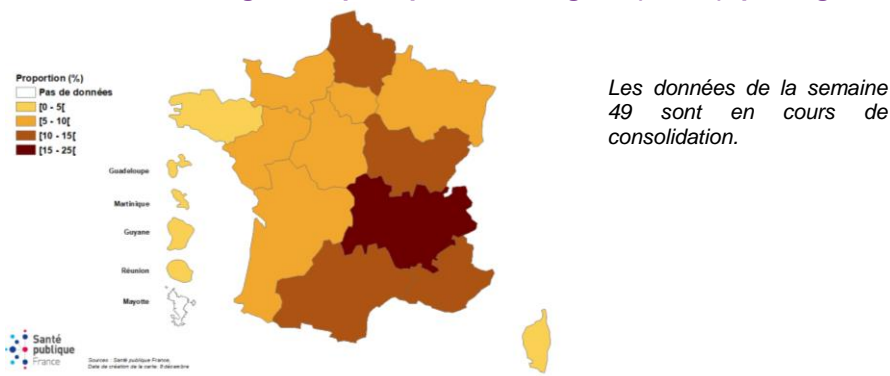
Figure 22. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet et le 06 décembre 2020, France



*Les données de la semaine 49 sont en cours de consolidation.

- La proportion de cas confirmés cumulée depuis le 20 juillet chez les résidents est plus importante en région Auvergne-Rhône-Alpes que dans les autres régions (Figure 23). Cette proportion a été calculée en rapportant le nombre de cas confirmés chez les résidents en EHPA au nombre total de résidents en EHPA par région.

Figure 23. Proportion de cas confirmés de COVID-19, cumulée entre le 20 juillet et le 06 décembre 2020, chez les résidents en établissements d’hébergement pour personnes âgées (EHPA), par région en France



- Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36, le nombre de décès en établissement d’accueil dans les ESMS a augmenté de la semaine 37 à la semaine 46, et diminue depuis : 723 décès ont été recensés en semaine 48 et 504 décès à ce jour en semaine 49 (données non consolidées). 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 a diminué pour les décès en établissement et est stable pour les décès à l’hôpital (Figure 24). La consolidation des données permettra de confirmer cette évolution.

- La mortalité cumulée depuis le 20 juillet chez les résidents en EHPA est plus importante en région Auvergne-Rhône-Alpes que dans les autres régions (Figure 24).

Figure 24. 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 06 décembre 2020, France

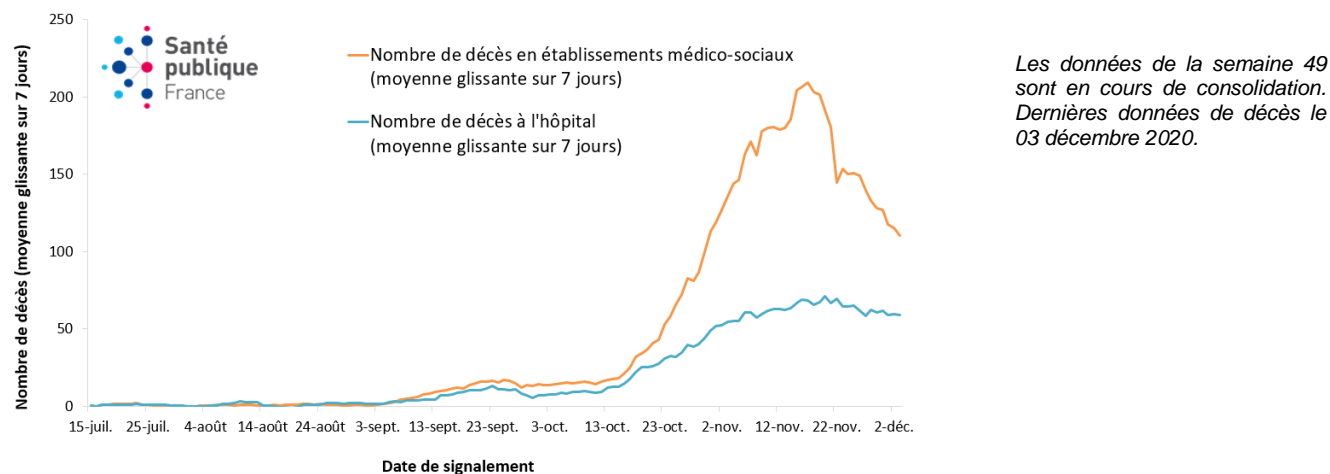


Figure 25. Mortalité due à la COVID-19, cumulée entre le 20 juillet et le 06 décembre, chez les résidents en établissements d’hébergement pour personnes âgées (EHPA), par région, France



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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **300 404 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 08 décembre 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 49** (du 30 novembre au 06 décembre 2020), **4 889 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (représentant 2,2% de l'activité totale des services d'urgence OSCOUR®) ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période.

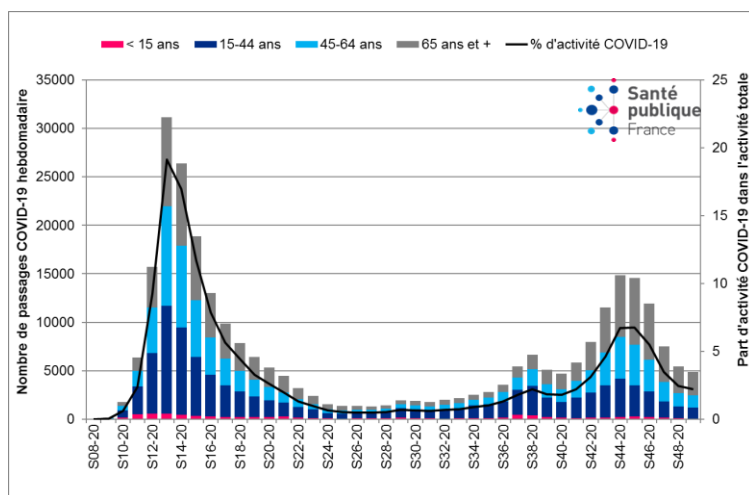
- Un ralentissement de la baisse du **nombre de passages pour suspicion de COVID-19** a été observé en **S49**, avec une proportion de -10% enregistrée (vs -29% en S48) (4 889 en S49 vs 5 453 en S48). La part d'activité était également en baisse (2,2% vs 2,4% en S48), les hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 étaient stables à 55%.

- **En semaine 49, la baisse observée concernait l'ensemble des classes d'âges.** Elle était plus marquée chez les enfants (-30%, soit -33 passages) que chez les adultes (-10%, soit -531 passages) (Figure 26).

- **Cette baisse s'observait dans l'ensemble des régions à l'exception** des Pays-de-la-Loire (249 en S49 vs 205 en S48) et de l'Occitanie (282 en S49 vs 268 en S48). Elle était plus marquée en Guyane, Normandie, Bretagne, Auvergne-Rhône-Alpes.

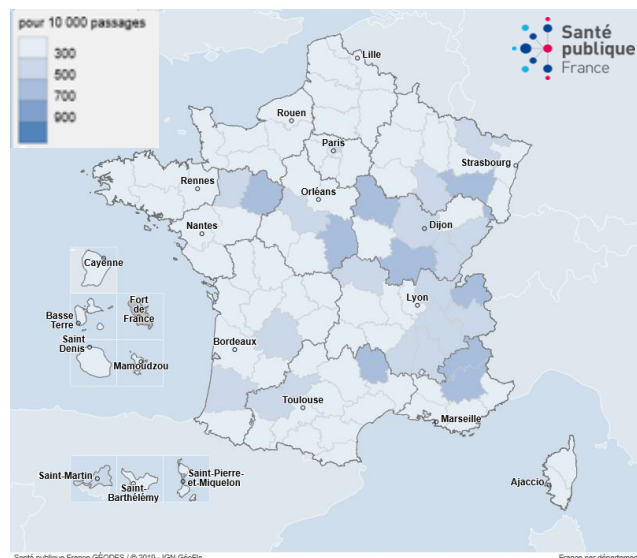
- En semaine 49, comme les semaines précédentes, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la moitié des passages concernait quatre régions : **Auvergne-Rhône-Alpes, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Grand Est.**

Figure 26. 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 27. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 49/2020, 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 RT-PCR et antigéniques positifs), des passages aux urgences (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. Le R -effectif estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines auparavant (intégrant le délai entre la contamination et le test, et le fait que le calcul est effectué sur une période de 7 jours). L'indicateur SI-DEP peut être instable, notamment lorsque l'incidence est faible car il est influencé par les actions locales de dépistage. Les indicateurs calculés à partir des données de passages aux urgences et des hospitalisations sont plus stables, mais montrent des tendances plus tardives. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas.

Les valeurs de R ne doivent donc pas être interprétées de façon isolée, mais être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.

- L'estimation du taux de reproduction effectif **est inférieure à 1** en **France métropolitaine dans les trois sources de données** : à partir des données virologiques (tests PCR et tests antigéniques) SI-DEP, l'estimation du 05 décembre **est de 0,83** (IC95% [0,82-0,84]). À partir des passages aux urgences (OSCOUR®) pour suspicion de COVID-19 à la même période elle est de **0,81** (IC95% [0,78-0,83]). À partir des données d'hospitalisations (SI-VIC), l'estimation au 06 décembre est de **0,82** (IC95% [0,80-0,84]).

- Ces trois taux de reproduction sont en hausse par rapport aux estimations de la semaine précédente (Figure 28).

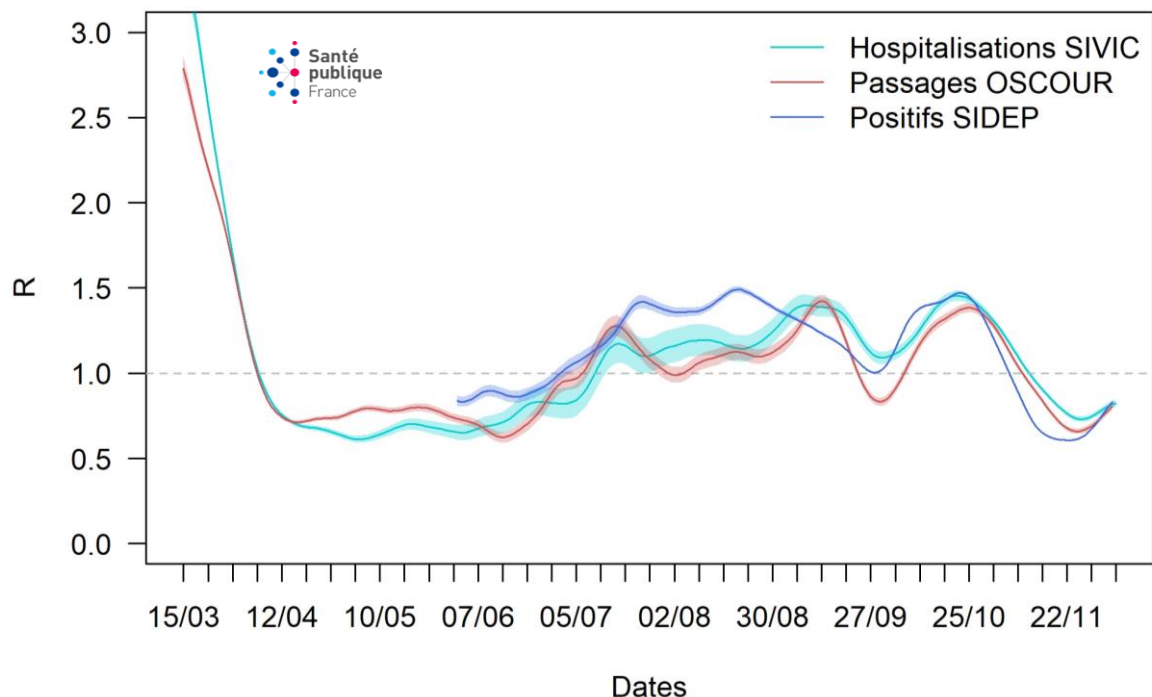
- Les estimations du taux de reproduction **à partir des trois sources de données** (données virologiques (SI-DEP), passages aux urgences (OSCOUR®) et hospitalisations (SI-VIC)) sont **inférieures à 1** pour **toutes les régions métropolitaines, à l'exception de la région Centre-Val de Loire** où le R -effectif estimé à partir des hospitalisations (SI-VIC) est égal à 1 (non significativement supérieur à 1) (Tableau 3).

- **En Outre-mer**, les estimations sont inférieures à 1 en Guadeloupe et à la Martinique. L'estimation du R -effectif est supérieure à 1 de façon significative en Guyane à partir des données virologiques SI-DEP (tests RT-PCR et test antigéniques) et est supérieure à 1 de façon non significative à partir des hospitalisations rapportées dans SI-VIC.

À La Réunion, l'estimation du R -effectif à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) est supérieure à 1, non significative, mais reste inférieure à 1 à partir des tests RT-PCR et antigéniques positifs (SIDEV).

[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 28. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests RT-PCR et antigéniques 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 05 décembre 2020



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC.

Tableau 3. Nombre de reproduction effectif du 05 décembre 2020 à partir des tests RT-PCR et antigéniques positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et nombre de reproduction effectif du 06 décembre à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) par région, France métropolitaine et ultra-marine

Territoire	Régions	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	0,77 (0,76-0,78)	0,70 (0,66-0,75)	0,77 (0,72-0,81)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,88 (0,86-0,91)	0,87 (0,79-0,95)	0,91 (0,84-0,99)
	Bretagne	0,84 (0,80-0,88)	0,78 (0,65-0,93)	0,76 (0,62-0,92)
	Centre-Val de Loire	0,88 (0,84-0,91)	0,85 (0,73-0,98)	1,00 (0,89-1,12)
	Corse	0,79 (0,65-0,94)	0,81 (0,42-1,33)	NC
	Grand Est	0,93 (0,91-0,95)	0,90 (0,82-0,98)	0,95 (0,88-1,01)
	Hauts-de-France	0,79 (0,77-0,81)	0,78 (0,70-0,86)	0,75 (0,70-0,81)
	Ile-de-France	0,83 (0,82-0,85)	0,80 (0,75-0,86)	0,77 (0,72-0,82)
	Normandie	0,72 (0,69-0,75)	0,74 (0,61-0,87)	0,77 (0,68-0,87)
	Nouvelle-Aquitaine	0,89 (0,87-0,92)	0,85 (0,76-0,94)	0,86 (0,78-0,95)
	Occitanie	0,82 (0,80-0,84)	0,78 (0,69-0,87)	0,75 (0,68-0,83)
	Pays de la Loire	0,86 (0,83-0,89)	0,97 (0,85-1,09)	0,81 (0,71-0,91)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,83 (0,81-0,86)	0,82 (0,75-0,89)	0,87 (0,81-0,94)
	France métropolitaine	0,83 (0,82-0,84)	0,81 (0,78-0,83)	0,82 (0,80-0,84)
France ultra-marine	Guadeloupe	0,55 (0,40-0,72)	NC	NC
	Guyane	1,40 (1,23-1,57)	NC	1,33 (0,85-1,93)
	La Réunion	0,66 (0,59-0,75)	1,01 (0,71-1,36)	0,98 (0,63-1,41)
	Martinique	0,42 (0,32-0,54)	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, **1 919** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

• Parmi les **236 755 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 ;
- 38 739 patients sont décédés : 74% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes ;
- 171 868 patients sont retournés à domicile.

• Le **08 décembre 2020, 25 914 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France, dont 3 088 en réanimation.**

Tableau 4. Nombre de personnes hospitalisées (dont en réanimation) pour COVID-19 le 08 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

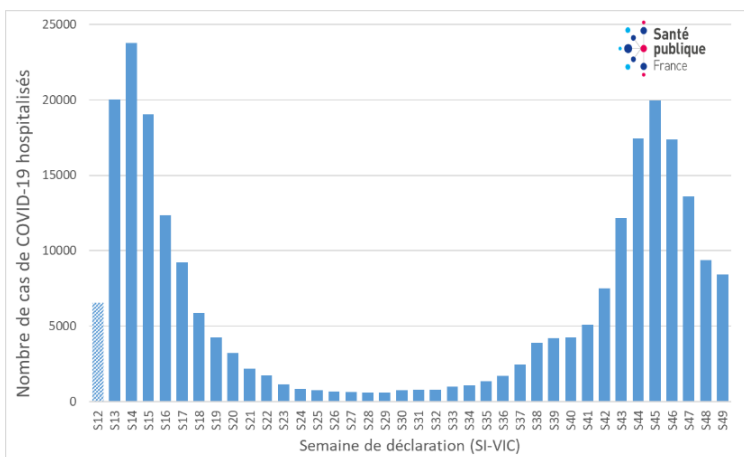
	Le 08 décembre 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	25 914		3 088		171 868		38 739	
Classes d'âge *								
Total	25 700		3 059		170 662		38 525	
0-14 ans	58	<1	9	<1	2 289	1	4	0
15-44 ans	816	3	139	5	22 974	13	321	1
45-64 ans	3 666	14	946	31	46 490	27	3356	9
65-74 ans	5 311	21	1 238	40	33 867	20	6506	17
75 et +	15 849	62	727	24	65 042	38	28338	74
Régions *								
Total	25 882		3 078		171 837		38 713	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	4 919	19	525	17	24 299	14	5 752	15
Bourgogne-Franche-Comté	1 759	7	197	6	8 087	5	2 094	5
Bretagne	529	2	66	2	2 963	2	596	2
Centre-Val de Loire	926	4	114	4	4 682	3	1 109	3
Corse	30	<1	6	<1	485	<1	113	<1
Grand Est	2 565	10	269	9	18 713	11	5 094	13
Hauts-de-France	2 576	10	314	10	15 418	9	3 763	10
Ile-de-France	5 145	20	672	22	50 632	29	11 245	29
Normandie	1 150	4	80	3	4 908	3	1 266	3
Nouvelle-Aquitaine	1 307	5	157	5	6 622	4	1 408	4
Occitanie	1 462	6	232	8	8 979	5	1 836	5
Pays de la Loire	925	4	81	3	5 249	3	1 077	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 401	9	341	11	16 656	10	2 999	8
Outre-Mer								
La Réunion	52	<1	6	<1	664	<1	50	<1
Martinique	32	<1	10	<1	343	<1	42	<1
Mayotte	9	<1	2	<1	522	<1	37	<1
Guadeloupe	81	<1	6	<1	724	<1	165	<1
Guyane	14	<1	0	<1	1 891	1	67	<1

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

Source : SI-VIC

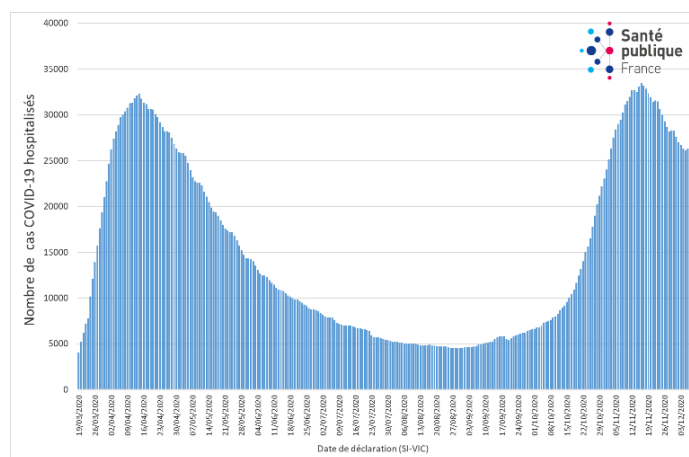
● La **diminution** des déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19** observée les semaines précédentes se poursuit. **En semaine 49, 8 424 nouvelles hospitalisations** ont été déclarées contre 9 247 en S48 (Figure 29a).

Figure 29a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 06 décembre)



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

Figure 29b. Nombre de cas de COVID-19 en cours d'hospitalisation, par jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 06 décembre)



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 S49 (-9% : 12,6/100 000 habitants vs 13,8 en semaine 48).**

● **L'évolution du taux d'hospitalisations varie selon les régions** : il a augmenté à nouveau en **Bretagne (+27%), en Bourgogne-Franche-Comté (+17%) et en Centre-Val de Loire (+12%)**. Ce taux est resté stable en **Grand Est**. Dans les autres régions métropolitaines, il a diminué. La diminution la plus marquée est en **Normandie (-20%)**.

● **Les taux d'hospitalisations les plus élevés** en semaine 49 ont été enregistrés en **Bourgogne-Franche-Comté (26,2/100 000 habitants), Auvergne-Rhône-Alpes (19,7/100 000 habitants) et Grand Est (18,5 /100 000 habitants)**. Toutes les autres régions de France métropolitaine enregistraient des taux compris entre 1,7 et 14/100 000 habitants (Figure 30).

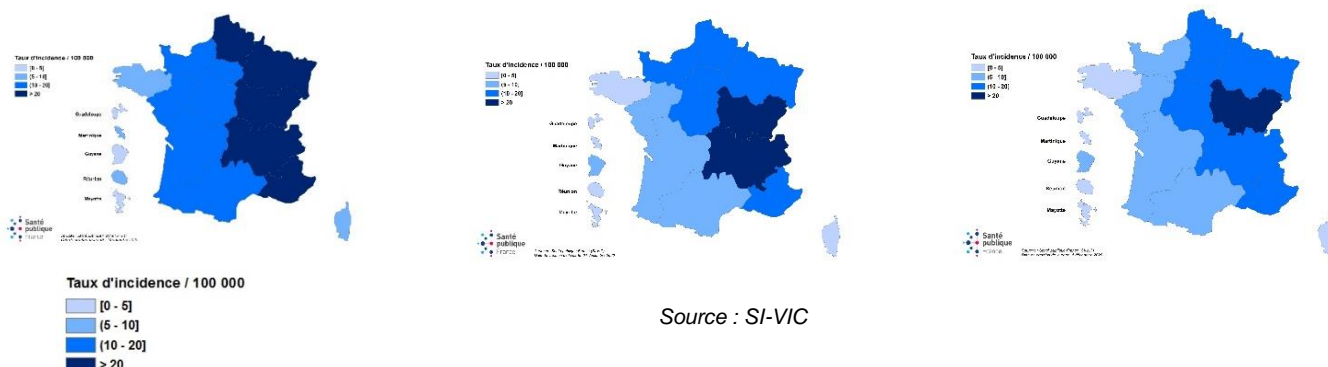
● Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 49, le plus fort taux d'hospitalisations était observé en Guyane avec 6,9/100 000 habitants, en diminution par rapport à la S48 (9,3). Le taux hebdomadaire d'hospitalisations était stable à la Réunion (2,3/100 000 habitants) ; il a diminué à Mayotte (2,1 vs 2,5/100 000 habitants en semaine 48) et en Martinique (1,1 vs 2,5). Le taux hebdomadaire d'hospitalisations a augmenté en Guadeloupe (2,1 vs 1,6/100 000 habitants en S48).

Figure 30. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 16 novembre et le 06 décembre 2020 (S47 à S49), France

du 16 au 22 novembre 2020

du 23 au 29 novembre 2020

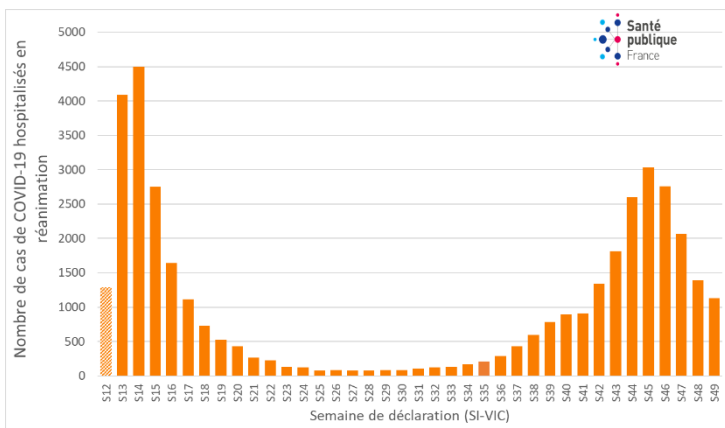
du 30 novembre au 06 décembre 2020



Source : SI-VIC

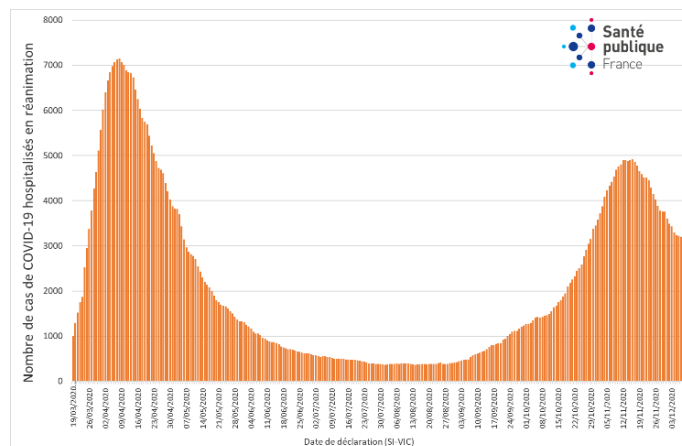
- La **diminution** des déclarations de **nouvelles admissions en réanimation** observée les semaines précédentes se poursuit. **En semaine 49, 1 127** nouvelles admissions en réanimation ont été déclarées vs **1 346** en S48 (Figure 31a).

Figure 31a. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 06 décembre)



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

Figure 31b. Nombre de cas de COVID-19 en réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 06 décembre)



Source : SI-VIC

- La diminution du taux de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation s'est poursuivie en semaine 49 (-16 % : 1,7/100 000 habitants vs 2,0 en semaine 48).

- En semaine 49, le taux d'hospitalisations en réanimation a **diminué dans toutes les régions de France métropolitaine** par rapport à la semaine précédente, excepté en **Bretagne (+47 %)**, **Provence-Alpes-Côte d'Azur (+23 %)**, **Nouvelle-Aquitaine (+19 %)** et **Normandie (+11 %)**.

- Les **plus forts taux hebdomadaires d'admission en réanimation** sont rapportés en **Bourgogne-Franche-Comté (3,1/100 000 habitants)**, **Provence-Alpes-Côte d'Azur (2,8)**, **Auvergne-Rhône-Alpes (2,6)** et **Hauts-de-France (2,0)**. Les autres régions de France métropolitaine rapportaient des taux inférieurs à 2 (Figure 32).

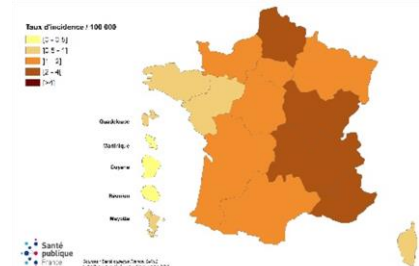
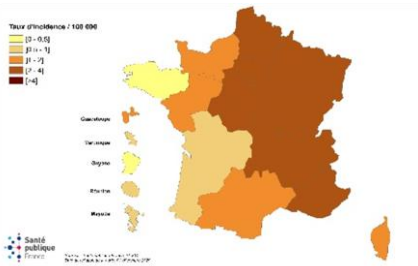
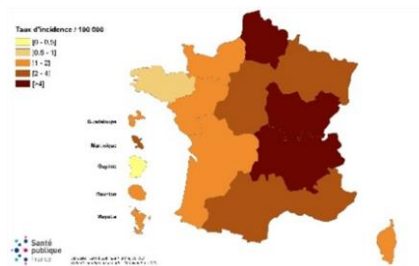
- Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 49, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 était observé à **Mayotte**, avec 0,7/100 000 habitants. Les taux d'admissions en réanimation sont en diminution en S49 par rapport à la semaine précédente partout, sauf à Mayotte où celui-ci est stable.

Figure 32. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 16 novembre et le 06 décembre (S47 à S49) 2020, France

du 16 au 22 novembre 2020

du 23 au 29 novembre 2020

du 30 novembre au 06 décembre 2020



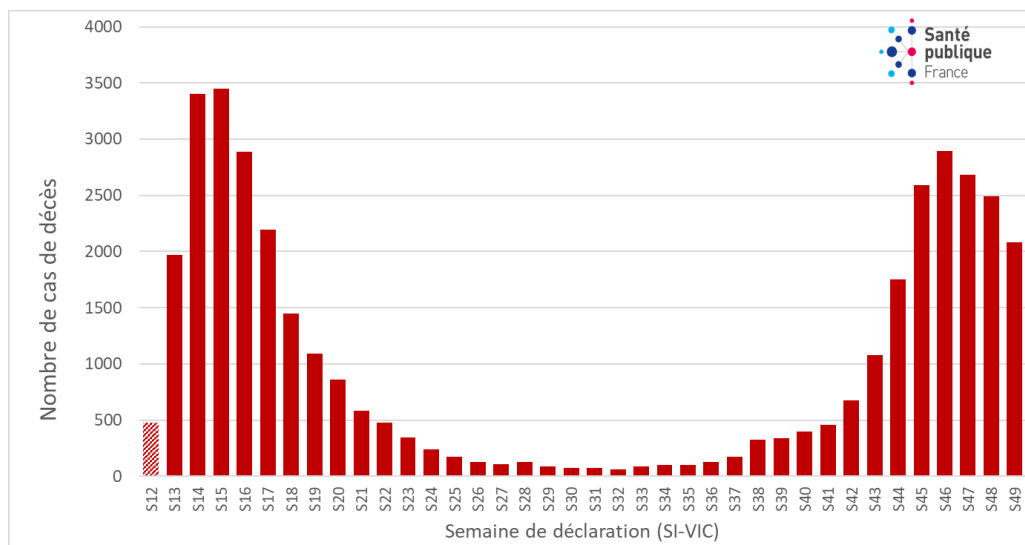
Taux d'incidence / 100 000

- [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 49, 2 085 nouveaux décès ont été déclarés vs 2 490 en semaine 48** (Figure 33).

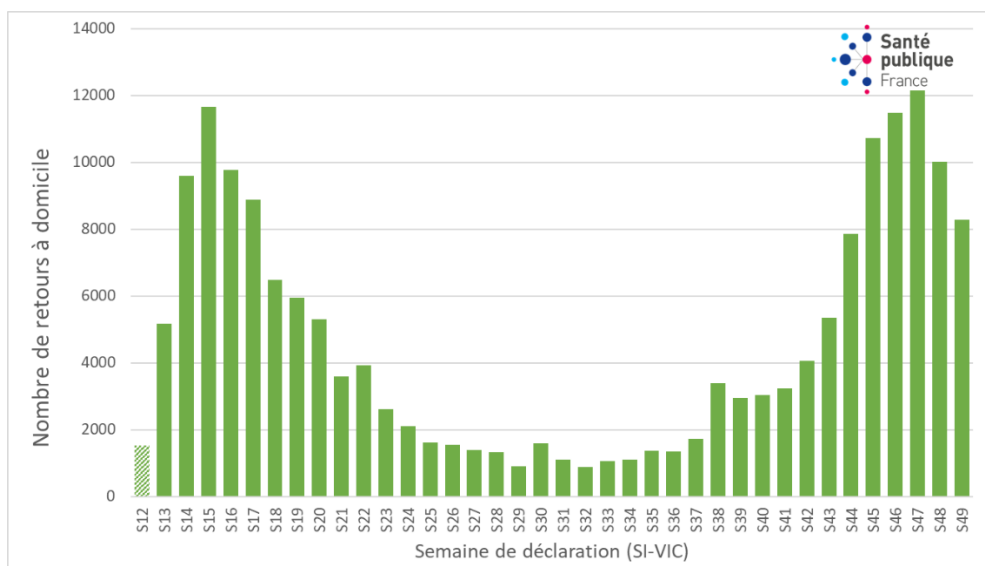
Figure 33. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 06 décembre 2020)



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

- Après plusieurs semaines d'augmentation, le nombre hebdomadaire de déclarations de **retours à domicile** des patients COVID-19 a diminué depuis la semaine 47, passant à 8 285 en S49 vs 10 016 en S48 (Figure 34).

Figure 34. 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 06 décembre 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 29a, 31a, 33, 34) 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 35 et 36) ou par date de décès (Figure 37). Toutefois, les données de la semaine 49 ne sont pas encore consolidées.

Figure 35. 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 06 décembre 2020)

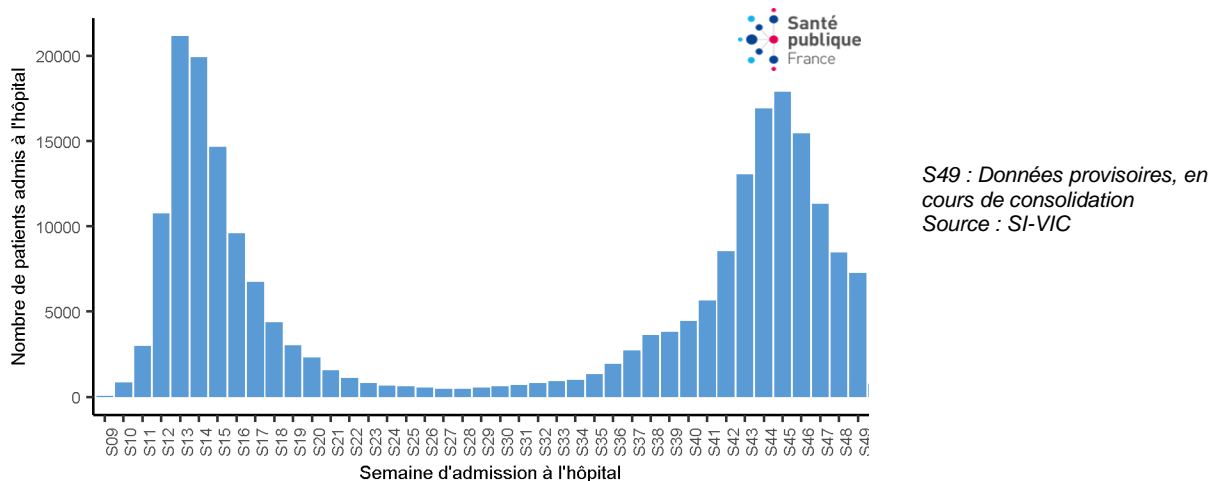


Figure 36. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis en service de réanimation pendant leur hospitalisation, par semaine d'admission en réanimation, depuis le 24 février 2020, France (données au 06 décembre 2020)

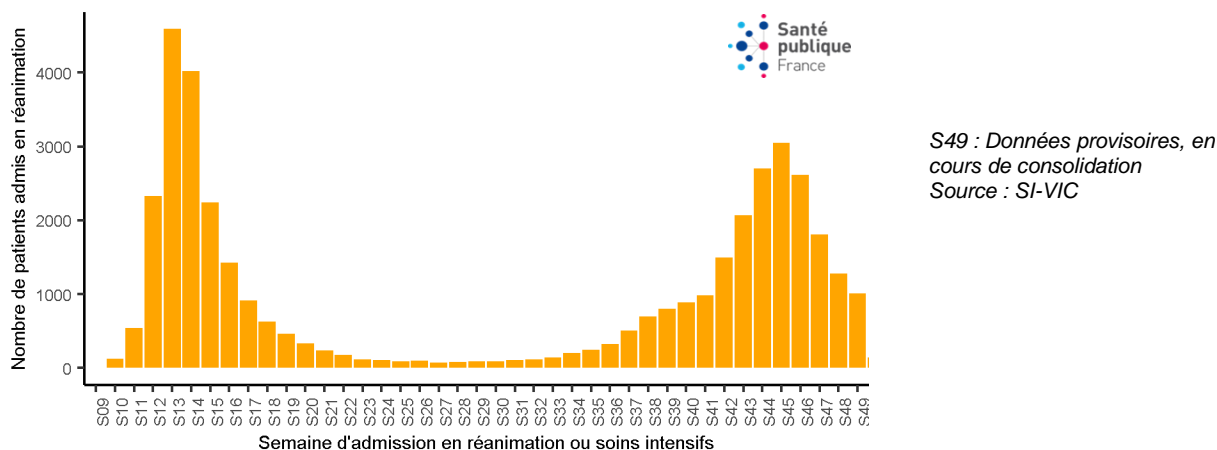
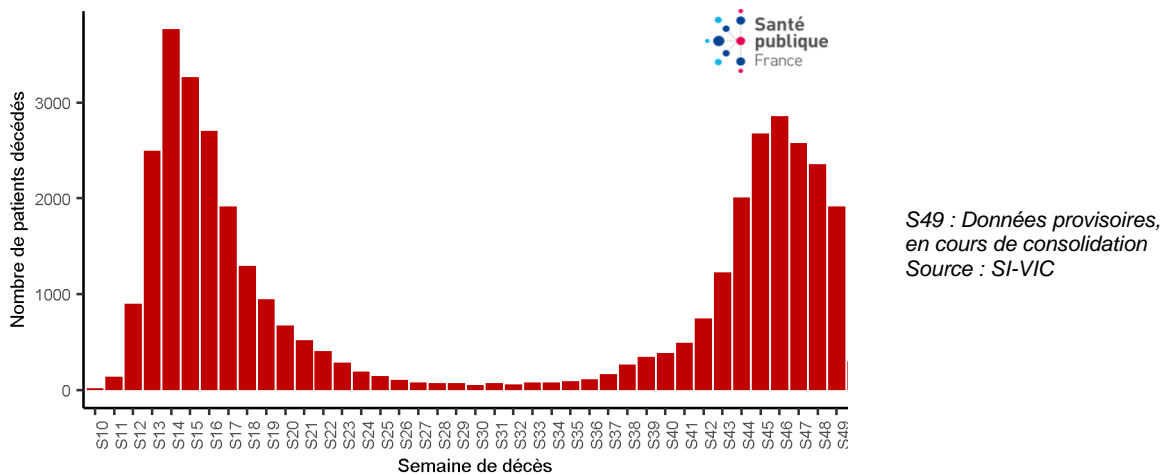


Figure 37. Nombre hebdomadaire de décès à l'hôpital de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 02 mars 2020, France (données au 06 décembre 2020)



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

La surveillance des cas graves de COVID-19 repose sur un réseau sentinelle de 226 services de réanimation situés en France métropolitaine et dans les DOM. Cette surveillance a été réactivée le 05 octobre avec une nouvelle définition de cas, qui s'étend désormais aux patients admis en réanimation avec un diagnostic confirmé de grippe. Elle a pour objectif de décrire les caractéristiques des cas graves de COVID-19 ou de grippe admis en réanimation mais n'a pas vocation à les dénombrer. [Le protocole de la surveillance et la fiche de recueil](#) sont disponibles sur le site de Santé publique France. Les données de surveillance des cas graves de grippe sont disponibles dans le [bulletin grippe hebdomadaire](#). À noter que dans les points épidémiologiques régionaux, la période d'inclusion des données peut différer d'une région à l'autre afin de tenir compte de l'évolution de la surveillance dans la région.

- Entre le 05 octobre et le 08 décembre, parmi les **3 814 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19, 71% étaient des hommes** ; l'âge médian des patients était de **68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]) et 63% étaient âgés de 65 ans et plus ; 47 étaient des professionnels de santé.

- 89% des patients admis en réanimation présentaient au moins une comorbidité** et cette proportion était de **84% parmi ceux âgés de moins de 65 ans**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'**obésité** (IMC \geq 30kg.m⁻²) (46% des cas signalés dont l'IMC était renseigné), l'**hypertension artérielle** (45%) et le **diabète** (31%) (Tableau 5).

- Parmi les 2 641 patients pour lesquels l'information était renseignée, 44% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour, tandis que 18% d'entre eux n'ont pas présenté de SDRA. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 2 850 patients ; 49% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 39% d'une ventilation invasive et 3% d'une assistance extracorporelle (ECMO/ECCO₂R) au cours de leur séjour en réanimation.

- 564 décès** ont été rapportés à ce jour, dont 1 décès chez un professionnel de santé. **L'âge médian des personnes décédées était de 74 ans** (IIQ : [69-80]) ; 85% des personnes décédées étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 549 patients ; parmi eux, 520 (95%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (52%), l'obésité (42% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (37%) (Tableau 5). Entre le 05 octobre et le 08 décembre, **1 843 sorties de réanimation** ont été rapportées.

Tableau 5. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre au 08 décembre 2020 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle (n=3 814), France (données au 08 décembre 2020)

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=3 814)		Cas décédés en réanimation (n=564)	
	n	%	n	%
0-14 ans	14	<1	0	-
15-44 ans	223	6	12	2
45-64 ans	1 183	31	73	13
65-74 ans	1 417	37	205	36
75 et +	956	25	273	49
Non renseigné	21		1	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	420	11	29	5
Au moins une comorbidité	3 296	89	520	95
Obésité (IMC \geq 30) ³	1 531	46	203	42
Hypertension artérielle	1 656	45	288	52
Diabète	1 150	31	172	31
Pathologie cardiaque	916	25	202	37
Pathologie pulmonaire	791	21	143	26
Immunodépression	278	7	66	12
Pathologie rénale	313	8	69	13
Cancer	243	7	68	12
Pathologie neuromusculaire	111	3	29	5
Pathologie hépatique	82	2	20	4
Autre	624	17	97	18
Non renseigné	98		15	

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.

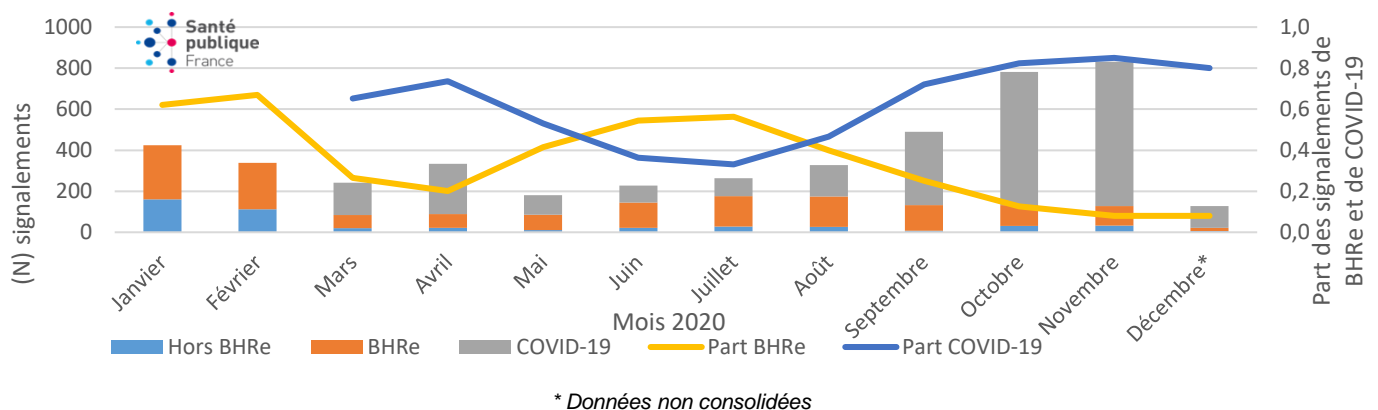
³ La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC est renseigné (n=3 356 et n=483).

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

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

- Entre le 1^{er} janvier et le 06 décembre 2020, 4 590 signalements ont été émis via e-SIN. Ce nombre est supérieur au nombre de signalements émis en 2018 (n=3 197) et 2019 (n=3 219). Ces deux dernières années, la part des signalements de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) était importante, représentant respectivement 62 et 64% des signalements. Cette dynamique est fortement modifiée en 2020 du fait de l'épidémie de COVID-19 (Figure 38).

Figure 38. Évolution des signalements reçus via e-SIN, par mois et type de signalement, et part des signalements de BHRe et COVID-19, du 1^{er} janvier au 06 décembre 2020 (n=4 590), France



- Au 06 décembre 2020, 2 589 signalements de COVID-19 ont été reçus (56,4 % des signalements), soit 515 signalements supplémentaires par rapport à la semaine S46. Parmi ces 2 589 signalements de COVID-19, **2 276 concernaient des cas de COVID-19 nosocomiaux**, c'est-à-dire survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un ES. Ils impliquaient **12 997 patients (127 décès liés), 8 978 professionnels et 10 visiteurs. Parmi ces signalements, 1 481 correspondaient à des cas groupés (au moins 3 cas liés).**

- Depuis début octobre, une nette augmentation du nombre de signalements de cas nosocomiaux de COVID-19, notamment de cas groupés, est observée. La dynamique de ces signalements est corrélée à celle de l'épidémie en population générale. Depuis la semaine 46 (du 09 au 15 novembre), le nombre de signalements de cas groupés diminue (Tableau 6). Par ailleurs, la part des BHRe reste stable depuis plus de 2 mois.

Tableau 6. Description des signalements de cas nosocomiaux de COVID-19 reçus, par semaine du premier cas, entre le 1^{er} janvier et le 06 décembre 2020, France

	S46	S47	S48	S49*	Total depuis le 01/01/2020
Nombre de SIN de COVID-19	124	75	58	12	2 589
Nombre d'ES ayant signalé	97	65	42	12	808
Nombre de SIN de COVID-19 nosocomiaux	122	73	58	11	2 276
Nombre de décès liés à l'infection nosocomiale par la COVID-	3	1	0	1	127
Nombre de SIN de cas groupés	76	58	49	12	1 481

* Données non consolidées

● Depuis le début de l'épidémie, le plus grand nombre de signalements de cas groupés de COVID-19 nosocomiaux a été transmis par 4 régions : Auvergne-Rhône-Alpes (n=244, 16,5%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (n=237, 16%), Île-de-France (n=214, 14,4%) et Hauts-de-France (n=197, 13,3%). Lors de la première vague (jusqu'au 28 juin), les régions signalant le plus de cas groupés ne correspondaient pas strictement aux régions les plus impactées par l'épidémie. Ces discordances sont liées aux pratiques de signalement, hétérogènes d'une région à l'autre et aussi, très probablement, à un manque de temps dans les zones fortement concernées. Pendant la période estivale, seule la région Provence-Alpes-Côte d'Azur a signalé un nombre important de cas groupés. Au cours de la seconde vague, les régions déclarant le plus de cas groupés correspondaient à celles dans lesquelles la circulation du virus était la plus active (Figure 39).

Figure 39. Cas groupés de COVID-19, par région et par période, entre le 1^{er} janvier et le 06 décembre 2020 (n=1 481), France



● L'origine du cas groupé est rapportée pour 1 192 des 1 481 cas groupés (80%) : il s'agit d'un patient pour 638 cas groupés (54%), d'un professionnel (n=463, 39%) ou d'un visiteur (n=71, 6%). D'autres origines sont moins fréquemment rapportées (famille, activité extérieure, multifactorielle).

● Au sein de ces cas groupés, plusieurs hypothèses à l'origine de la transmission peuvent être rapportées dans un même épisode. Parmi les hypothèses formulées, les plus fréquentes étaient la découverte fortuite de cas, les visiteurs/familles et lors des pauses et transmissions des professionnels, mais également le non-respect strict des mesures barrières (Tableau 7).

Tableau 7. Distribution des hypothèses de transmission croisée dans les signalements de cas groupés nosocomiaux entre le 1^{er} janvier et le 06 décembre 2020 (n=1 692), France

Hypothèse de transmission	Nombre de cas groupés (N)	%
Cas non-identifié/découverte fortuite	514	31
Visiteurs/Famille	276	16
Pauses/transmissions	186	11
Non-respect des mesures barrières	144	9
Sphère privée	113	7
Patient déambulant	107	6
Lors des soins	87	5
Contact d'un cas COVID-19 positif	82	5
Chambre double	76	4
Difficultés application bonnes pratiques	75	4
Autres	32	2
Total	1 692	100

● Un dépistage a été mis en place dans 44% des cas groupés, intégré à d'autres mesures correctives, au premier plan desquelles se placent les mesures d'hygiène : renforcement des mesures barrières (40% des signalements), mise en place des précautions complémentaires ou d'isolement (9%). Les autres mesures correctives présentes dans les signalements étaient : la mise en place ou le transfert dans un secteur COVID-19 (3%), l'arrêt ou la limitation des visites (3%) et enfin l'arrêt des admissions et/ou d'activités (2%).

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

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

- Entre le 1^{er} mars et le 08 décembre 2020, **56 352 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **38 739** décès étaient survenus au cours d'une hospitalisation et **17 613** décès parmi des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements médico-sociaux (EMS) (données au 06 décembre).

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

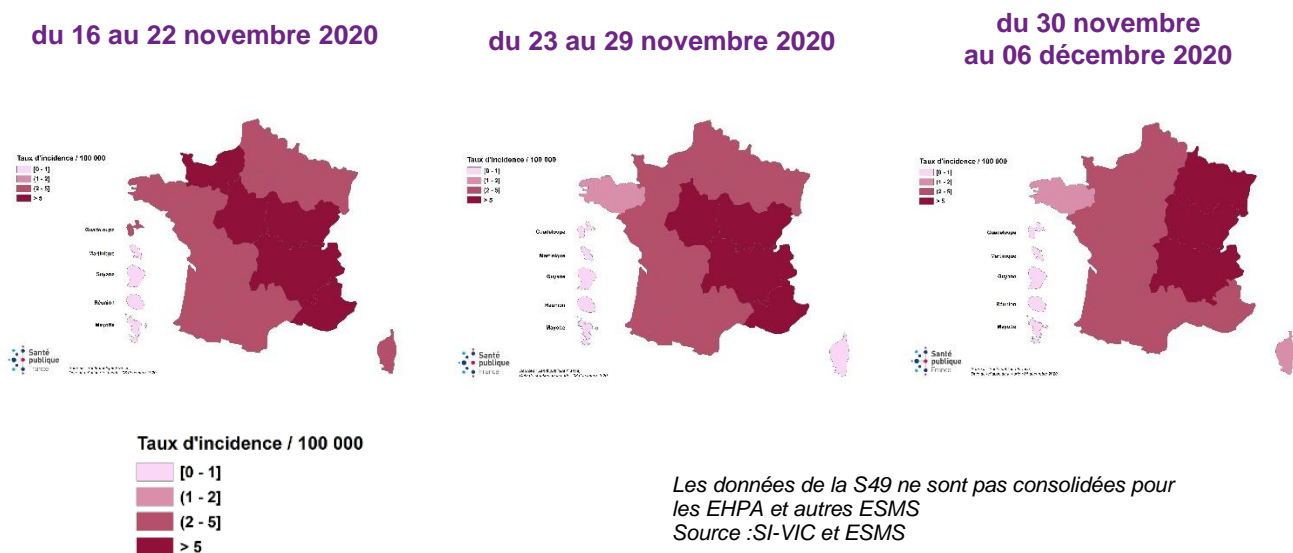
- Au niveau national, **le nombre hebdomadaire de décès a diminué en semaine 48**, avec 3 204 décès vs 3 889 en S47 (-17,6 %, données consolidées) et **semble** diminuer à nouveau en semaine 49 avec **2 589 décès** (-19,2 %, données non consolidées). En S48, cette diminution est constatée à la fois parmi les décès hospitaliers (-6,8 %) et parmi les décès en ESMS (-41,1%). En semaine 49, les décès survenus à l'hôpital sont à nouveau en diminution (-16,0 %, données consolidées). La diminution des décès en ESMS entre les semaines 48 et 49 ne peut pas encore être confirmée, du fait de données non consolidées à ce jour.

- **Le taux hebdomadaire de décès** à l'échelle nationale était de **3,86 pour 100 000 habitants** en S49 (vs 4,78 en S48 et 5,80 en S47 – données consolidées pour S47 et S48).

- **En semaine 49**, les **plus forts taux de décès** de patients COVID-19 **par région** rapportés à la population (/100 000 habitants) étaient observés en Auvergne-Rhône-Alpes (7,6), Bourgogne-Franche-Comté (7,0) et Grand Est (5,2) (Figure 40).

- Entre les semaines 47 et 48, une diminution était observée dans toutes les régions de France métropolitaine.

Figure 40. Taux hebdomadaires de décès dus à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS), évolution du 16 novembre au 06 décembre (S47 à S49), 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, 23 478 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 8).

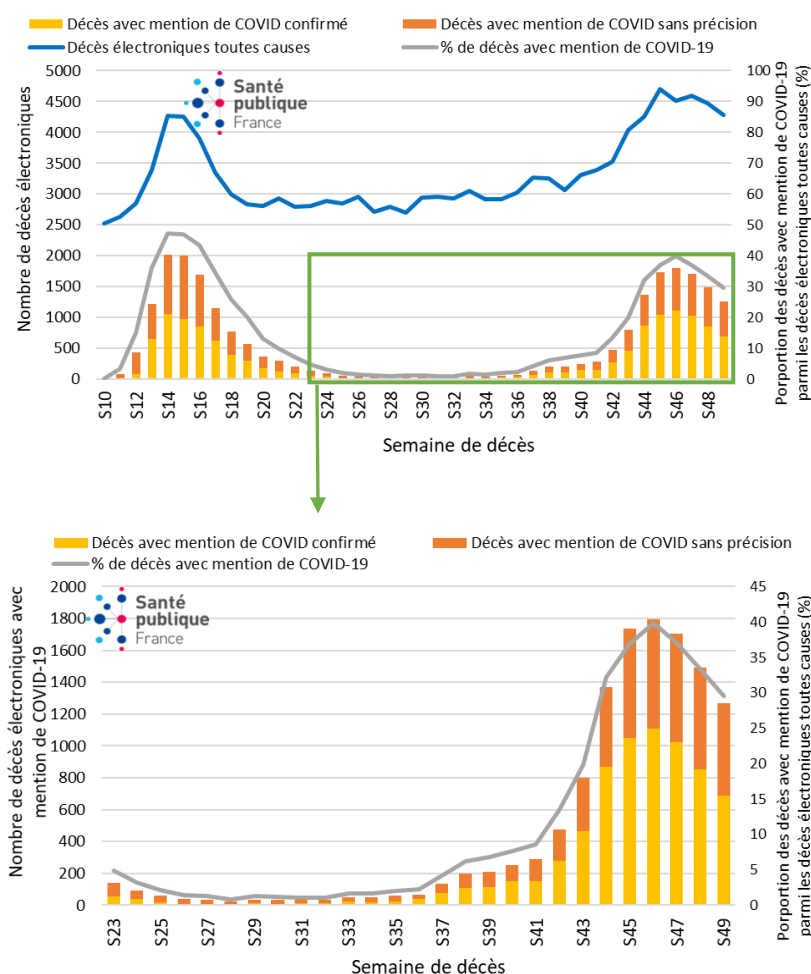
- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92% avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 55% de ces décès.
- Des comorbidités étaient renseignées pour 15 193 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 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 49** (du 30 novembre au 06 décembre 2020), **1 266 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 29,6% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 41). **Ce nombre de décès est en diminution pour la troisième semaine consécutive** (-228 décès, soit -15%, par rapport à la semaine 48).

● Parmi les 1 266 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 970 (76,6%) étaient âgées de plus de 75 ans, 203 personnes étaient âgées de 65-74 ans et 89 personnes étaient âgées de 45 à 64 ans. On note le décès de 4 personnes âgées de 15 à 44 ans. Ces effectifs sont tous en baisse par rapport à ceux de la semaine précédente.

Figure 41. Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars au 06 décembre 2020, France (données au 08 décembre 2020)



Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc.

Tableau 8. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars au 07 décembre 2020, France (données au 08 décembre 2020)

Sexe	n	%				
Hommes	12 851	55				
Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ou non renseigné¹		Avec comorbidités¹		Total²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	3	100	3	0
15-44 ans	54	35	100	65	154	1
45-64 ans	488	29	1 195	71	1 683	7
65-74 ans	1 055	31	2 369	69	3 424	15
75 ans ou plus	6 688	37	11 526	63	18 214	78
Tous âges	8 285	35	15 193	65	23 478	100

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	15 193	65
Aucune ou non renseigné	8 285	35

Description des comorbidités	n	%
Obésité	877	6
Diabète	2 480	16
Pathologie respiratoire	1 992	13
Pathologie cardiaque	5 255	35
Hypertension artérielle	3 448	23
Pathologies neurologiques *	1 295	9
Pathologie rénale	1 904	13
Immunodéficience	348	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 42). Une légère diminution s'est amorcée en semaine 46 (du 09 au 15 novembre) et semble plus marquée en semaines 47 (du 16 au 22 novembre) et 48 (du 23 au 29 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 +26,2% en semaine 44, à +32,7% en semaine 45, +30,6% en semaine 46 et +24,1% en semaine 47. 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 48 sera précisée la semaine prochaine.

- **Au niveau régional** (Figure 43), une diminution semble s'amorcer dans la plupart des régions métropolitaines sur les semaines 47 et 48. On note toutefois une hausse du nombre de décès en semaine 48 dans les régions Bourgogne-Franche-Comté et Centre-Val de Loire, ainsi qu'une stabilisation dans le Grand Est (Figure 44). Au total, 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, en semaine 47 dans 11 régions et **en semaine 48 dans 9 régions** : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie.

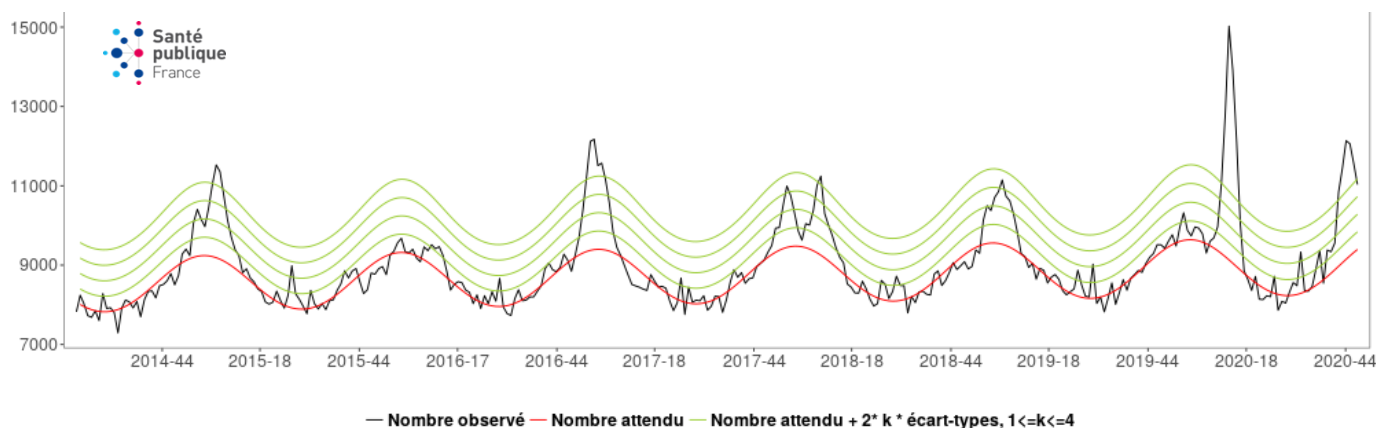
- L'excès de mortalité reste plus particulièrement marqué en semaine 48 en **Auvergne-Rhône-Alpes** (qui avait déjà atteint un niveau exceptionnel entre les semaines 44 et 47) et en **Bourgogne-Franche-Comté**.

- **À l'échelon départemental**, 33 départements présentaient un excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue en semaine 43, 31 départements en semaine 44, 48 départements en semaine 45, 47 départements en semaine 46, 35 départements en semaine 47 et **32 départements en semaine 48** (Figure 44).

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

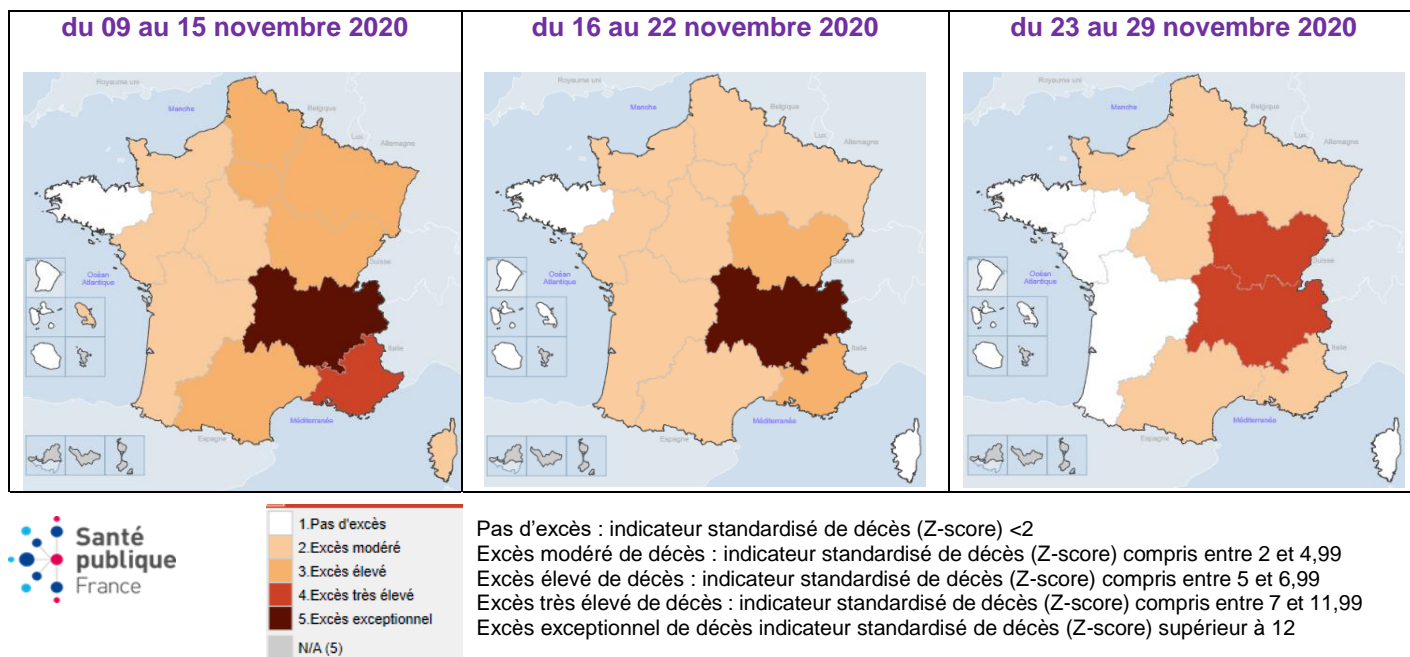
- Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer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

Figure 42. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 17-2014 à la semaine 48-2020, France



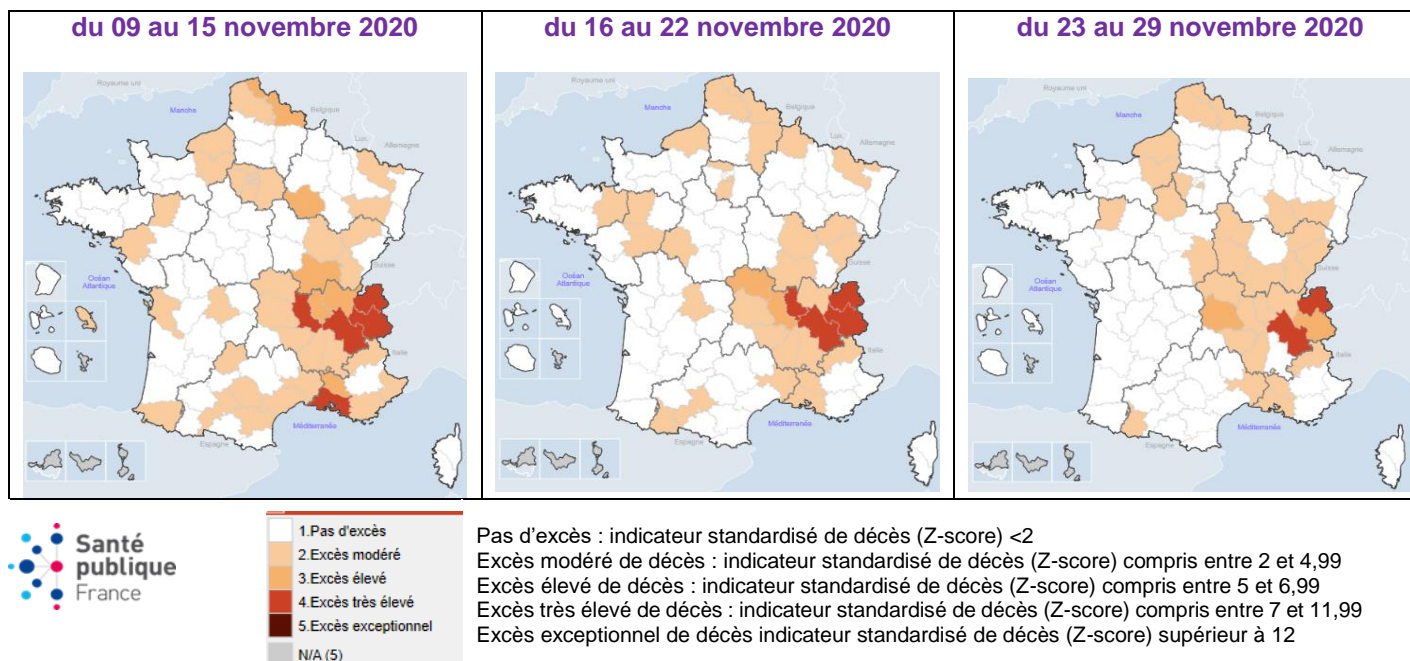
Sources : Santé publique France - Insee

Figure 43. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 46, 47 et 48 de 2020, données au 08 décembre 2020, par région, France



Sources : Santé publique France - Insee

Figure 44. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 46, 47 et 48 de 2020, données au 08 décembre 2020, par département, France



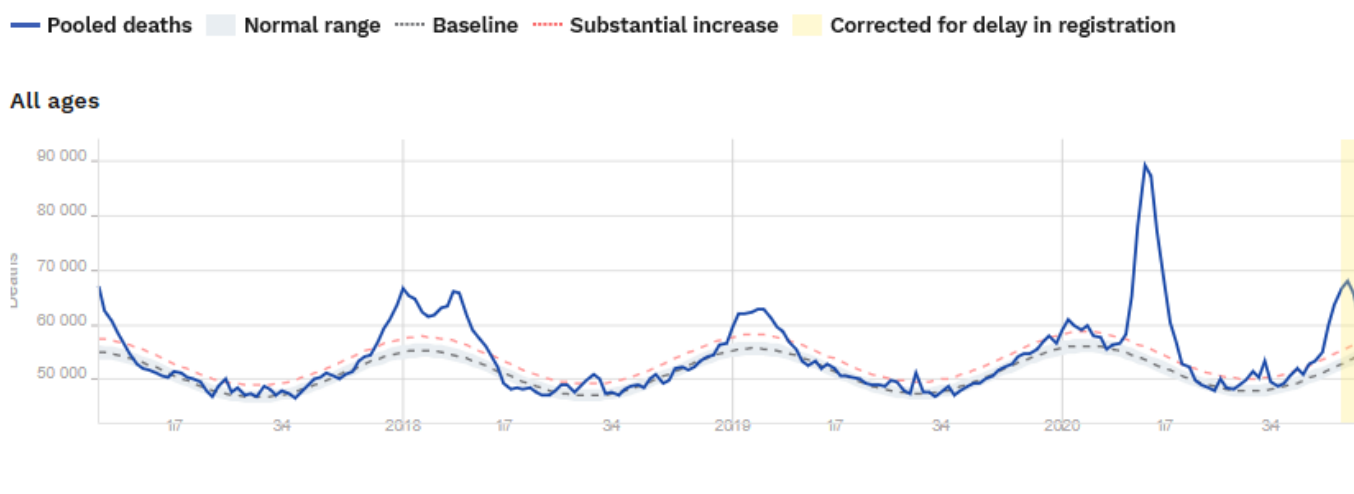
Sources : Santé publique France - Insee

► 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 46 (Figure 45). Le nombre de décès amorce une diminution en semaine 47. Le niveau atteint au pic en semaine 46 reste inférieur à celui observé lors de la première vague de l'épidémie.

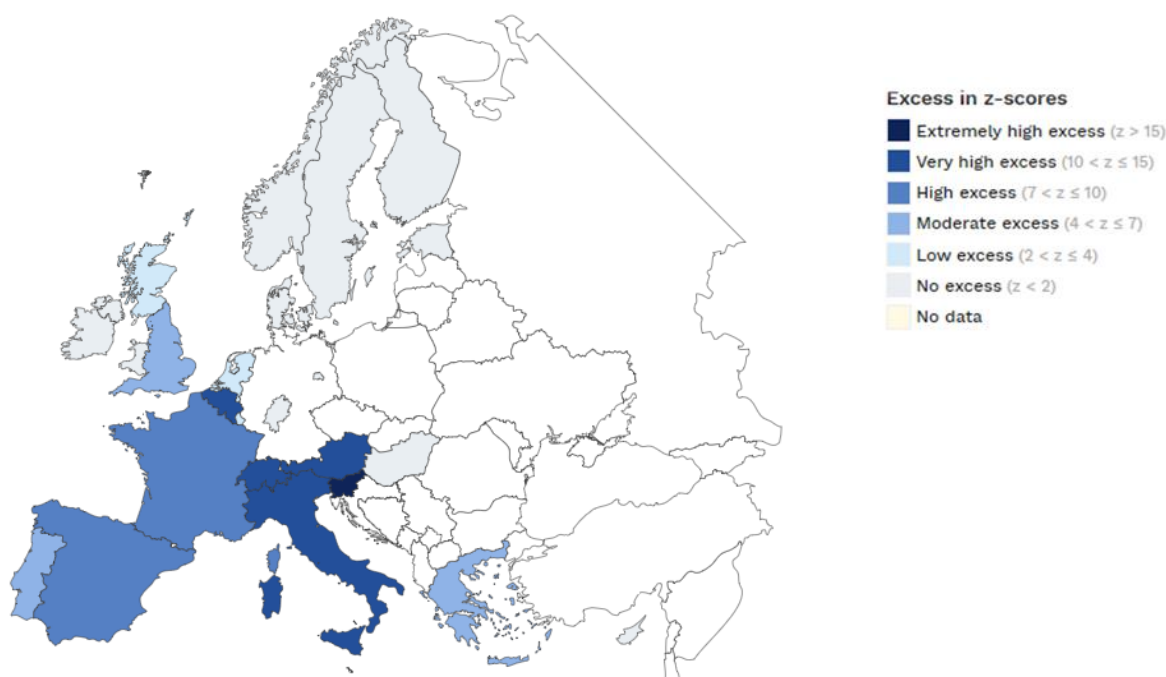
Un excès de mortalité était observé dans quatorze pays/régions en semaine 44, dans quinze pays/régions en semaine 45, dans quinze pays/régions en semaine 46 et dans treize pays/régions en semaine 47 (Angleterre, Ecosse, Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, France, Italie, Grèce, Autriche, Suisse, Slovénie, Portugal et Espagne) (Figure 46).

Figure 45 . Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 26 pays/régions européens, de la semaine 03-2017 à la semaine 48-2020 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 02 décembre 2020)



Source : EuroMOMO

Figure 46. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 47-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 02 décembre 2020)

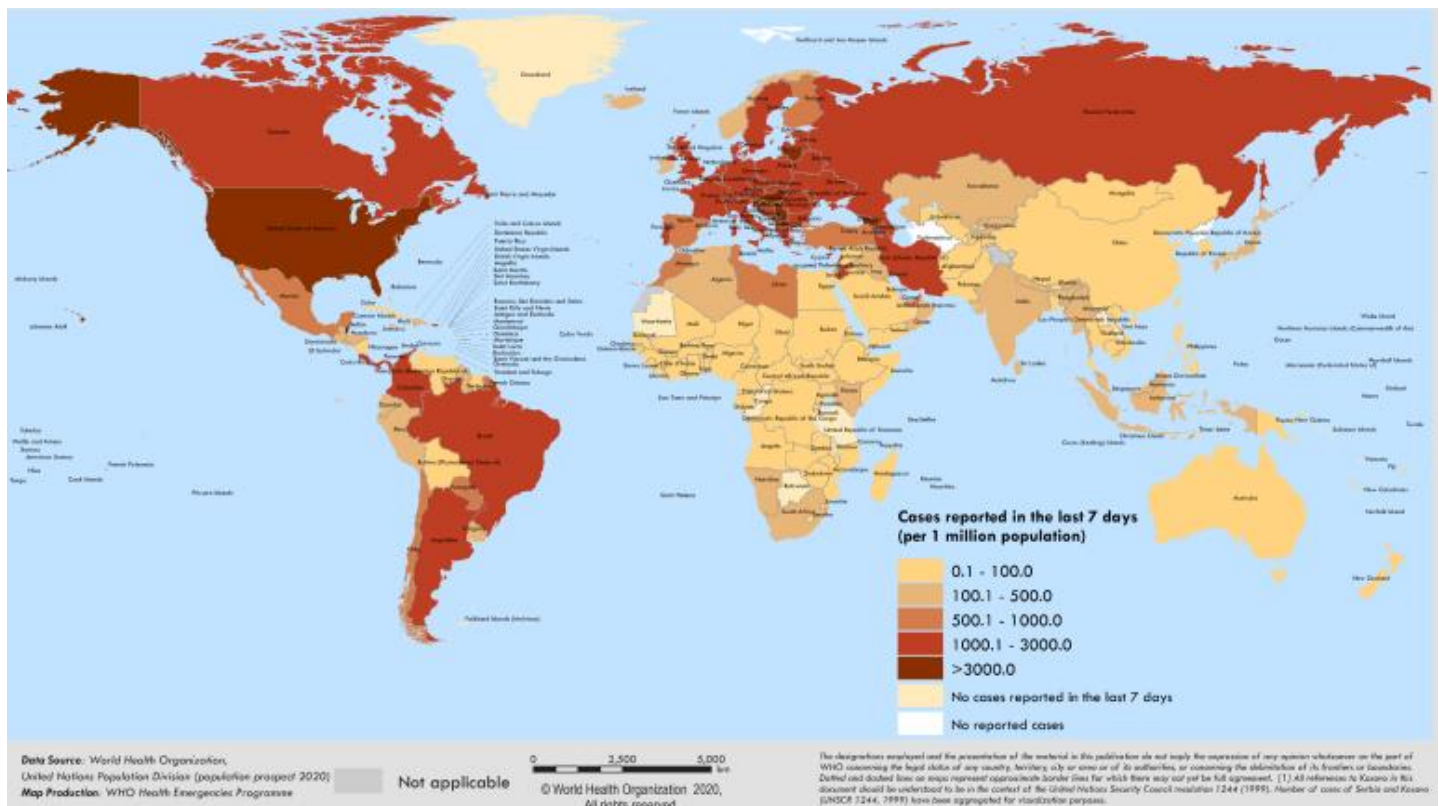


Source : EuroMOMO

SITUATION INTERNATIONALE

● Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 66 729 375 cas confirmés de COVID-19 ont été rapportés **dans le monde** - dont 1 535 982 décès - au 08/12/2020. Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Amériques** et en **Europe**, à l'origine respectivement de 46% et 37% des cas rapportés dans le monde sur les 7 derniers jours (données OMS pour la période du 30 novembre au 06 décembre 2020 ; Figure 47). Une augmentation du nombre de nouveaux cas (+12%) et de décès par COVID-19 (+18%) est observée dans la zone Amériques. Bien qu'en léger déclin, la dynamique épidémique reste soutenue pour la zone Europe (-9% pour les nouveaux cas ; -3% pour le nombre de décès liés à la COVID-19). Globalement, l'Afrique décrit une augmentation du nombre de cas récents (+9%) tandis que le nombre de nouveaux cas baisse en Asie du Sud-Est (-10%), au Moyen-Orient (-3%) et continue de décroître en Océanie. Les États-Unis, le Brésil et l'Inde rapportent le plus grand nombre de cas dans le monde en semaine 49, suivis de la Russie, l'Italie, l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Ukraine, l'Iran et la Pologne.

Figure 47. Nombre de cas de COVID-19 sur les 7 derniers jours (pour 1 million d'habitants) par pays, données du 30 novembre au 06 décembre 2020 (semaine 49)



Source : OMS

● Dans la zone **Amériques**, le nombre de nouveaux cas est en hausse de 12% en semaine 49 (contre +3% en semaine 48). Ces augmentations sont rapportées aux États-Unis (+1 845 816 nouveaux cas ; 68% des cas sur les 7 derniers jours pour la zone Amériques), au Brésil (+295 618, +35% de cas par rapport à la semaine précédente), au Mexique (+66 095, +2%), au Canada (+43 505, +13%) mais également au Panama, au Costa Rica et dans certains pays de la Caraïbe (Curaçao, République dominicaine, Trinidad-et-Tobago). La situation est stable par rapport à la semaine 48 en Colombie (+62 097) et en Argentine (+47 354) qui rapportent néanmoins un nombre de cas récents élevé. Pour plus de détails sur la zone Amériques, [cliquez ici](#).

● En **Asie**, les indicateurs de l'épidémie, en déclin depuis mi-septembre jusqu'à mi-novembre, sont en légère hausse, mais à des niveaux inférieurs à ceux rapportés dans les zones Amériques et Europe. L'Inde présente un taux d'incidence en léger déclin mais contribue à 76% du nombre de nouveaux cas hebdomadaires (+251 303 cas en semaine 49, -15% par rapport à la semaine précédente) et 70% des décès. Pour plus de détails sur l'Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#). L'épidémie est en phase ascendante au Japon (+15 445 nouveaux cas) et en Corée du Sud (+3 783).

● En **Océanie**, l'épidémie est en baisse, maîtrisée en Australie et en Nouvelle-Zélande. La Polynésie française continue de rapporter le plus grand nombre de cas dans la région, avec une incidence hebdomadaire en baisse mais se situant à un niveau élevé (362 cas /100 000 habitants). Pour plus de détails sur l'Océanie, [cliquez ici](#).

● Au **Moyen-Orient**, l'épidémie reflue pour la deuxième semaine consécutive (-2% pour les nouveaux cas ; -12% pour les décès par COVID-19) avec, néanmoins, une situation contrastée : l'épidémie reste active en Iran (+93 187 nouveaux cas) et dans les Territoires palestiniens (+14 841), elle est en baisse mais se maintient à des niveaux élevés en Jordanie (+26 804) et au Liban (+10 239) et est à nouveau en phase ascendante aux Émirats arabes unis (+8 774) et en Israël (+8 607). Par ailleurs, une baisse du nombre de nouveaux cas est décrite depuis plusieurs semaines dans certains pays du Golfe (Bahreïn, Koweït, Qatar). Pour plus de détails sur le Moyen-Orient, [cliquez ici](#).

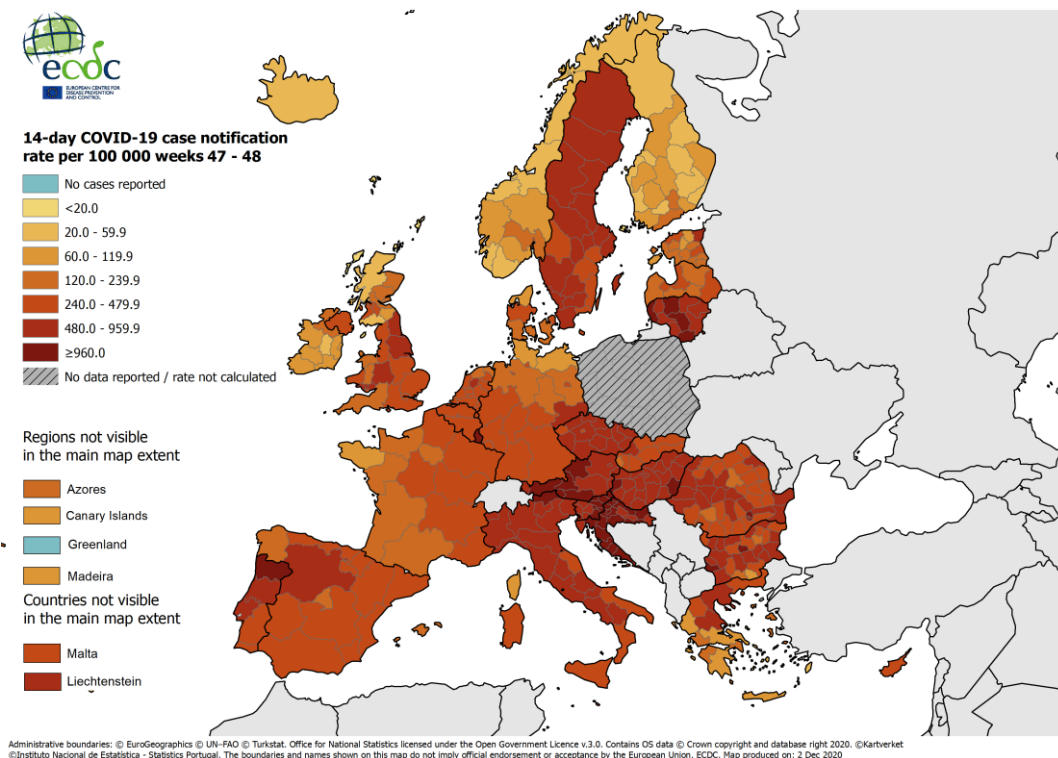
● En **Afrique**, l'épidémie demeure globalement en phase ascendante mais à des niveaux bas comparativement à d'autres continents. Le nombre de nouveaux cas augmente en Algérie (+6 290), est stable en Afrique du Sud (+25 310), au Kenya (+5 379) et en Éthiopie (+3 810) et est en baisse au Maroc (+27 050), en Tunisie (+8 011) et en Libye (+4 256). L'Égypte rapporte une hausse continue de cas de COVID-19 depuis mi-octobre (+2 831 cas en semaine 49), le niveau de transmission restant lié à des clusters (classification OMS). Pour plus de détails sur l'Afrique, [cliquez ici](#).

● En **Europe**, plusieurs pays de l'UE/EEA et le Royaume-Uni rapportent une stabilisation ou une baisse de certains indicateurs épidémiologiques sur les 7 derniers jours (taux d'incidence récente et de positivité des tests) qui demeurent néanmoins à des niveaux élevés (Figure 48), documentant ainsi une circulation active du SARS-CoV-2. La pression hospitalière est élevée et la mortalité pour COVID-19 reste en phase ascendante en UE/EEA en semaine 48. Plusieurs pays rapportent actuellement une augmentation du nombre de nouveaux cas, avec une 2^e vague qui demeure en phase ascendante (Croatie, Lituanie, Danemark, Finlande, Estonie et Lettonie), tandis que d'autres documentent une stabilisation ou une baisse récente qui restent à confirmer. Une reprise de l'épidémie semble s'amorcer aux Pays-Bas (tendance à confirmer) (Figure 49). D'après la situation épidémiologique actuelle et les mesures de restriction instaurées dans différents pays, l'[ECDC](#) estime qu'à l'approche des fêtes de fin d'année, les rassemblements, les mobilités et la « fatigue pandémique » constituent un risque élevé de reprise de l'épidémie pour la population générale et très élevé pour les populations vulnérables - dont les personnes âgées ou à risque - dans les pays de l'UE/EEA et au Royaume-Uni. Parmi les pays de l'UE/EEA, les taux d'incidence hebdomadaires les plus élevés en semaine 49 sont observés au Luxembourg (587,7 cas/100 000 habitants), en Croatie (582,9), en Lituanie (517,4), en Slovénie (505,1), en Hongrie (396,5), en Suède (336), en Bulgarie (272,8), au Portugal (271,8) et en Autriche (270,4) - données ECDC du 30 novembre au 06 décembre 2020.

Hors zone UE/EEA, des taux d'incidence élevés sont observés dans le Caucase et dans les Balkans (Géorgie, Serbie, Monténégro, Macédoine du Nord, Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, Arménie, Moldavie, Kosovo) : leur taux d'incidence varie de 217 à 753 cas pour 100 000 habitants en semaine 49. Le nombre de nouveaux cas reste élevé en Russie (+191 454) et en Ukraine (+90 627). Bien qu'en baisse, l'épidémie demeure très active en Suisse (+23 167 cas en semaine 49, données OMS ; taux d'incidence de 305,3/100 000 en semaine 49, données ECDC). Pour plus de détails sur l'Europe, [cliquez ici](#).

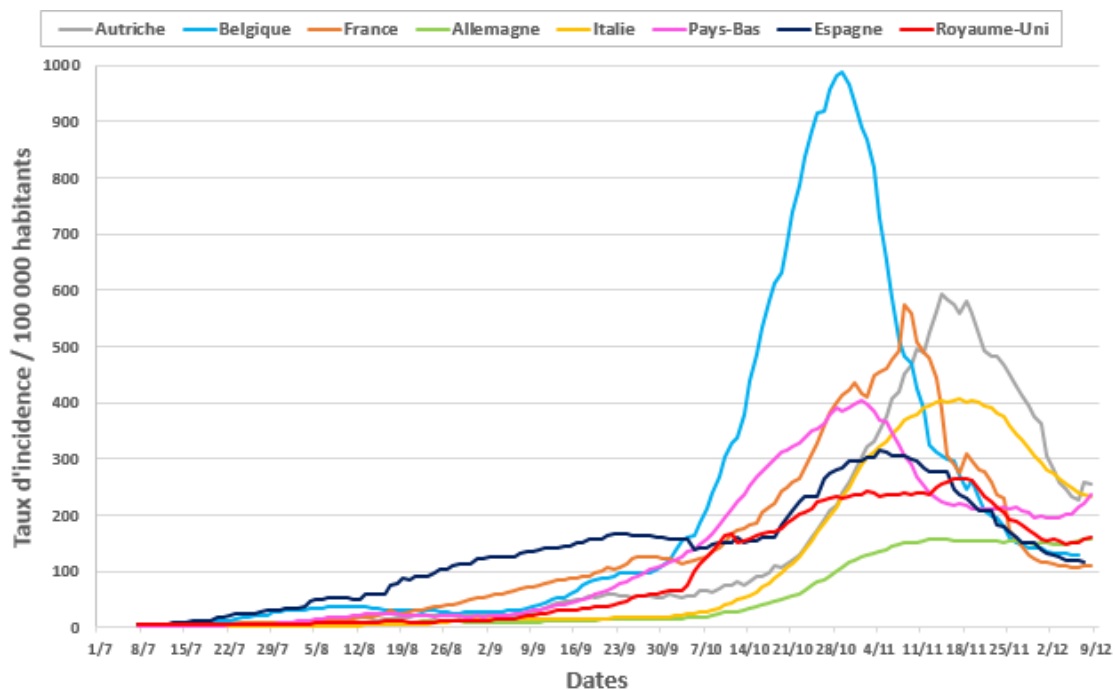
Point d'attention : les données présentées ne tiennent pas compte des spécificités des systèmes de surveillance et des capacités diagnostiques des différents pays.

Figure 48. Taux d'incidence sur 14 jours des cas de COVID-19 pour 100 000 habitants pour les semaines 47-48 dans les pays de l'UE/EAA et le Royaume-Uni



Source : ECDC

Figure 49. Taux d'incidence des cas de COVID-19 sur 7 jours pour 100 000 habitants dans les principaux pays* limitrophes à la France entre le 01/07/2020 et le 08/12/2020



Source : données ECDC

NB : données au 06/12 pour la Belgique et au 07/12 pour l'Espagne.

* Pays comparables avec la France en termes de nombre d'habitants et de système de surveillance épidémiologique.

Pour en savoir + sur la situation internationale :

- en Europe : [ECDC - Weekly Surveillance Report \(semaine 48\), 3 décembre 2020](#)

- dans le monde : [OMS - Weekly Epidemiological Update \(semaine 49\), 8 décembre 2020](#)

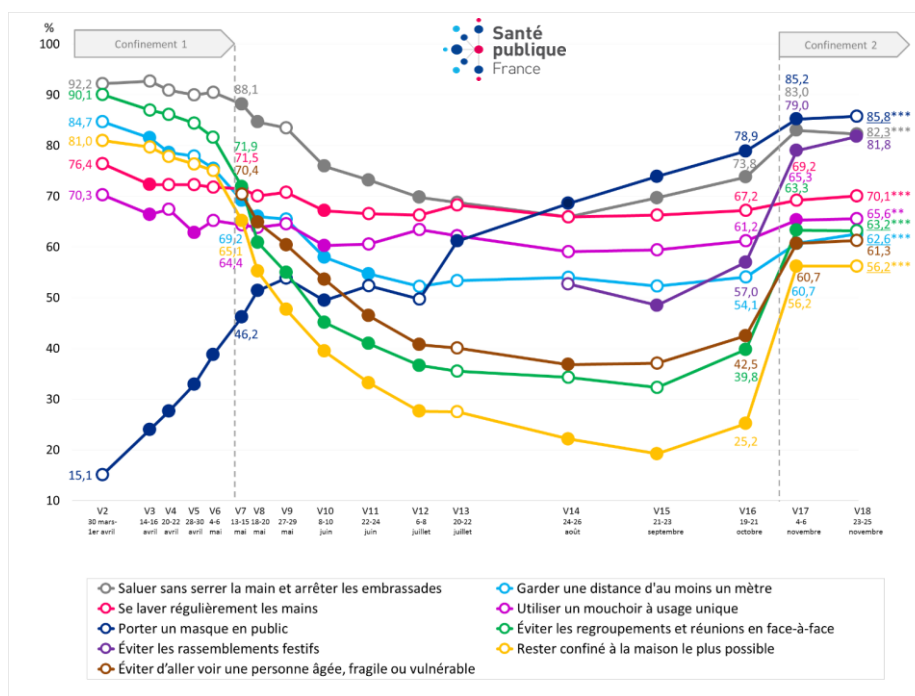
PRÉVENTION

► 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 2020), l'adoption systématique de toutes les mesures en lien avec la limitation de l'interaction sociale demeurait stable par rapport à la vague 17 (4-6 novembre 2020), excepté pour le fait d'« éviter des rassemblements festifs » qui progresse de 3 points par rapport à la vague précédente (Figure 50). Toutes les classes d'âge sont concernées par cette stabilité.

Figure 50. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev, novembre 2020, France métropolitaine



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 étaient le plus souvent **les hommes**. Les personnes **ne présentant pas de risque de développer une forme grave de COVID-19** adoptaient moins de mesures de distanciation physique et étaient moins nombreuses à rester le plus souvent confinées à la maison. Les personnes déclarant **une bonne situation financière** adoptaient moins de mesures d'hygiène et de distanciation physique.

- 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) étaient 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).

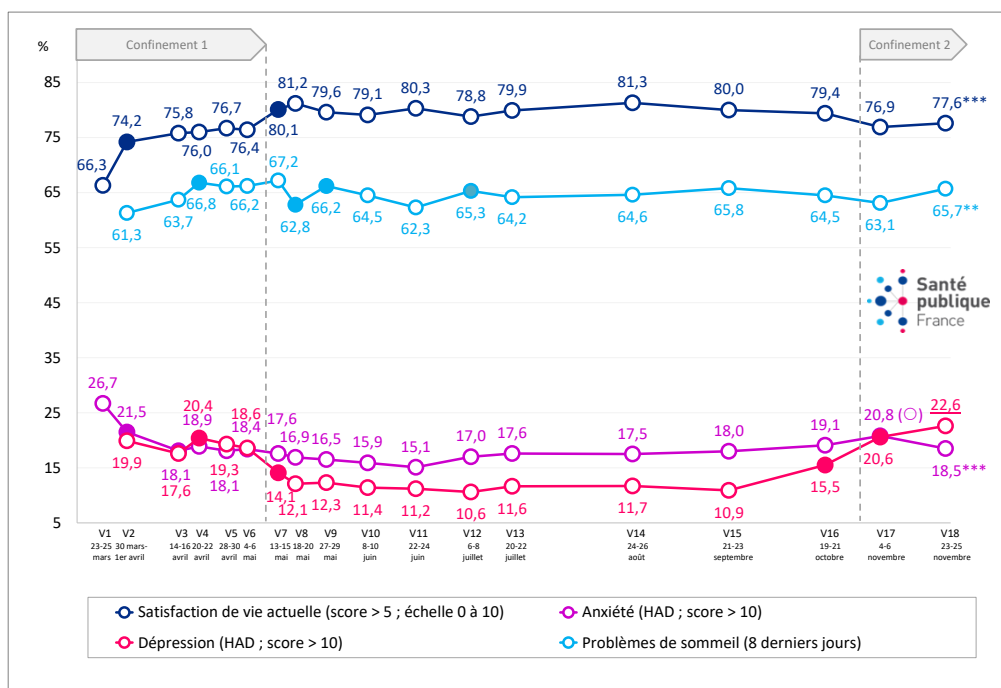
- Le fait d'être **inquiet des conséquences de l'épidémie sur la santé** augmentait l'adoption systématique des mesures de prévention pour trois indicateurs (mesures d'hygiène, port du masque en public et rester confiné à la maison). Le **sentiment de colère** diminuait l'adoption de mesures associée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

► 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 n'a été observée par rapport à la vague précédente (vague 17, 4-6 novembre) (Figure 51).
- 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 (18-24 ans et 25-34 ans), les étudiants et les personnes en situation de précarité (personnes déclarant une situation financière très difficile, en situation de chômage partiel ou déclarant une forte promiscuité au sein de leur logement).
- Les **problèmes de sommeil** présentaient un niveau supérieur à celui observé en début de confinement (vague 2, 30 mars-1^{er} avril) et se maintenaient à un niveau élevé (supérieur à 65%).

Figure 51. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, 2020, France métropolitaine



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** étaient :

- 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 ;
- les **18-34 ans** et les **catégories socioprofessionnelles défavorisées** (CSP-) pour les états anxieux et dépressifs ;
- les **25-49 ans** pour les problèmes de sommeil.

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** étaient :

- 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.

• **les facteurs affectifs (émotions ressenties vis-à-vis de la situation épidémique et des mesures de prévention)** associés à **une santé mentale plus dégradée** étaient :

- **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.

► 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).

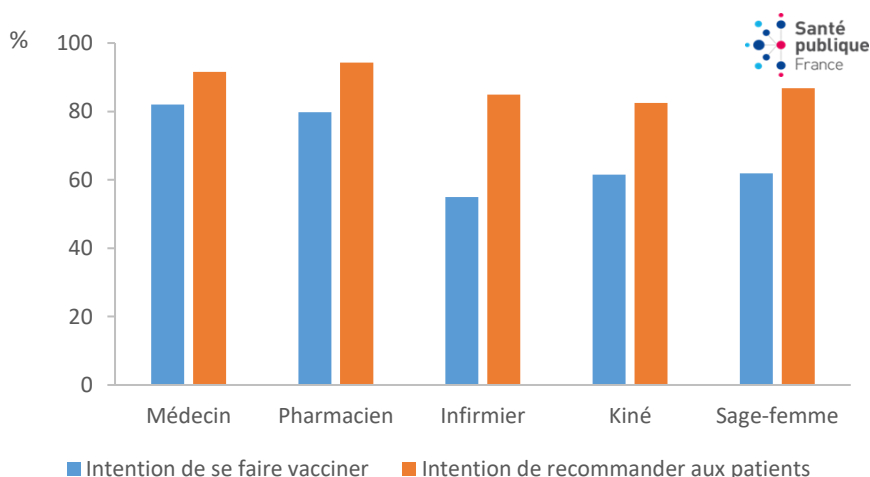
- En novembre 2020, seule la moitié des personnes interrogées (53%) répondait vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la COVID-19. Ce résultat est en baisse par rapport au mois de juillet quand 64% disaient avoir l'intention de le faire. Les hommes, les CSP+ et les personnes les plus âgées étaient les plus enclins à se faire vacciner.
- 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 et 88% conseilleraient à leurs patients de se faire vacciner. Les disparités entre professions sont importantes (Figure 52).

Figure 52. 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. Enquête Professionnels de santé, prévention et COVID-19, 2020, France métropolitaine



SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 49 (du 30 novembre au 06 décembre), **les indicateurs de suivi de l'épidémie de COVID-19 montraient une faible diminution de la circulation du SARS-CoV-2 en France, contrastant avec la forte baisse observée les quatre semaines précédentes suite au passage du pic épidémique.**

Au niveau national, en semaine 49, le taux d'incidence des cas confirmés de COVID-19 était de 107 pour 100 000 habitants. **Le nombre de nouveaux cas confirmés par test RT-PCR ou par test antigénique était de 72 121**, soit une baisse faible, de 6% par rapport à la semaine précédente (76 500 cas en S48). Une diminution importante avait été observée dans toutes les classes d'âge les quatre semaines précédentes (-31% entre les S47 et S48). La diminution observée est plus importante chez les moins de 15 ans (-12% en S49 vs -35% en S48) que dans les autres classes d'âge. Les personnes âgées de 75 ans et plus étaient les plus touchées par le SARS-CoV-2 (incidence de 190/100 000), suivies de celles âgées de 15-44 ans (123) puis de 45-64 ans (108). Le taux de dépistage, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, était plus élevé que ceux des autres classes d'âge depuis plusieurs semaines, en lien probable avec des tests plus fréquents auprès de cette population vulnérable.

Le taux de positivité au niveau national était de 6,4% en semaine 49 et semblait se stabiliser dans toutes les classes d'âge, après quatre semaines consécutives de diminution.

Les résultats des tests antigéniques sont renseignés dans le système SI-DEP depuis le 17 octobre pour les tests en **laboratoires de biologie médicale** et depuis le 16 novembre pour les tests **hors des laboratoires de biologie médicale**. La production des indicateurs (taux d'incidence, taux de positivité et taux de dépistage) inclut désormais tous les résultats de **tests RT-PCR et antigéniques** transmis par ce système.

Parallèlement, du fait de l'augmentation de la capacité de dépistage et de la fréquence croissante de personnes testées plusieurs fois, un **ajustement de la définition des personnes testées** a été effectué. Ainsi, pour prendre en compte la prolongation de l'épidémie, l'augmentation importante de l'offre de tests et donc la fréquence croissante du nombre de personnes négatives testées plusieurs fois, le nombre de personnes testées correspond dorénavant à toutes les personnes ayant eu au moins un test pendant la période considérée et n'ayant jamais été testées positives dans les 60 jours précédents. De plus, pour prendre en compte les dernières connaissances scientifiques sur la possibilité de réinfections, les nouveaux cas recensés sont les personnes qui présentent un test positif soit pour la première fois, soit plus de 60 jours après un précédent test positif.

Tous les indicateurs (taux d'incidence, de positivité, de dépistage) ainsi que leur historique, ont été produits à partir de ces nouvelles méthodes, ce qui permet une **adaptation en continu pour un suivi au plus près de la dynamique épidémique**. L'application de ces nouvelles méthodes n'a pas d'impact significatif sur le taux d'incidence car les personnes testées positives à plusieurs reprises sont rares. Les indicateurs les plus impactés sont le taux de positivité, qui diminue, et le taux de dépistage, qui augmente du fait de l'augmentation du nombre total de personnes testées. **En revanche, ces indicateurs conservent au cours du temps des tendances identiques à celles communiquées jusqu'à présent.**

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 (63/100 000 habitants en S49 vs 68 en S48).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était **en diminution en semaine 49**, mais avec une baisse moins importante par rapport à la semaine précédente (-10% en S49 vs -20% en S48).

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 diminution en semaine 48. Il est nécessaire d'attendre la consolidation des données des dernières semaines pour confirmer cette tendance.

Une diminution du nombre de **passages pour suspicion de COVID-19 aux urgences** était observée (-10% en S49), cette baisse étant moins marquée par comparaison à celle de la semaine précédente (-29% en S48).

En milieu hospitalier, le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a continué de diminuer en semaine 49, mais avec une baisse de 9%, bien inférieure à la diminution de 31% de la semaine précédente.

La diminution du **nombre de nouvelles admissions en réanimation s'est poursuivie en S49**, mais de façon plus modérée (soit -16% en S49 vs -33% en S48).

Le 08 décembre 2020, 25 914 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France, dont 3 088 en réanimation. Le nombre de patients en cours d'hospitalisation et en cours d'admission en réanimation diminue depuis le 16 novembre 2020.

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

Les estimations du taux de reproduction étaient **inférieures à 1** en France métropolitaine à partir des trois 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 étaient cependant **en hausse** par rapport aux estimations de la semaine précédente, ce qui traduit **une augmentation des niveaux de transmission virale**.

Les estimations étaient inférieures à 1 à partir des trois sources dans l'ensemble des **régions métropolitaines**, excepté en Centre-Val de Loire où le R-effectif estimé à partir des hospitalisations (SI-VIC) était égal à 1 (non statistiquement significatif).

Dans les **départements d'outre-mer**, l'estimation du R-effectif est **supérieure à 1** de façon significative en **Guyane** à partir des données virologiques SI-DEP et est supérieure à 1 de façon non significative à partir des hospitalisations rapportées dans SI-VIC. À La Réunion, l'estimation du R-effectif à partir des passages aux urgences (OSCOUR[®]) est supérieure à 1, non significativement, mais reste inférieure à 1 à partir des données virologiques (SI-DEP).

Les valeurs de R-eff ne doivent pas être interprétées de façon isolée, mais être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse de la situation locale.

Le nombre hebdomadaire de décès estimé à partir des décès survenus en milieu hospitalier et dans les établissements médico-sociaux (décès survenus à domicile non inclus) continue de diminuer en semaine 48, avec **3 204 décès** vs 3 889 en S47 (soit -17,6%, données consolidées). En semaine 49, cette tendance 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 04 octobre 2020). Une légère diminution s'était amorcée en semaine 46 et semblait plus marquée en semaines 47 et 48. Au niveau national, l'excès de mortalité a atteint un niveau exceptionnel en semaine 45 (+32%) et en semaine 46 (+30%). Il était de +24% en semaine 47. 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 48 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 49, les régions **Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est** étaient les plus impactées.

En semaine 49, **après quatre semaines de décroissance de l'épidémie, les taux d'incidence ont augmenté en Grand Est (+6%), Pays de la Loire (+5%) et Nouvelle-Aquitaine (+4%) par rapport à la semaine précédente.** Une tendance à la stabilisation des taux d'incidence était constatée dans cinq régions métropolitaines : Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse et Occitanie. Une diminution était observée dans cinq régions : Normandie, Auvergne-Rhône-Alpes, Île-de-France, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, bien que cette baisse soit nettement moins marquée que celle de la semaine précédente.

Une tendance à la stabilisation ou à la diminution du **taux de positivité** est observée dans la majorité des régions métropolitaines, excepté en **Grand Est, Pays-de-la-Loire et Nouvelle-Aquitaine**, avec cependant des hétérogénéités au niveau départemental.

En semaine 49, les taux d'hospitalisations ont diminué dans la majorité des régions métropolitaines, excepté en Grand Est où le taux s'est stabilisé, en Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté et en Centre-Val de Loire, où le taux d'hospitalisations a augmenté en comparaison avec la semaine précédente.

Les taux d'hospitalisations en réanimation ont diminué dans toutes les régions métropolitaines par rapport à la semaine précédente, excepté en Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nouvelle-Aquitaine et Normandie.

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

En semaine 49, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 rapportés à la population (/100 000 habitants) étaient observés en Auvergne-Rhône-Alpes (7,6), Bourgogne-Franche-Comté (7,0) et Grand Est (5,2). L'évolution des décès était hétérogène selon les régions. Entre les semaines 47 et 48, une diminution était observée dans toutes les régions métropolitaines. Les données de la semaine 49 ne sont pas encore consolidées.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était supérieur à celui attendu en semaine 48 dans 9 régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie. **La hausse de la mortalité a été plus particulièrement marquée en Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne-Franche-Comté, où l'excès de décès a atteint un niveau très élevé en semaine 48.**

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

• **En Guyane**, une **augmentation** du taux d'incidence des cas confirmés était observée en semaine 49 (+45%), ainsi qu'une augmentation du taux de positivité (+1,6 point). Le taux d'hospitalisations était en diminution.

• **À Mayotte**, le taux d'incidence des cas confirmés (+37%) et les taux de positivité (+3,4 points) étaient en **augmentation** en semaine 49.

• **En Guadeloupe**, la diminution de la circulation virale se poursuivait, avec une diminution des indicateurs SI-DEP en S49 par rapport à la semaine précédente (taux d'incidence des cas confirmés et taux de positivité).

• **À La Réunion et en Martinique**, les indicateurs SI-DEP poursuivaient leur diminution en S49 (taux d'incidence des cas confirmés et taux de positivité), avec une diminution moins marquée que celle de la semaine précédente.

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 64% des personnes hospitalisées en réanimation et 91% 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 élevée d'hommes (71%) et de cas présentant une comorbidité (89%), dont les plus fréquentes étaient l'obésité, l'hypertension artérielle et le diabète. Pour plus d'un tiers des patients hospitalisés en réanimation pour COVID-19, un recours à la ventilation invasive a été nécessaire.

En France, une surveillance des **nouveaux cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques** (PIMS) permet d'estimer l'incidence de ces cas en lien avec la COVID-19. Une mise à jour de ces données est prévue dans le prochain point épidémiologique.

La surveillance spécifique des **professionnels travaillant dans les établissements de santé (PES)** a été mise en place depuis le 1^{er} mars et rapportait, au 30 novembre 2020, 54 058 cas d'infections au SARS-CoV-2, dont 18 décès en lien avec cette infection. Une synthèse de ces données est disponible dans le précédent point épidémiologique (<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-3-decembre-2020>).

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.voozanoo.net/geres#!>), ouverte à tous les professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, et visant à documenter les circonstances de leur contamination.

Entre le 1^{er} janvier et le 06 décembre 2020, 2 276 signalements ont été transmis concernant des **cas de COVID-19 nosocomiaux**, c'est-à-dire survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un établissement de santé (ES). Étaient impliqués 12 997 patients, 8 978 professionnels et 10 visiteurs ; 127 décès liés au COVID-19 chez des patients étaient rapportés. Parmi ces signalements, 1 481 correspondaient à des cas groupés (au moins 3 cas liés). En lien avec la seconde vague, il a été observé une augmentation des signalements liés au SARS-CoV-2 à compter de la semaine 41 (05 au 11 octobre 2020), qui a culminé en semaine 45 puis a amorcé une **diminution progressive depuis la semaine 46**. La distribution régionale des signalements de cas groupés, suivant la période, reflète soit des habitudes de signalement bien ancrées, soit suivent la dynamique de circulation virale. Mais, quatre régions (**Provence-Alpes-Côte d'Azur, Auvergne-Rhône-Alpes, Île-de-France et Hauts-de-France**) ont signalé plus de la moitié des signalements de cas groupés. Sur l'ensemble de la période étudiée, les modalités de transmission ainsi que les services les plus fréquemment impliqués varient peu. Le suivi des signalements de COVID-19 nosocomiaux ne doit pas occulter celui d'autres épisodes qui pourraient justifier un signalement externe.

En semaine 49, l'évolution des principaux indicateurs de l'activité de **suivi des contacts** montre une **stabilisation de la situation épidémiologique**, après 4 semaines de forte baisse des indicateurs, en termes de nombre de cas confirmés, de personnes-contacts à risque et de nombre de personnes-contacts à risque par cas. Parmi les nouveaux cas, la part des diagnostics réalisés par un test antigénique continue d'augmenter et représente 18% de ces cas en S49. Par ailleurs, la proportion de cas précédemment connus comme contacts connaît de nouveau une diminution. Cette évolution est inquiétante à l'approche des fêtes de fin d'année, suggérant une stabilisation de la circulation du virus à un niveau élevé dans la population et une identification des chaînes de transmission qui n'est toujours pas optimale. Ces données sont concordantes avec celles 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 2,4 jours au niveau national, mais reste nettement plus élevé dans les départements ultra-marins, notamment en Guadeloupe. Dans ces départements, il semble nécessaire de renforcer les messages pour inciter les personnes symptomatiques à se faire tester le plus rapidement possible. Il est également nécessaire d'améliorer dans ces départements l'accès aux tests, notamment aux tests antigéniques dont le recours reste moindre qu'en métropole alors qu'il est de nature à réduire ces délais.

Cependant, le **nombre de tests antigéniques issus de Contact-Covid** reste sous-estimé, en particulier

pour les dépistages réalisés à l'initiative de collectivités locales ou d'entreprises. Par ailleurs, le gain de temps d'un dépistage par tests antigéniques par rapport à celui par RT-PCR est peu important en moyenne : 2,1 jours vs 2,5 jours, soit un gain inférieur à une demi-journée malgré des tests dont le résultat est en principe beaucoup plus rapide. Ce gain est cependant hétérogène sur l'ensemble du territoire national. Ces résultats suggèrent que le recours aux tests, en particulier antigéniques, doit être encore promu, et que la saisie de leurs résultats doit être réactive afin d'initier les actions de suivi des contacts dès que possible.

Les **cas de 65 ans et plus**, jugés plus à risque, restent moins fréquemment investigués que les cas plus jeunes et les délais de dépistage sont toujours plus longs. Les délais plus longs chez les personnes les plus âgées suggèrent un moindre accès aux tests, en particulier pour des personnes ne pouvant pas se déplacer au laboratoire ou institutionnalisées. Des mesures pourraient être mises en place pour améliorer l'accès au test diagnostique pour les personnes les plus âgées, en particulier en institution, et faciliter la complétude des résultats de ces tests dans les bases de surveillance. Parallèlement, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas reste moins important chez les cas de 65 ans et plus. Pour ces personnes, une moins bonne identification des personnes-contacts à risque et/ou un meilleur respect des mesures barrières sont deux hypothèses pouvant expliquer ce résultat. Néanmoins, une légère augmentation de la proportion de personnes-contacts à risque de plus de 65 ans lorsque le cas index était un cas âgé entre 45 et 64 ans est observée et sera à surveiller, notamment lors des fêtes de fin d'année où **les mesures de distanciation et le respect des gestes barrières** devront continuer d'être appliqués.

► Prévention

En population générale, **53% des personnes interrogées répondaient vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la COVID-19** (enquête Coviprev du 04 au 06 novembre 2020), tandis que 68% des **professionnels de santé libéraux répondaient vouloir se faire vacciner** d'après une enquête menée entre mi-octobre et début novembre 2020. 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 sûreté des vaccins**. L'information du public sur les bénéfices attendus de la vaccination mais aussi sur les effets secondaires possibles des vaccins est un volet essentiel de la communication à ce sujet.

Après une nette augmentation, une stabilisation de **l'adoption systématique de toutes les mesures en lien avec la limitation de l'interaction sociale** est observée dans toutes les classes d'âge (enquête Coviprev du 23 au 25 novembre 2020), excepté pour le fait d'« éviter des rassemblements festifs ». **Les mesures individuelles restent essentielles, notamment dans la sphère privée pour contenir la circulation du virus 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 (+12 points), notamment chez les jeunes, les étudiants et les personnes en situation de précarité.

Rappelons 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).

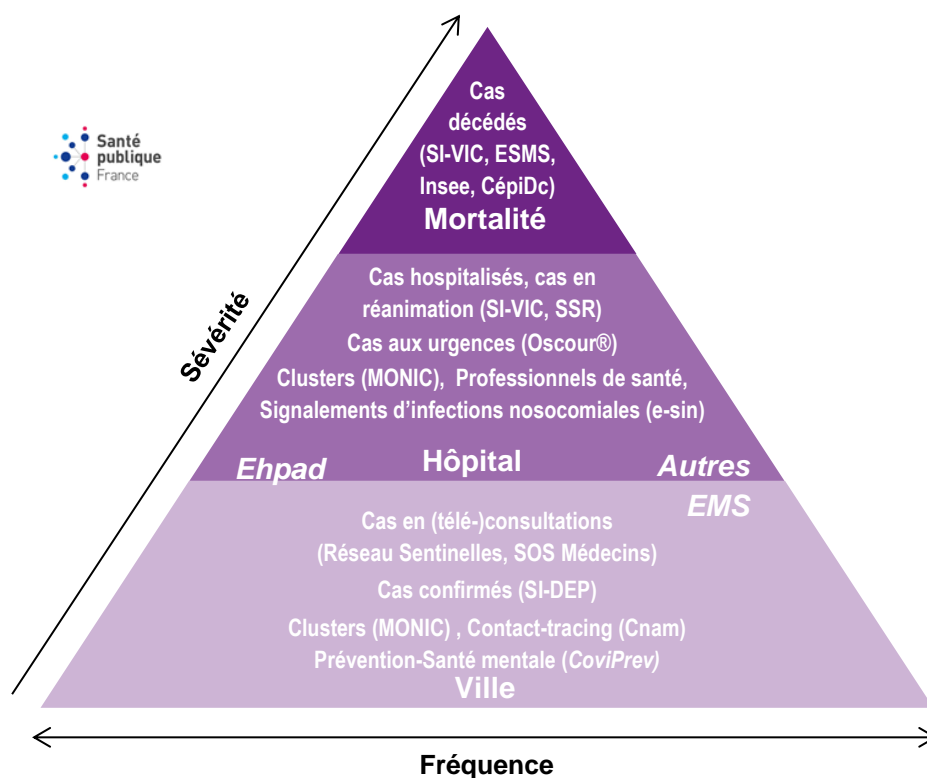
Suivi des contacts/ContactCovid (Cnam) : données issues de l'activité de suivi des contacts autour des cas de Covid-19, renseignées dans le système d'information ContactCovid géré par la Cnam (depuis le 13 mai).

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 de la COVID-19 coordonnée par Santé publique France



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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES

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

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

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

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Delphine Viriot, Christine Campese, Nicolas Methy, Fanny Chereau, Leïla Saboni, Judith Benrekassa, Bruno Coignard

Systèmes de surveillance : Clara Blondel, Julie Figoni, Pierre-Etienne Toulemonde, Ndeindo Ndeikoundam, Fatima Aït Belghiti, Christophe Bonaldi, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chagnoux, Julien Durand, Myriam Fayad, Anne Fouillet, Yann Le Strat, Etienne Lucas, Camille Pelat, Isabelle Pontais, Marie-Michèle Thiam, Cécile Sommen, Anne Berger Carbonne, Audrey Léon, Sophan Soing-Altrach, Yann Savitch, Laure Fonteneau, Mathias Bruyand, Scarlett Georges, Laëtitia Gouffé-Benadiba, Katia Hammad, Yu Jin Jung, Camille Le-Gal, Costas Danis, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Jonathan Bastard, Elisabeth Pinto, Isabelle Poujol, 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

10 décembre 2020