

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 16 décembre 2020.**

► Points clés

En semaine 50, en France, augmentation de la circulation du SARS-CoV-2, cette circulation étant déjà à un niveau élevé les semaines précédentes

- Augmentation du nombre de cas confirmés
- Augmentation de l'activité de dépistage
- Stabilisation des nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation
- Maintien à un niveau élevé du nombre d'hospitalisations pour COVID-19
- Régions les plus touchées : Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est

Mortalité

- Mortalité élevée
- Excès de mortalité très élevé en Auvergne-Rhône-Alpes

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

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires semaine 50 (du 07 au 13 décembre 2020)

	S50	S49*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19, tests RT-PCR et antigéniques (SI-DEP)	79 787	72 516	+10%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2, tests RT-PCR et antigéniques (SI-DEP)	6,2%	6,4%	-0,2 point
Taux de dépistage (/100 000 habitants) pour SARS-CoV-2 tests RT-PCR et antigéniques (SI-DEP)	1 933	1 699	+14%
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 211	2 151	+3%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	4 616	4 902	-6%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	8 608	8 424	+2%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 146	1 127	+2%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et les décès en EHPA et autres EMS)	2 515	2 880	-13%

* Données consolidées

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 15 décembre 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	245 237
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et les décès en EHPA et autres EMS)	59 072



► Point de situation en semaine 50 (du 07 au 13 décembre 2020)

La semaine 50 (du 07 au 13 décembre) est marquée par une **évolution préoccupante de l'épidémie, du fait de l'augmentation de la circulation du SARS-CoV-2 alors que le virus circulait déjà à un niveau élevé en France.**

Au cours de la semaine 50, près de 11 400 cas étaient confirmés, en moyenne, chaque jour en France.

En milieu hospitalier, après plusieurs semaines de diminution, les nombres de nouvelles hospitalisations et d'admissions en réanimation se sont stabilisés, alors que les nombres de patients hospitalisés pour COVID-19 restaient à un niveau élevé. **Le 15 décembre 2020**, 25 240 cas de COVID-19 étaient ainsi hospitalisés en France, dont 2 881 en réanimation.

Le nombre de **nouveaux décès liés à la COVID-19, incluant les décès survenus à l'hôpital et ceux en établissements médico-sociaux, restait également très élevé en semaine 50**, avec des évolutions contrastées selon les régions. **Le nombre de nouveaux décès liés à la COVID-19 a diminué en semaines 48 et 49. L'évolution des décès de la semaine 50 reste à confirmer** du fait du délai de consolidation plus long des données de mortalité, notamment pour les décès survenus en établissements médico-sociaux. **En semaine 50, le nombre des décès survenus en milieu hospitalier tendait à se stabiliser.**

Cette accélération de la circulation du virus à l'approche des congés et des fêtes de fin d'année et dans le contexte de l'allègement des mesures de confinement invite à la plus grande vigilance afin d'éviter une flambée épidémique.

Il est important de rappeler que **les mesures de prévention et de distanciation sociale restent essentielles, notamment dans la perspective des regroupements familiaux attendus lors des fêtes de fin d'année, en vue de protéger les personnes plus fragiles vis-à-vis de la COVID-19.**

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

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	13
CAS CONFIRMÉS DE COVID-19	18
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	19
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	24
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	25
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	27
SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES.....	33
SURVEILLANCE DES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	35
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	37
SITUATION INTERNATIONALE.....	43
PRÉVENTION	46
SYNTHÈSE	48
SOURCES DES DONNÉES	52

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

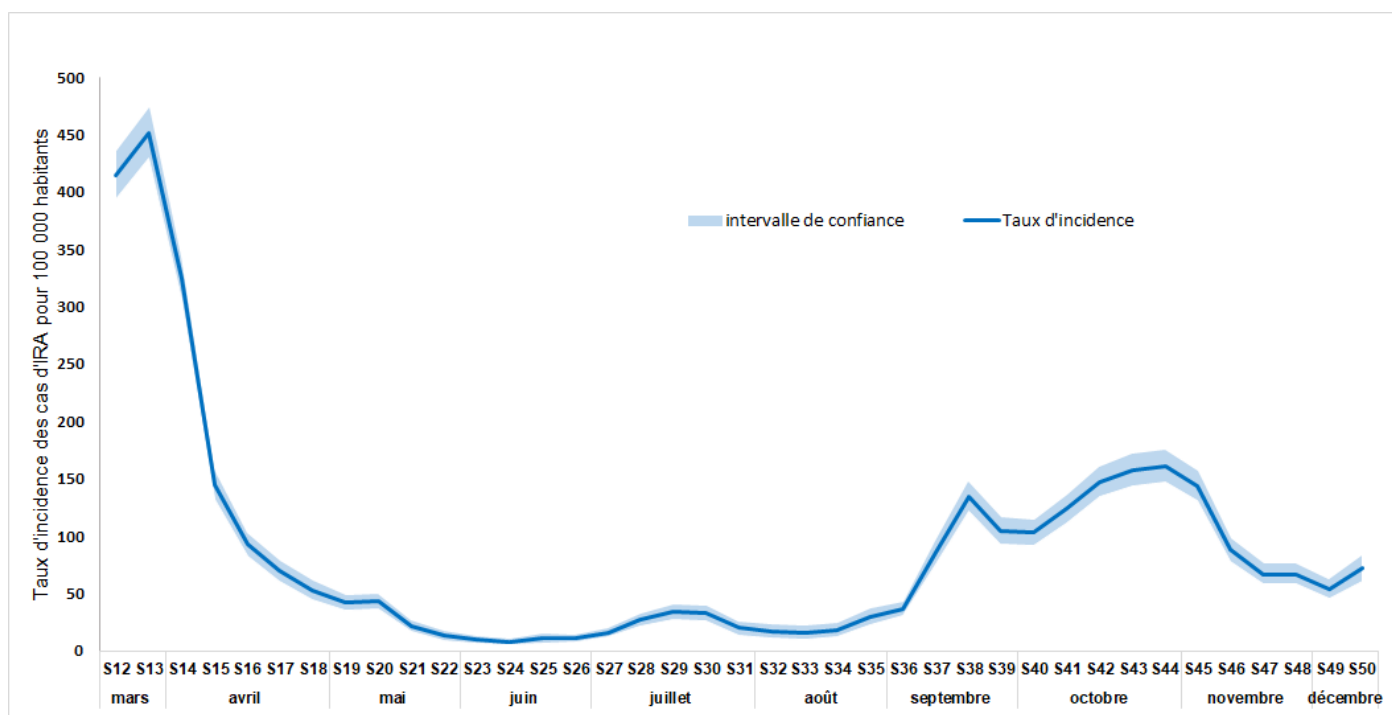
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le Réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes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

• **En semaine 50** (du 07 au 13 décembre 2020), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 72/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [61-83]) en France métropolitaine, en légère augmentation par rapport à celui de la semaine 49 : 54/100 000 habitants (IC95% : [46-62]) (Figure 1).

• **En semaine 50**, sur les 24 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, 3 se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2, 2 positifs pour un rhinovirus et un positif pour un métapneumovirus. Aucun n'était positif pour un virus grippal.

• Depuis la semaine 37, sur les 472 prélèvements effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés sur prélèvement nasopharyngé, 93 (20%) se sont révélés positifs pour le SARS-CoV-2, 196 (43%) positifs pour un rhinovirus, 1 pour un virus respiratoire syncytial (VRS) et 2 pour un métapneumovirus. Un prélèvement s'est avéré positif pour un virus grippal de type B en semaine 49.

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



Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, **155 920 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 14 décembre 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

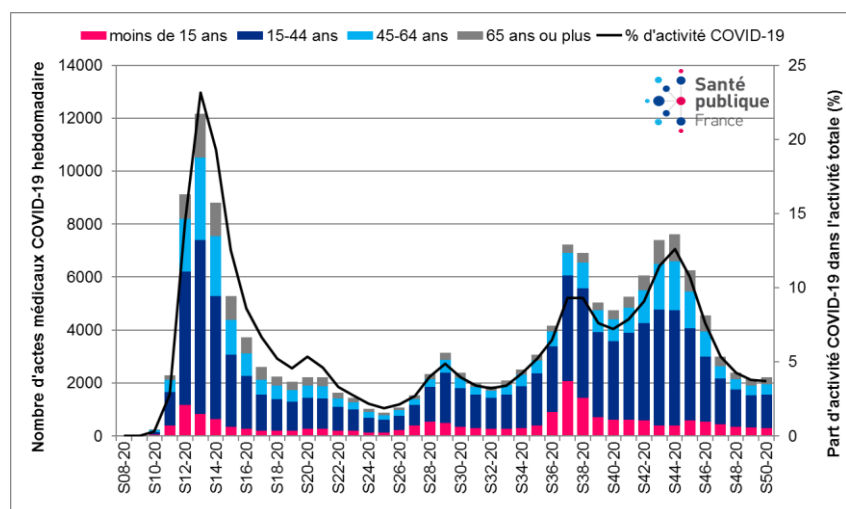
- **En semaine 50** (du 07 au 13 décembre 2020), **2 211 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes étaient enregistrés en Île-de-France (18%), Auvergne-Rhône-Alpes (15%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (13%), Nouvelle-Aquitaine (10%) et Grand Est (10%).

- Une stabilisation du **nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19** est observée **en semaine 50**, avec une évolution de +2,8% enregistrée (vs -10% en S49) (2 211 en S50 vs 2 151 en S49 – données consolidées).

- Cette stabilisation se traduit par une **légère hausse chez les adultes** (+5,3% soit +96 actes) qui regroupent 87% des actes pour suspicion de COVID-19 et la **poursuite de la baisse chez les enfants** (-9,8% soit -32 actes). On observait une **situation hétérogène en région**, avec une hausse dans les régions **Île-de-France** (+23% soit +74 actes), **Bretagne** (+20% soit +12 actes) et **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (+11% soit +28 actes) et de manière plus modérée en **Grand Est** et **Centre-Val-de-Loire** (+4% soit respectivement +10 et +3 actes). Les régions Nouvelle-Aquitaine et Bourgogne-Franche-Comté étaient stables et les autres régions poursuivaient leur baisse.

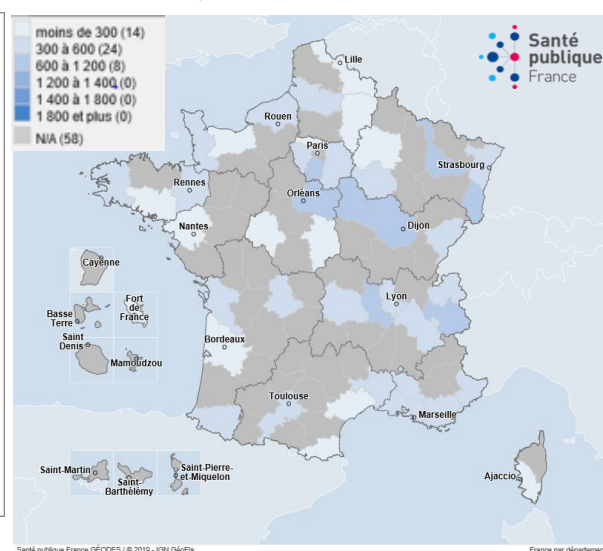
- La **part des actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était stable à 3,8% (vs 3,8% en S49 (Figure 2)).

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 50/2020, France



Source : SOS Médecins

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

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

La surveillance virologique basée sur les laboratoires permet de déterminer et suivre l'évolution, dans le temps et par région ou département, des **taux d'incidence** (nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population), des **taux de positivité** (nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 rapporté au nombre de personnes testées) et des **taux de dépistage** (nombre de personnes dépistées rapporté à la population). Jusqu'au 12 mai 2020, cette surveillance s'est appuyée sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 Labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis le 13 mai, elle repose sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), dont la montée en charge a été progressive.

SI-DEP vise au suivi exhaustif de toutes les personnes testées en France pour le diagnostic et le dépistage de la COVID-19 dans les laboratoires de ville et les laboratoires hospitaliers.

Sont actuellement pris en compte dans les indicateurs SI-DEP les tests RT-PCR, les tests antigéniques réalisés en laboratoire (TDR depuis le 17 octobre) ainsi que ceux réalisés hors laboratoire (TROD depuis le 16 novembre). 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).

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

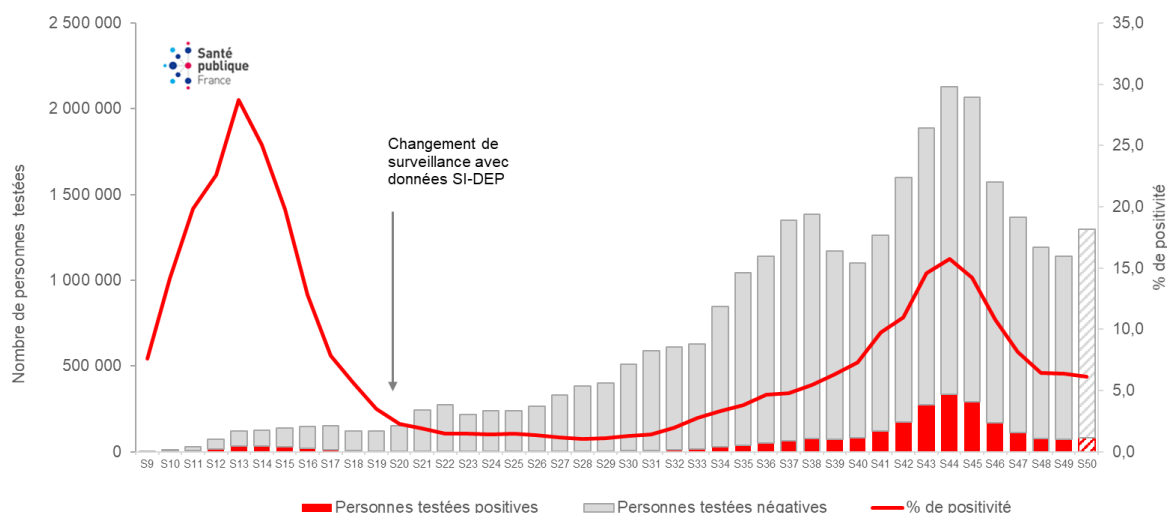
- Au niveau national, en semaine 50, **79 787 nouveaux cas confirmés** ont été rapportés, **nombre en augmentation** par rapport à celui de la semaine 49 où 72 516 nouveaux cas avaient été rapportés, soit +10%.

- **Le taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **6,2%** en S50 (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), stable par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (6,4% en S49) (Figure 4).

- **Le taux national d'incidence** des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **119 cas /100 000 habitants** en S50 et **en augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (108 cas /100 000 hab. en S49, +10%) (Figure 5).

- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **1 933/100 000 habitants**, **en augmentation** par rapport à la semaine 49 (1 699/100 000 hab., +14%) (Figure 5).

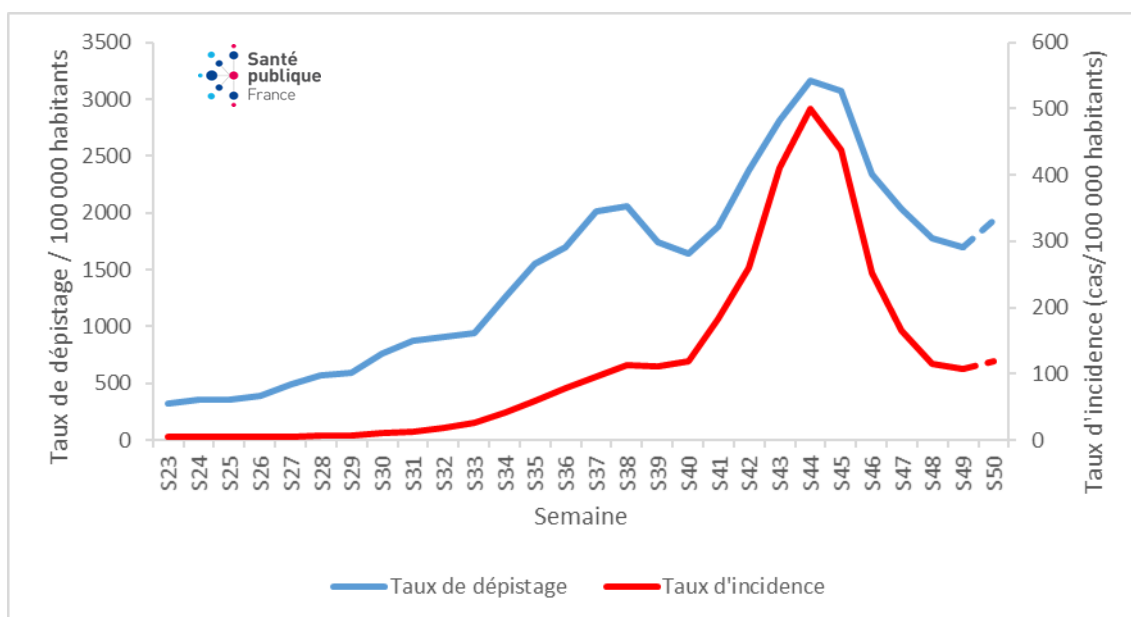
Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 16 décembre 2020)



S50 : Données provisoires, en cours de consolidation

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

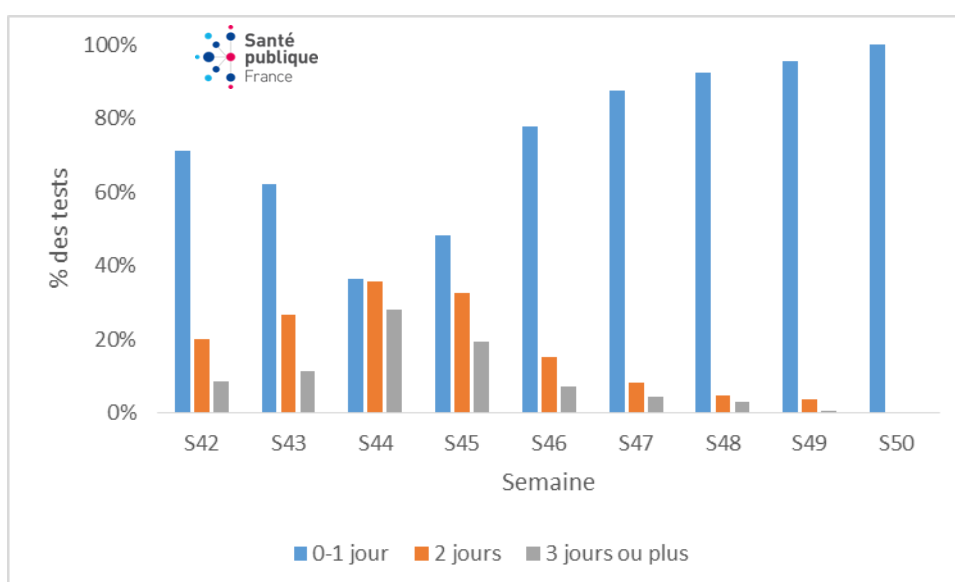
Figure 5. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par semaine, depuis la semaine 23/2020, France (données au 16 décembre 2020)



S50 : Données provisoires, en cours de consolidation
Source SI-DEP

- La proportion des tests effectués en S50 et intégrés dans la base SI-DEP de Santé publique France le jour même ou le lendemain du prélèvement était de 100%, en augmentation par rapport à la semaine précédente (96% en S49) (Figure 6). Cette dynamique peut notamment s'expliquer avec la montée en charge des tests antigéniques dont les délais de rendu de résultats sont plus rapides que pour les tests RT-PCR.
- 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 6. Délai entre la date de prélèvement et l'intégration des données dans la base SI-DEP, S42 à S50/2020, France (données au 16 décembre 2020)



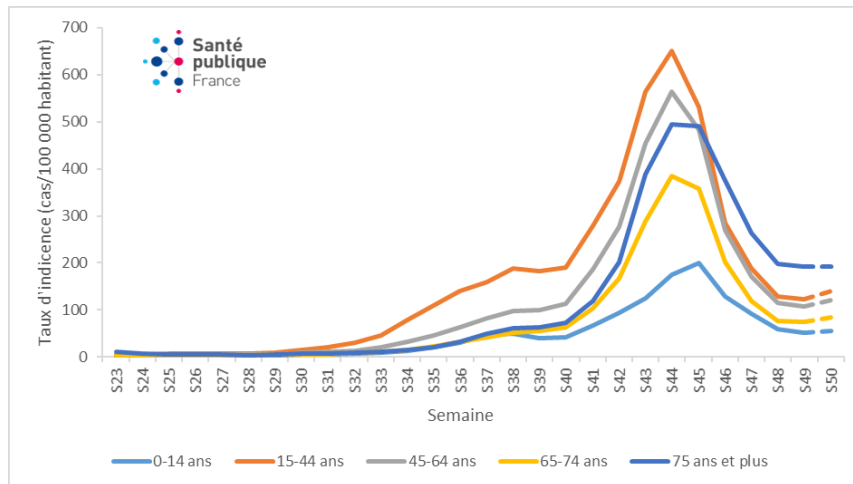
S50 : Données provisoires, en cours de consolidation
Source : SI-DEP

Analyse par classes d'âge

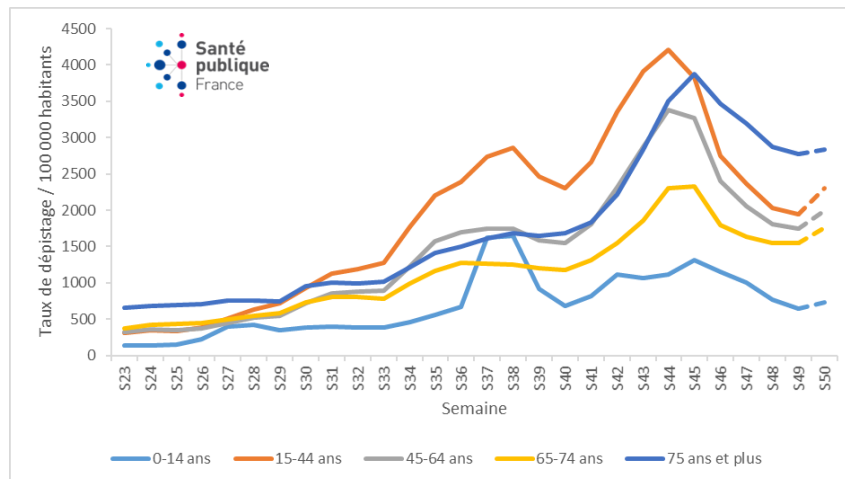
- En semaine 50, au niveau national, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 56 chez les 0-14 ans, 140 chez les 15-44 ans, 121 chez les 45-64 ans, 84 chez les 65-74 ans et 192 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).
- En semaine 50, le **taux d'incidence a augmenté par rapport à la S49 dans toutes les classes d'âge**, excepté chez les 75 ans et plus pour lesquels ce taux est stable. L'augmentation la plus marquée était observée chez les 65-74 ans (+14%) suivi par les 15-44 ans (+13%), les 45-64 ans (+11%) et les 0-14 ans (+6%) (Figure 7a).
- En semaine 50, par rapport à la S49, le **taux de dépistage** était **en augmentation dans toutes les classes d'âge**, excepté chez les 75 ans et plus pour lesquels ce taux est stable (Figure 7b). Ce taux est nettement plus élevé chez les 75 ans et plus depuis plusieurs semaines (2 834 /100 000 hab. en S50) par comparaison aux autres classes d'âge.
- En semaine 50, le **taux de positivité** des personnes testées était relativement stable dans l'ensemble des classes d'âge par rapport à la S49 : chez les 0-14 ans (-0,5 point), les 15-44 ans (-0,3 point), les 45-64 ans (-0,2 point), les 65-74 ans (+0,0 point) et les 75 ans et plus (-0,1 point) (Figure 7c).

Figure 7. Évolution des taux d'incidence (7a), de dépistage (7b) et de positivité (7c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (données au 16 décembre 2020)

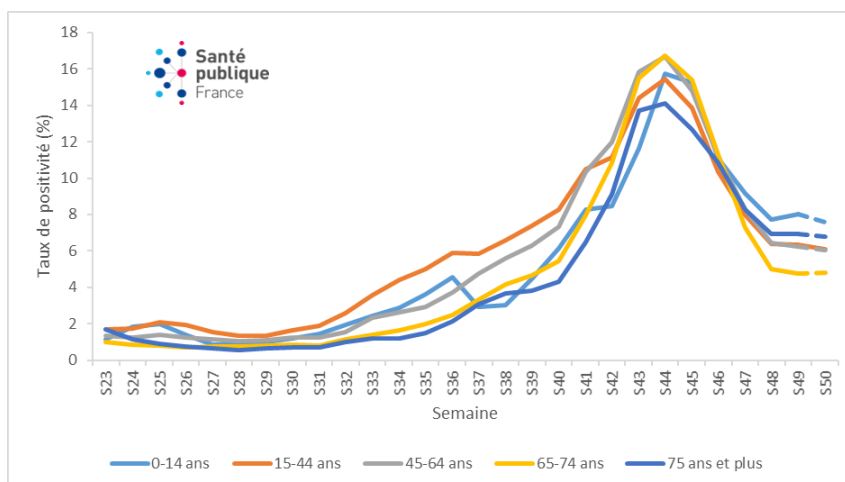
7a



7b



7c

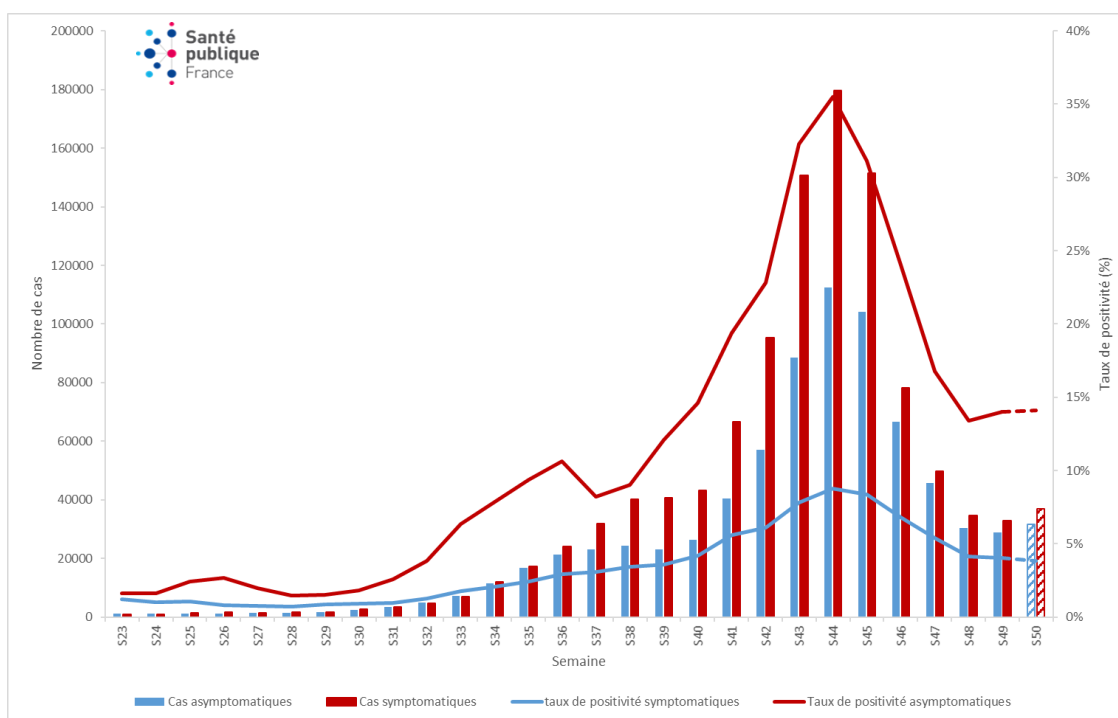


S50 : Données provisoires, en cours de consolidation
Source : SI-DEP

Dépistage selon la présence de symptômes

- **Parmi l'ensemble des personnes testées en S50** (quel que soit le résultat du test), 75,9% se déclaraient sans symptôme, proportion stable par rapport à la S49 (75,3%). Le nombre de personnes testées a augmenté en S50 par rapport à la S49, à la fois chez les personnes symptomatiques (262 329 en S50 vs 234 988 en S49, soit +11,6%) et chez les personnes non symptomatiques (826 153 en S50 vs 717 098 en S49, soit +15,2%).
- **La moitié des cas positifs (53,8%) présentaient des symptômes** (données disponibles pour 68 689 cas). Cette proportion était stable par rapport à la S49 (53,3%) (Figure 8).
- **En S50, le taux de positivité était de 14% chez les personnes symptomatiques, stable par rapport à la S49 (14%).** Il était de 3,8% chez les asymptomatiques (vs 4,0% en S49) (Figure 8).
- En S50, par rapport à la S49, une hausse des nombres de cas était observée chez les personnes testées symptomatiques (+12,3%) et chez les personnes testées asymptomatiques (+9,7%) (Figure 8).

Figure 8. Évolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes (1 893 715 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (données au 16 décembre 2020)



S50 : 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**, 78 532 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 50, en hausse par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S49 avec 71 385 nouveaux cas, +10%). **Le taux de positivité** était de 6,2% en S50, stable par rapport à la S49 (6,4% en S49). **Le taux d'incidence** des cas confirmés **a augmenté** en S50 avec **121 cas/100 000 habitants** (vs 110/100 000 en S49, +10%). **Le taux de dépistage** était de **1 952/100 000 habitants** en S50, **en augmentation** par rapport à la semaine précédente (1 717/100 000 en S49, +14%).

- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés **était, en semaine 50, au-dessus du seuil d'alerte de 100/100 000 habitants dans 64 départements métropolitains (55 départements en S49)**. Les départements présentant les taux d'incidence (/100 000 habitants) les plus élevés étaient les Ardennes (330), le Doubs (270), la Haute-Marne (264), la Meuse (263), les Vosges (261) et l'Yonne (253) (Figure 9a).

- **Le taux de positivité** était supérieur à 10% dans 7 départements en S50 (9 en S49). Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés dans le Doubs (11,5%), l'Isère (11,2%), les Ardennes (10,9%), la Haute-Savoie (10,7%), le Cher (10,7%), la Meuse (10,2%) et la Haute-Marne (10,2%) (Figure 9b).

- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** en S50 étaient les Ardennes (3 036/100 000 habitants), les Bouches-du-Rhône (2 935), Paris (2 880), la Meurthe-et-Moselle (2 866) et les Alpes-Maritimes (2 773) (Figure 9c).

En outre-mer

- **À Saint-Martin**, les indicateurs SI-DEP étaient en diminution en S50, avec un taux d'incidence de 153/100 000 habitants (209 en S49) et un taux de positivité de 9,0% (vs 15,0% en S49).

- **En Guyane**, les indicateurs étaient en hausse en semaine 50, le taux d'incidence était de 135/100 000 habitants en S50 (86 en S49) et le taux de positivité était de 7,4% en S50 (vs 6,3% en S49).

- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient **stables** en S50 : le taux d'incidence était de 12/100 000 habitants (13 en S49) et le taux de positivité était de 2,2% (vs 2,3% en S49).

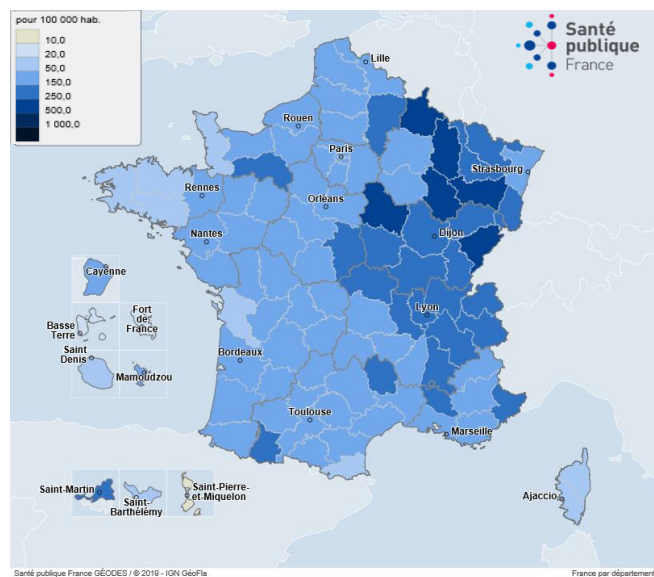
- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP étaient **légère augmentation** en S50, avec un taux d'incidence de 18/100 000 habitants (16 en S49) et un taux de positivité de 2,4% (2,3% en S49).

- **À Mayotte**, les indicateurs SI-DEP étaient **en diminution** en S50 : le taux d'incidence était de 51/100 000 habitants (68 en S49) et le taux de positivité de 5,8% (10,6% en S49).

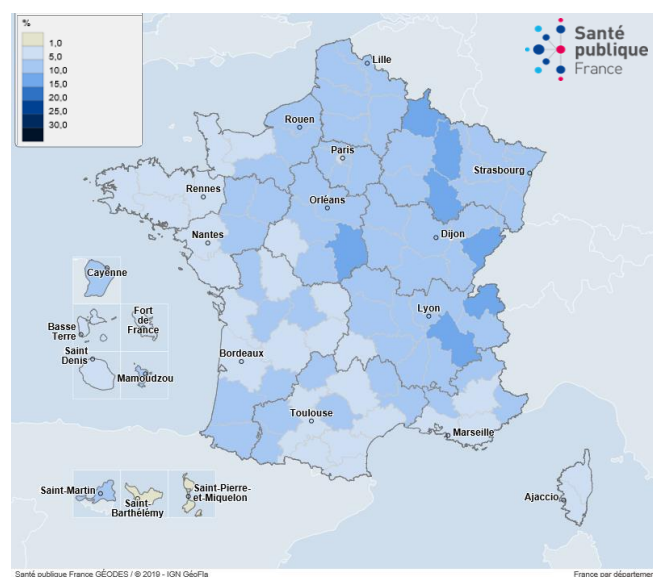
- **À La Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient **en légère diminution** en S50 : le taux d'incidence était de 28/100 000 habitants (30 en S49) et le taux de positivité de 2,4% (2,7% en S49).

Figure 9. Taux d'incidence (/100 000 habitants) (9a), de positivité (9b) et de dépistage (nombre de tests/100 000 habitants) (9c) pour le SARS-CoV-2 du 07 au 13 décembre, par département, France (données au 16 décembre 2020)

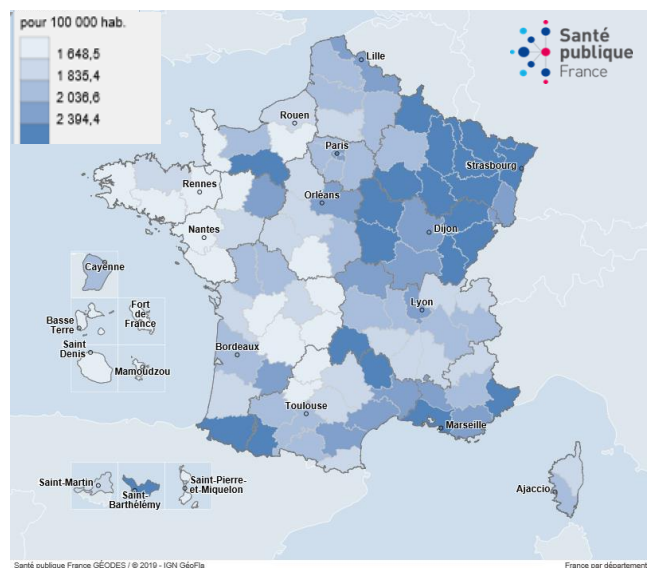
9a



9b



9c



Source : SI-DEP

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

ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

Le suivi des personnes contacts des personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 vise à : 1- limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas ; 2 - détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes-contacts à risque et leur isolement ; 3- repérer d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle. Cette stratégie repose sur une organisation en trois niveaux mobilisant les professionnels de santé de médecine de ville et des établissements de santé, l'Assurance maladie et les Agences régionales de santé en lien avec les cellules régionales de Santé publique France. Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) dans le cadre des actions de suivi des contacts (base de données ContactCovid) permettent de s'assurer de l'efficacité de ce dispositif de suivi et complètent les données de surveillance pour évaluer la situation épidémiologique.

Les indicateurs sont produits à partir de ContactCovid, base de données individuelles anonymisées, selon la méthodologie présentée dans le Point épidémiologique du 17 septembre 2020. La définition des contacts à risque est disponible sur le site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/01-maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/definition-de-cas-16-11-20>

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.

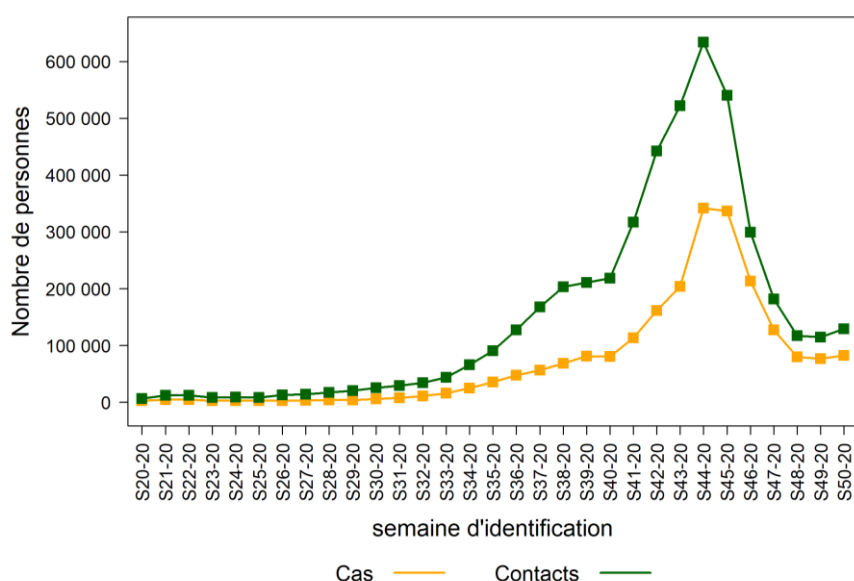
► Évolution du nombre de cas et de personnes-contacts à risque identifiés

- Au cours de la semaine 50, on observe une hausse du nombre de **nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts**, avec 82 670* nouveaux cas confirmés (vs 76 587 en S49, soit +8%) et 129 071 nouvelles personnes-contacts à risque (vs 114 408 en S49, soit +13%) (Figure 10). Cette hausse fait suite à une baisse de 4 semaines qui s'était stabilisée en S49.

- En S50, la part des diagnostics réalisés par test antigénique continue d'augmenter : sur l'ensemble des nouveaux cas, 79,7% ont été diagnostiqués par RT-PCR (vs 82,4% en S49 et 86,4% en S48), **20,2% par tests antigéniques** (vs 17,5% en S49 et 13,5% en S48) et 0,1% étaient des cas probables (0,1% en S49 et S48).

- **Parmi les cas diagnostiqués par test antigénique, la majorité se trouvait dans les mêmes bassins de population qu'en semaine 49 : Île-de-France (31,1%), Auvergne-Rhône-Alpes (15,9%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (11,5%).** Pour les autres régions, cette proportion variait de <1% (ensemble des DROM, Bretagne et Corse) à 7,2% (Hauts-de-France).

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



*Le nombre de cas enregistré diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid.

En semaine 43, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique.

Source : ContactCovid – Cnam

- En semaine 50, la **moyenne d'âge des cas confirmés était de 46 ans**, chiffre stable sur les dernières semaines (46 ans en S49 et en S48). De même, l'âge moyen des personnes-contacts à risque identifiées était stable avec une valeur de 33 ans en S50 comme en S49. Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus est restée stable (7,8% en S49 et S50).

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

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

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

● **En semaine 50, la proportion de cas et de personnes-contacts à risque ayant pu être investigués par l'Assurance maladie est globalement inchangée par rapport à S49 (94% pour les cas et 98% pour les personnes-contacts)** (Tableau 1). Douze pour cent des personnes-contacts ont été informées sans appel car ayant été au bout de la démarche sur le site internet (vs 11% en S49).

● **La proportion de cas ayant pu être investigués était plus importante chez les personnes âgées de moins de 65 ans.** Elle était de 96% pour les moins de 14 ans, 95% pour les 15-44 ans et pour les 45-64 ans, et toujours plus faible pour les plus âgés : 91% pour les 65-74 ans et 88% pour les personnes de 75 ans et plus.

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 13 décembre 2020 et pendant la semaine 50, par région, France

Territoires/régions	Depuis la levée du 1 ^{er} confinement du 13/05 au 13/12				Semaine 50 du 07/12 au 13/12			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
France entière	2 206 701**	95	4 636 642	98	82 670**	94	129 071	98
France métropolitaine	2 163 741	95	4 525 917	98	81 739	94	126 708	98
Auvergne-Rhône-Alpes	414 092	100	822 658	99	14 122	99	21 469	99
Bourgogne-Franche-Comté	98 879	93	210 069	97	6 186	93	9 916	96
Bretagne	51 630	98	163 905	99	1 534	94	3 138	98
Centre-Val de Loire	61 661	100	141 321	99	3 041	97	4 915	98
Corse	6 890	95	15 990	96	66	95	76	100
Grand Est	157 893	100	345 385	98	10 765	96	17 723	96
Haut-de-France	222 085	97	461 929	98	7 602	93	12 104	99
Ile-de-France	491 016	89	828 554	99	15 139	86	17 431	98
Normandie	80 418	97	203 373	99	3 169	96	5 702	99
Nouvelle-Aquitaine	128 298	96	359 399	98	5 279	95	10 663	98
Occitanie	173 235	99	394 062	99	4 794	94	8 015	98
Pays de la Loire	85 080	100	257 361	99	3 351	97	6 095	98
Provence-Alpes-Côte d'Azur	192 564	92	321 911	95	6 691	92	9 461	96
France ultra-marine								
La Réunion	8 685	94	26 532	98	265	93	885	95
Martinique	5 425	99	12 570	98	74	99	125	99
Mayotte	2 499	66	4 431	80	88	3	17	53
Guadeloupe	8 957	93	13 291	99	108	79	204	93
Guyane	8 329	93	13 988	100	342	98	988	98
<i>Région indéterminée</i>	9 065		39 913		54		144	

* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ou par test antigénique, ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020.

** 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.

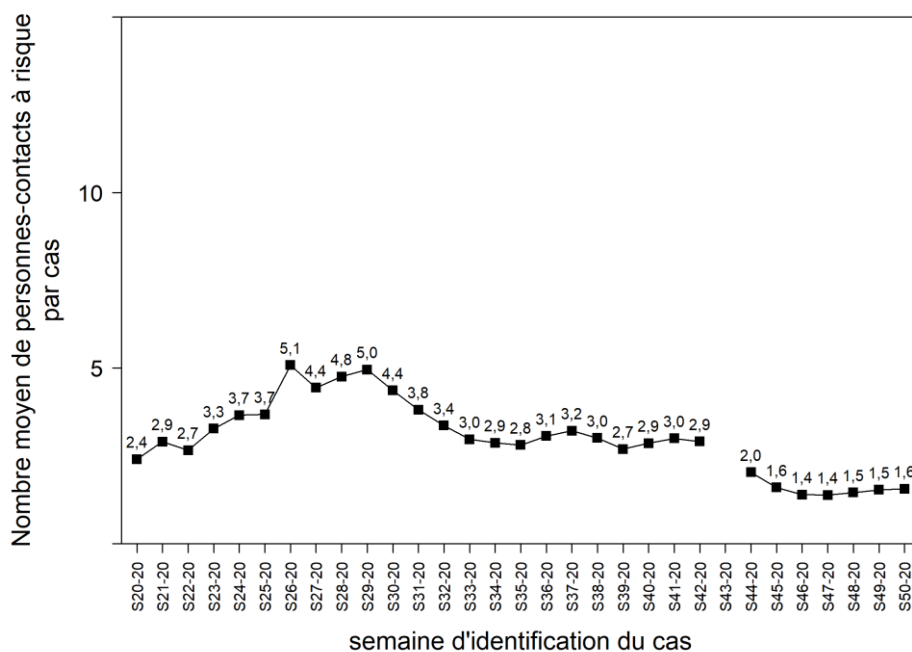
Source : ContactCovid – Cnam

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

• Le **nombre moyen** de personnes-contacts à risque par cas **reste à un niveau bas depuis 4 semaines, avec 1,6 personnes-contacts à risque par cas en semaine 50** (Figure 11). En semaine 50, 51% des cas ne rapportaient aucune personne-contact à risque (vs 53% en S49).

Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était plus faible chez les cas âgés de 75 ans et plus (0,4) et atteignait 2,0 pour les cas âgés de 15 à 44 ans. Ces valeurs par âge étaient similaires depuis les 4 dernières semaines sauf pour les classes d'âge 15-44 ans et 65-74 ans pour lesquelles on notait une légère augmentation du nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas.

Figure 11. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine, du 13 mai au 13 décembre 2020, France



Note : indicateur non estimable pour la semaine 43
Source : ContactCovid – Cnam

► Délai de dépistage des cas symptomatiques

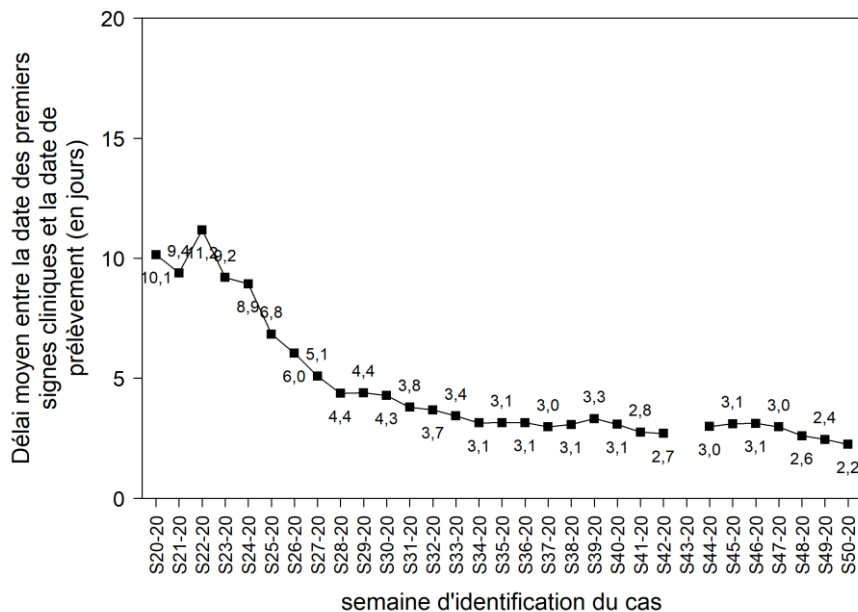
• **En semaine 50**, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour dépistage par RT-PCR ou test antigénique renseignés (n=39 843), **le délai moyen de dépistage semble diminuer progressivement, avec une valeur de 2,2 jours** (vs 2,4 et 2,6 jours en semaines 49 et 48) (Figure 12). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

• **Les délais de dépistage pour les régions ultra-marines, notamment en Guadeloupe et Martinique, restent toujours plus élevés** que ceux des régions métropolitaines (Figure 13). Ce délai était de 4,4 jours en Guadeloupe et de 8,4 jours en Martinique, soit respectivement 2,2 et 6,2 jours plus long que la moyenne nationale. Cependant, ces chiffres ont été calculés sur un nombre limité de cas (50 et 33 cas pour la Guadeloupe et la Martinique respectivement), et sont donc sujets à de fortes variations individuelles.

• Le délai de dépistage moyen était relativement plus court pour les cas diagnostiqués par test antigénique, avec 2,1 jours de délai vs 2,3 jours pour les RT-PCR.

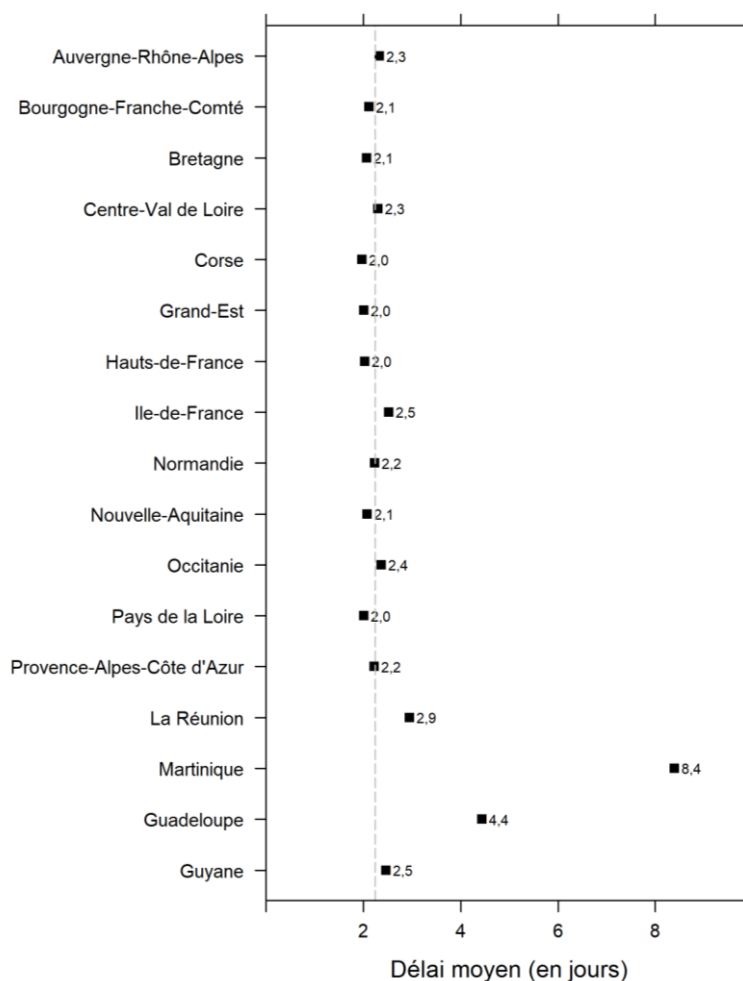
• **Le délai moyen de dépistage était toujours plus long que la moyenne nationale chez les 65 ans et plus** (2,9 jours pour les 65-74 ans et 2,5 jours pour les 75 ans et plus) mais en diminution comparé à la semaine précédente (respectivement 3,1 et 2,9 jours). Chez les moins de 65 ans, ce délai variait de 1,9 jours pour les moins de 15 ans à 2,3 jours pour les 45-64 ans.

Figure 12. 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 13 décembre 2020, France



Note : le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et de prélèvement renseignées. En semaine 50, 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 13. Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques pour la semaine 50 (du 07 au 13 décembre 2020), par région, France

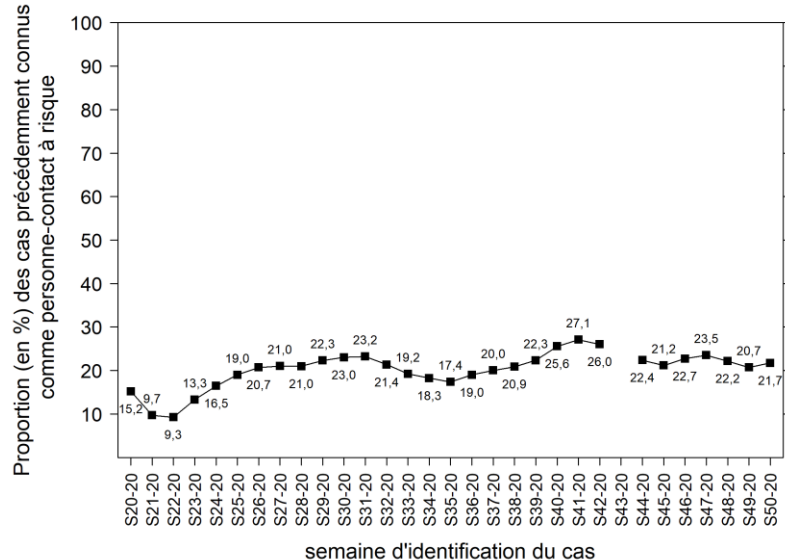


Note : délai moyen en jours calculé quand au moins 30 cas avec l'information. La ligne verticale correspond à la moyenne nationale.
Source : ContactCovid – Cnam

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

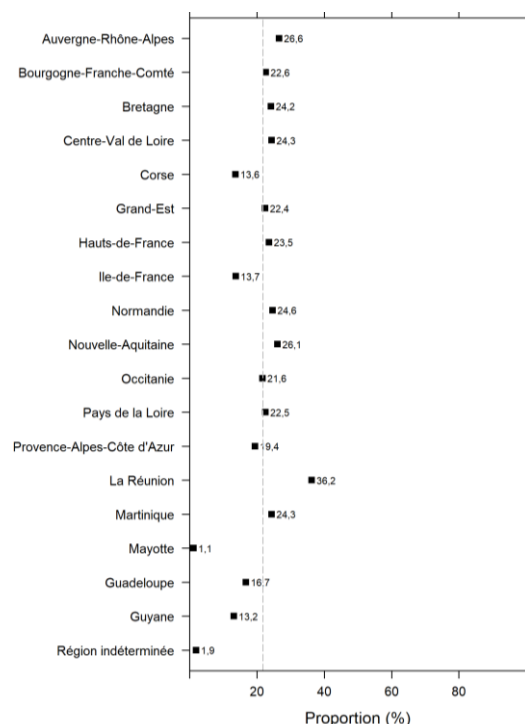
• En semaine 50, 21,7% des nouveaux cas identifiés étaient précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas, proportion globalement stable sur les dernières semaines (S49 : +1 point, S48 : -0,5 point et S47 :-1,8 points) (Figure 14). Des disparités importantes entre régions métropolitaines 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 (13,7%, +0,1 point comparé à S49) et cette proportion atteint 26,6% en Auvergne-Rhône-Alpes (+1,8 points comparé à S49) (Figure 15). Dans les régions ultramarines, cette proportion varie de 1,1% pour Mayotte à 36,2% à La Réunion.

Figure 14. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine, du 13 mai au 13 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. Indicateur non estimable en semaine 43. Source : ContactCovid – Cnam

Figure 15. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque durant la semaine 50 (du 07 au 13 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

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

• En semaine 50, les cas de moins de 65 ans avaient peu de personnes-contacts à risque de 65 ans et plus ($\leq 10\%$). Pour les cas âgés de moins de 45 ans, cet indicateur restait en dessous de 5%.

CAS CONFIRMÉS DE COVID-19

Du 21 janvier au 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France. Entre le 26 mars et le 12 mai 2020, 115 010 cas confirmés ont été rapportés (cas incidents hospitaliers et cas positifs en laboratoire) par les remontées des données de laboratoires de biologie médicale (source 3 Labo) et des patients hospitalisés pour COVID-19 (source SI-VIC). 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. Du fait de l'intégration incomplète des TA TROD dans la base SI-DEP au cours des premières semaines, ont été pris en compte dans le calcul des cas confirmés les cas de COVID-19 confirmés par TA et transmis par l'Assurance maladie par la base ContactCovid (soit 41 291 cas jusqu'au 19 novembre 2020). Depuis le 20 novembre 2020, le nombre de cas confirmés est estimé à partir des tests RT-PCR ou antigéniques issus du système SI-DEP. Une personne qui présente un test positif soit pour la première fois, soit plus de 60 jours après un précédent test positif, est comptée comme un nouveau cas (voir [communiqué de presse du 8 décembre 2020](#)).

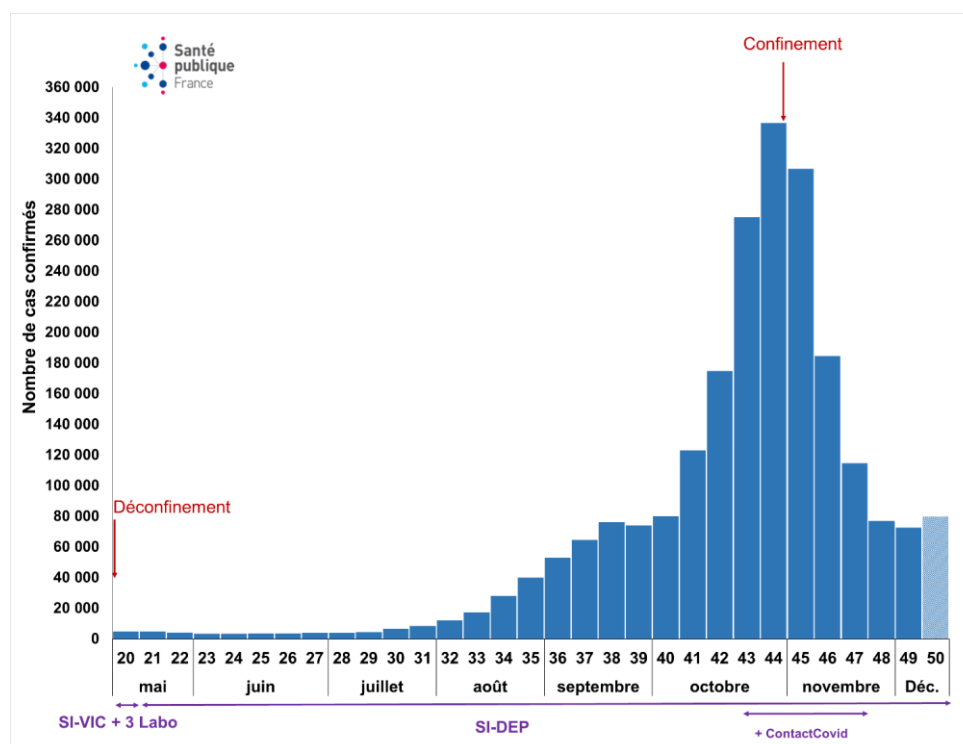
Cas confirmé de COVID-19 : une personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir [définition de cas](#))

● Au 16 décembre 2020, un total de **2 409 062 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 diminué depuis la semaine 45, le **nombre de nouveaux cas confirmés** a augmenté en S50 : **79 787** nouveaux cas ont été enregistrés vs **72 516** en S49, soit **+10%** (Figure 16).

● En France métropolitaine, après avoir diminué depuis la semaine 45, le **nombre de nouveaux cas confirmés** a augmenté en S50 : 78 532 nouveaux cas ont été enregistrés vs 71 385 en S49, soit **+10%**.

Figure 16. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France du 11 mai au 13 décembre 2020, France



S50 : données non consolidées

Note : au cours de la vague épidémique de mars-avril 2020 et jusqu'à la levée des premières mesures de confinement en mai 2020, 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, 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 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 2020

- Du 1^{er} mars au 13 décembre 2020, **21 346** 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 **13 181** (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 8 165 (38%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 2).
- Parmi les **13 181 signalements en EHPA**, 10 514 (80%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 21 346 signalements en ESMS, **133 545 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents (Tableau 2). Parmi les **18 419 décès survenus dans les établissements**, 18 259 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 13 décembre 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	13 181	5 834	950	1 381	21 346
Cas confirmés ⁶	115 654	14 797	928	2 166	133 545
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	7 004	296	0	33	7 333
Décès ⁷ établissements	18 259	118	0	42	18 419
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	56 365	11 642	1 040	1 148	70 195

¹Établissement d'hébergement pour personnes âgées

²Établissement d'hébergement pour personnes handicapées

³Établissement de l'Aide sociale à l'enfance

⁴Autres établissements

⁵Signalement d'au moins un cas de COVID-19 confirmé ou possible

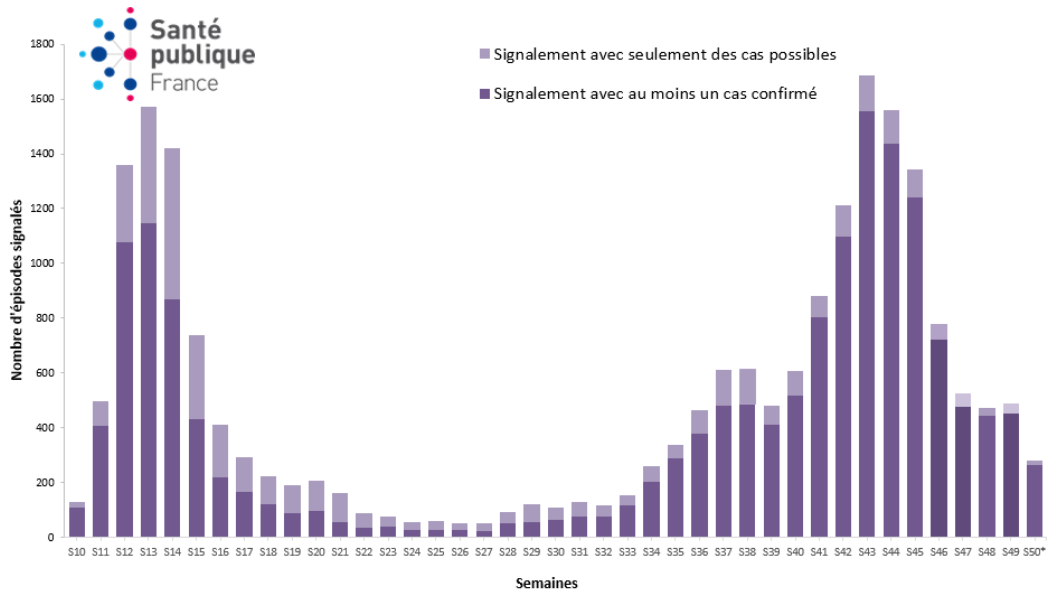
⁶Cas de COVID-19 biologiquement confirmé

⁷Cas possibles et confirmés décédés

► Données recueillies depuis début juillet 2020

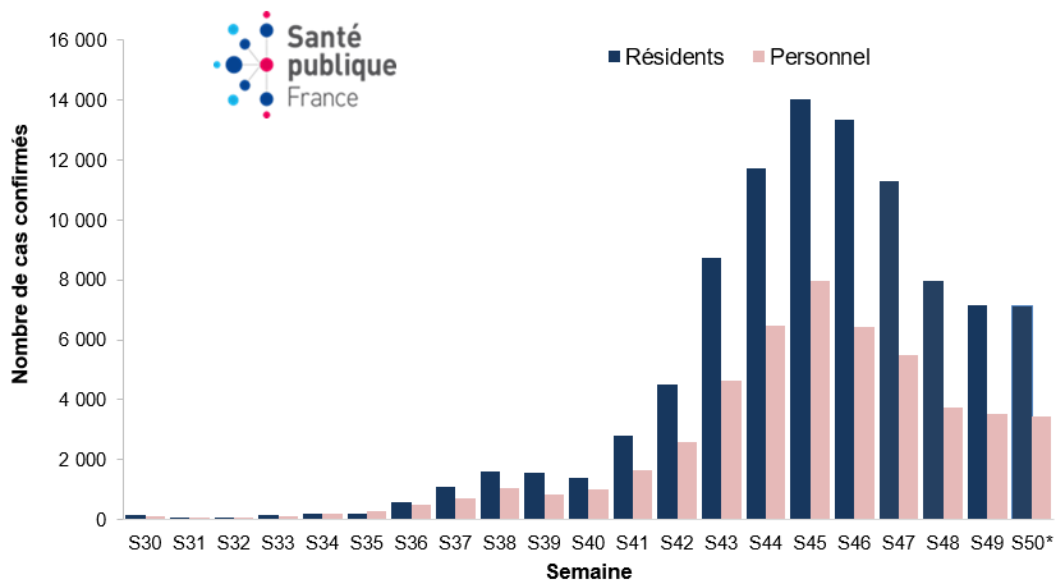
- Depuis début juillet, le **nombre de signalements de cas de COVID-19** dans les ESMS a augmenté, pour atteindre un pic en semaine 43 avec **1 685** signalements enregistrés (Figure 17). Le nombre de signalements a diminué entre les semaines 44 et 47, puis s'est stabilisé les semaines suivantes. Les données de la semaine 50 (282 signalements) sont encore provisoires.
- La proportion d'EHPA par région ayant signalé au moins un nouvel épisode en semaine 50 est homogène sur le territoire métropolitain : entre 0% et 4%.
- Depuis le 20 juillet, sur les 10 046 EHPA, 5 384 (54%) ont déclaré au moins un épisode. Sur les 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 2 375 (27%) 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 (21 996 cas) (Figure 18). **Le nombre de cas confirmés a diminué entre les semaines 46 et 48.** Pour les deux dernières semaines, on constate une stabilisation du nombre de cas confirmés, avec **10 680** cas confirmés enregistrés en semaine **49** et **10 548 en semaine 50**. À noter que les données de la semaine 50 doivent être consolidées.

Figure 17. 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 13 décembre 2020, France



*Les données de la semaine 50 sont en cours de consolidation.

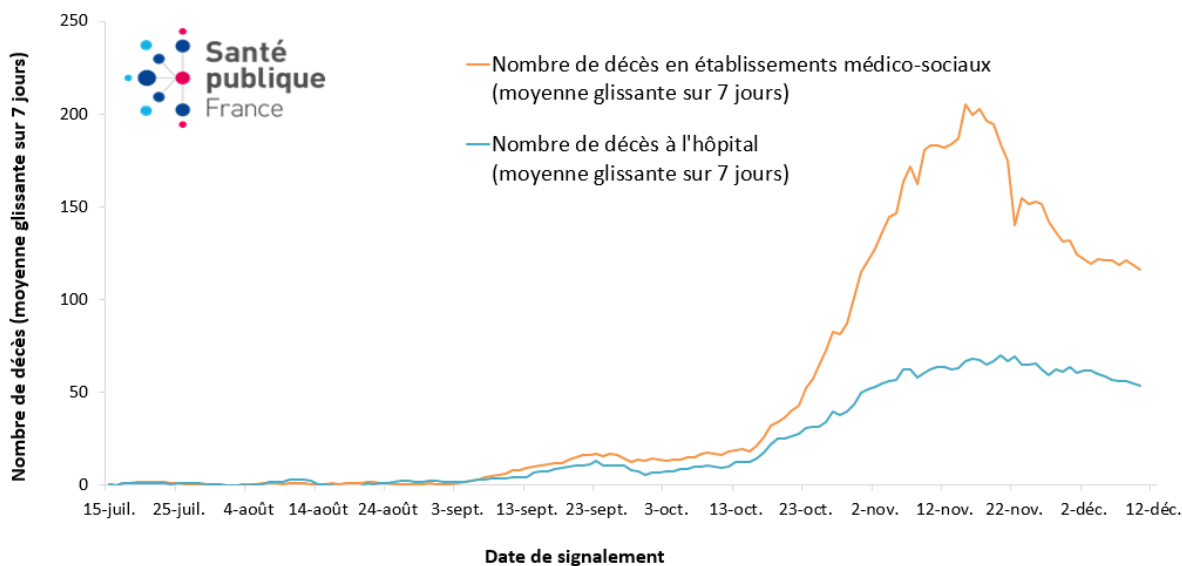
Figure 18. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet et le 13 décembre 2020, France



*Les données de la semaine 50 sont en cours de consolidation.

• Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36, **le nombre de décès en établissement d'accueil dans les ESMS a augmenté de la semaine 37 à la semaine 46 (1 490 décès), et diminue depuis : 723 décès ont été recensés en S48, 795 en S49 et 523 en S50** (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 19). La consolidation des données permettra de confirmer cette évolution.

Figure 19. 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 13 décembre 2020, France



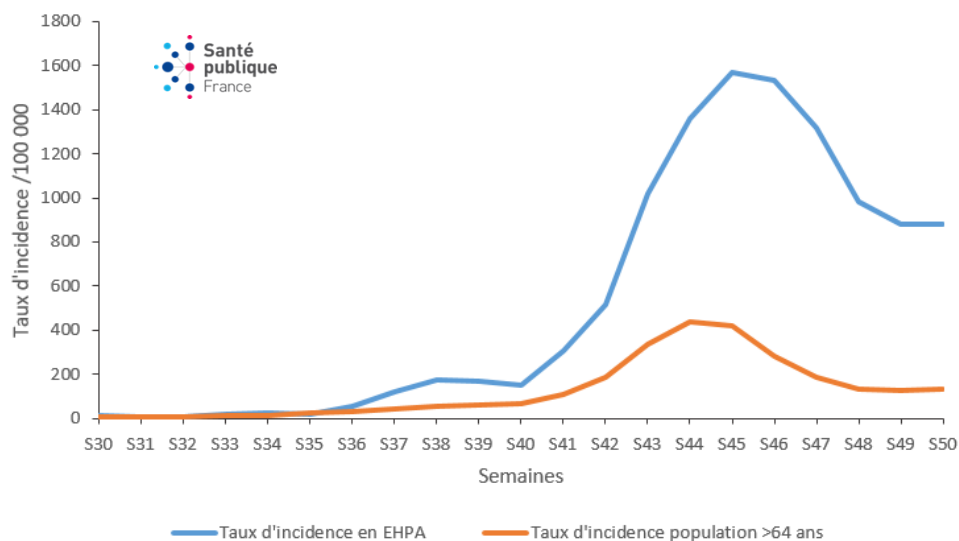
Les données de la semaine 50 sont en cours de consolidation. Dernières données de décès le 10 décembre 2020.

Le taux d'incidence des cas confirmés de COVID-19 par RT-PCR ou test antigénique en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) est le nombre total de cas confirmés chez les résidents en EHPA rapporté au nombre total de résidents en EHPA en France (données Drees). Le taux d'incidence des cas de COVID-19 de la même classe d'âge en population générale est le nombre total de cas confirmés COVID-19 par RT-PCR ou test antigénique rapporté au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en France.

Le taux de mortalité COVID-19 en EHPA est le nombre total de décès de résidents, en établissement d'accueil et à l'hôpital, déclarés lors d'épisodes COVID-19 en EHPA, rapporté au nombre total de résidents en EHPA en France (données Drees). Le taux de mortalité dans la population de la même classe d'âge est le nombre total de décès toutes causes (données Insee) rapporté au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en France.

● **Le taux d'incidence des cas confirmés de COVID-19 en EHPA** était du même ordre de grandeur que dans la population générale de la même classe d'âge (moyenne hebdomadaire 15/100 000 résidents vs 12/100 000 habitants) de la semaine 30 à la semaine 35 (Figure 20), supérieur de la semaine 36 à la semaine 40 (moyenne hebdomadaire 133 vs 52/100 000), puis a augmenté de façon très importante pour atteindre 1 566/100 000 en semaine 45 (vs 420/100 000 hab.). Depuis, une diminution a été observée dans les deux populations et les taux d'incidence étaient de 879 en EHPA vs 134/100 000 en population générale en semaine 50. Les données de la dernière semaine sont en cours de consolidation.

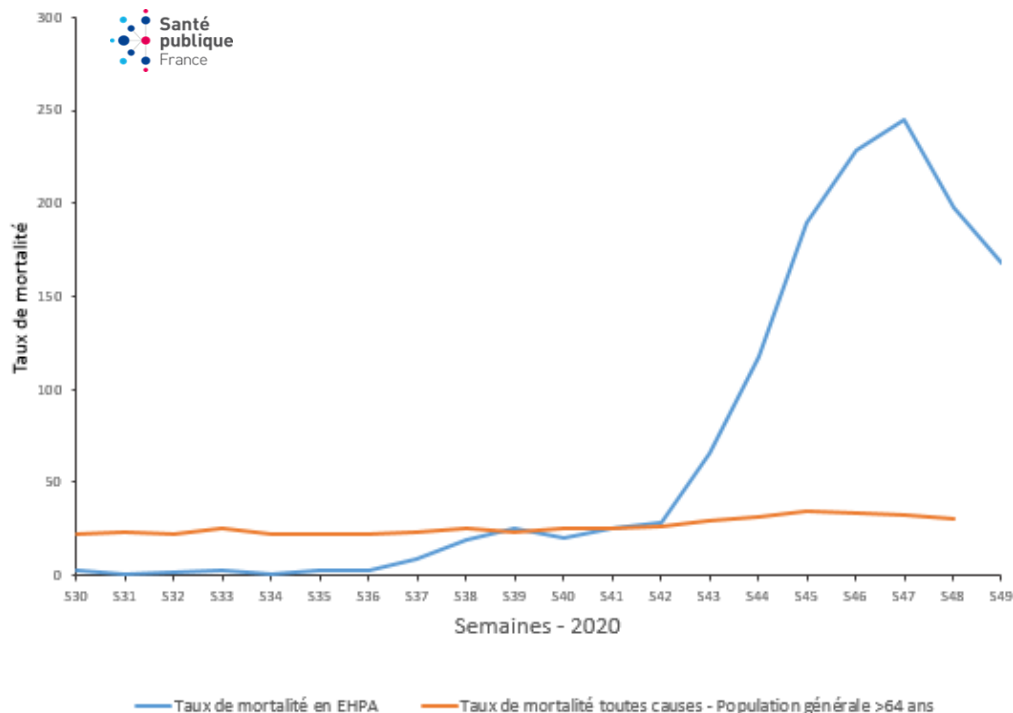
Figure 20. Taux d'incidence des cas confirmés de COVID-19 /100 000 chez les résidents en EHPA et chez les personnes âgées de plus de 64 ans en population générale, de S30 à S50*, France



*Les données de la semaine 50 ne sont pas consolidées.

- **Le taux de mortalité COVID-19 des résidents en EHPA** était inférieur au taux de mortalité toutes causes dans la population générale des personnes âgées de plus de 64 ans jusqu'en semaine 37 (moyenne hebdomadaire, 9,3/100 000 résidents vs 23,8/100 000 habitants) ; il l'a dépassé en semaine 43 (28,0 vs 26,1/100 000), et a augmenté de façon très importante pour atteindre 244,6 (vs 32,5/100 000) en semaine 47 (Figure 21). On observe une diminution en semaine 48 (197,5 vs 30,3/100 000). Il faudra attendre la consolidation des données des semaines 48 et suivantes pour confirmer la tendance récente.

Figure 21. Taux de mortalité COVID-19 en EHPA* et taux de mortalité toutes causes* chez les personnes âgées de plus de 64 ans en population générale, de S30 à S49, France



*Les données de mortalité ne sont pas consolidées en semaine 49 en population générale ni en semaine 50 en EHPA.

- Toutefois, ces taux d'incidence et de mortalité ne sont pas complètement comparables car la structure par âge parmi les plus de 64 ans de ces deux populations est différente et les résidents en EHPA sont très probablement en moyenne en moins bonne santé que la population générale de plus de 64 ans.

NB. Les données utilisées sont récentes, sujettes à erreur de saisie et donc à correction ultérieure, ce qui peut influencer les résultats des analyses dans le temps.

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **305 748 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 15 décembre 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 50** (du 07 au 13 décembre 2020), **4 616 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (représentant 2,0% de l'activité totale des services d'urgence OSCOUR®) ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période.

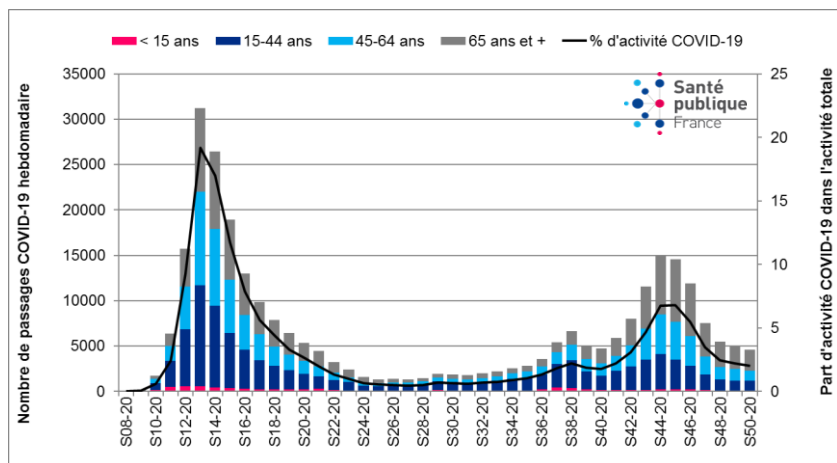
- **Le ralentissement de la baisse du nombre de passages pour suspicion de COVID-19** se poursuit en S50 avec une baisse de -6% enregistrée (vs -10% en S49) (4 616 en S50 vs 4 902 en S49). La part d'activité était également en légère baisse (2,0% vs 2,2% en S49). Les hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 étaient stables à 55%.

- **En semaine 50**, les passages pour suspicion de COVID-19 étaient encore en **légère baisse chez les adultes** (-6% soit -297 passages), alors qu'on observait une légère hausse chez les enfants (+14% soit +11 passages). Ces derniers ne représentaient cependant que 2% des passages pour suspicion de COVID-19 enregistrés en S50 (Figure 22).

- On observait une **situation hétérogène en région**, avec une hausse en **Bretagne** (+80% soit +91 passages), **Grand Est** (+5% soit +26 passages), Pays de la Loire (+4,4% soit +11 passages) et en **Guyane** (+233% soit +14 passages), une stabilisation en Hauts-de-France et Normandie et une poursuite de la baisse dans les autres régions. Les baisses s'échelonnaient de -4% en Nouvelle-Aquitaine à -40% en Corse et -52% à la Réunion.

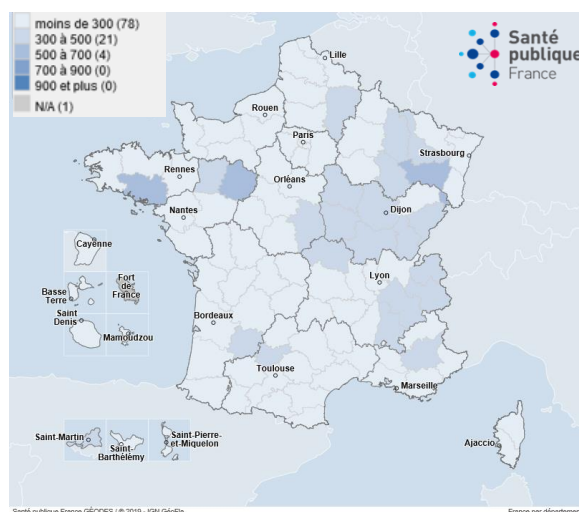
- En semaine 50, comme les précédentes semaines, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité des actes étaient enregistrés en Île-de-France (26%), Auvergne-Rhône-Alpes (22%), Grand Est (17%), Bourgogne-Franche-Comté (14%) et Hauts-de-France (10%).

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



Source : OSCOUR®

Figure 23. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 50/2020, 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 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 nombre de reproduction effectif au 12 décembre **repassse au-dessus de 1 de manière significative (1,03, IC95% [1,02-1,04]) en France métropolitaine à partir des données virologiques (tests PCR et tests antigéniques) SI-DEP**. À partir des **passages aux urgences (OSCOUR®)** pour suspicion de COVID-19 au 12 décembre, l'estimation du nombre de reproduction reste inférieure à 1 : **0,90** (IC95% [0,88-0,93]). À partir **des données d'hospitalisations (SI-VIC)**, l'estimation au 13 décembre est également inférieure à 1 : **0,91** (IC95% [0,89-0,94]).

- **Ces trois nombres de reproduction sont en hausse par rapport aux estimations de la semaine précédente** (Figure 24).

- Au 12 décembre, les estimations des R -effectif à partir des données virologiques SI-DEP sont supérieures à 1 dans la majorité des régions métropolitaines (Tableau 3). Elles sont significativement supérieures à 1 dans 6 régions métropolitaines : Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Île-de-France, Normandie et Pays de la Loire. Elles sont supérieures à 1, mais de façon non significative dans les régions Bretagne et Hauts-de-France.

- À partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), l'estimation du nombre de reproduction est supérieure à 1 significativement en Bretagne et de façon non significative dans les régions Grand Est et Pays de la Loire.

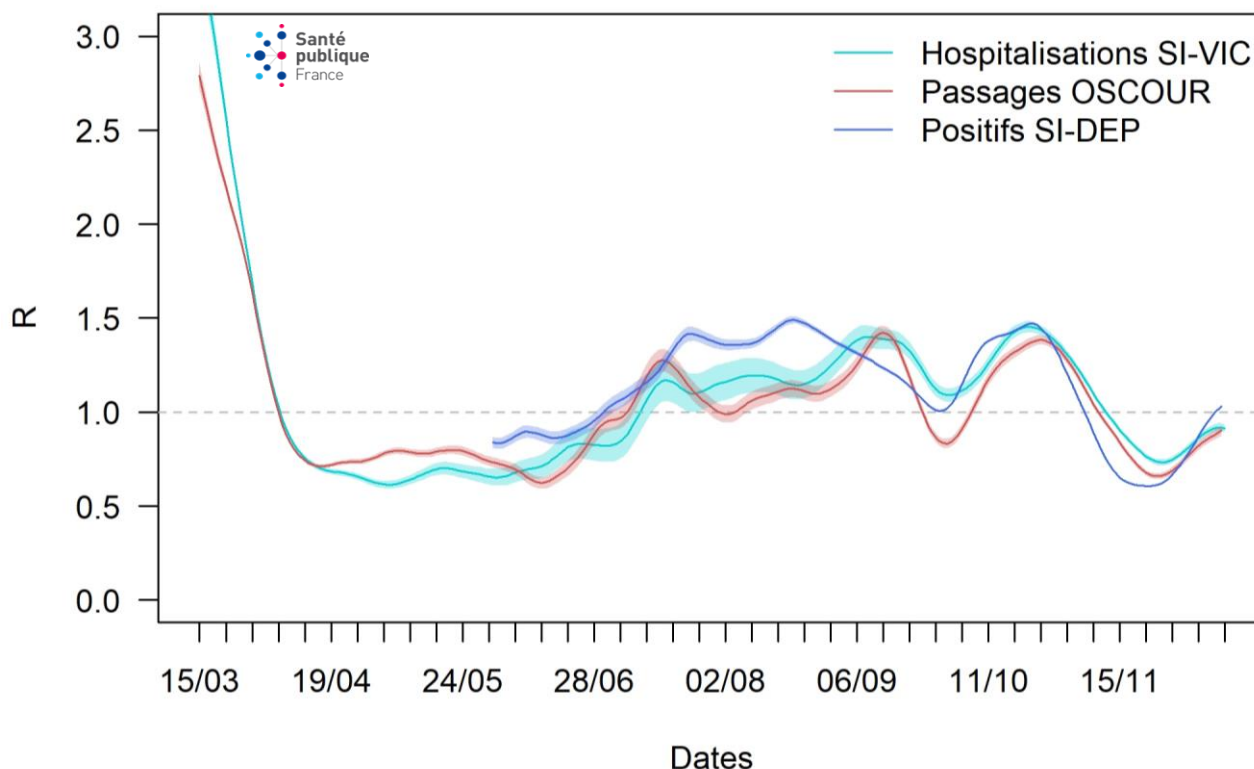
- À partir des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC, l'estimation du nombre de reproduction est supérieure à 1 significativement dans le Grand Est et de façon non significative en Bretagne.

- **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 et est supérieure à 1 de façon non significative à partir des deux autres sources de données.

À La Réunion, l'estimation du R -effectif à partir des hospitalisations pour COVID-19 rapportées par SI-VIC est supérieure à 1 non significativement, et reste inférieure à 1 à partir des données virologiques SI-DEP et à partir des données OSCOUR®.

[1] Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying reproduction numbers during epidemics. *Am J Epidemiol* 2013;178:1505-12.

Figure 24. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests RT-PCR et antigéniques positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP), des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), du 15 mars au 12 décembre 2020, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 3. Nombre de reproduction effectif du 12 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 13 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	0,96 (0,94-0,98)	0,81 (0,75-0,86)	0,79 (0,75-0,84)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,09 (1,06-1,12)	0,89 (0,81-0,97)	0,94 (0,87-1,02)
	Bretagne	1,04 (0,99-1,09)	1,34 (1,15-1,54)	1,16 (0,98-1,35)
	Centre-Val de Loire	1,05 (1,02-1,09)	0,82 (0,69-0,96)	0,95 (0,84-1,06)
	Corse	0,79 (0,63-0,97)	NC	NC
	Grand Est	1,18 (1,16-1,21)	1,01 (0,93-1,10)	1,10 (1,03-1,17)
	Hauts-de-France	1,01 (0,99-1,04)	0,88 (0,78-0,98)	0,87 (0,81-0,94)
	Ile-de-France	1,04 (1,02-1,06)	0,89 (0,83-0,95)	0,87 (0,82-0,93)
	Normandie	1,04 (1,01-1,08)	0,88 (0,74-1,05)	0,92 (0,81-1,04)
	Nouvelle-Aquitaine	0,98 (0,95-1,00)	0,92 (0,82-1,02)	0,85 (0,77-0,94)
	Occitanie	0,96 (0,93-0,99)	0,84 (0,74-0,95)	0,88 (0,79-0,98)
	Pays de la Loire	1,05 (1,02-1,09)	1,00 (0,88-1,13)	0,96 (0,85-1,07)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,99 (0,97-1,02)	0,91 (0,83-0,99)	0,97 (0,89-1,04)
	France métropolitaine	1,03 (1,02-1,04)	0,90 (0,88-0,93)	0,91 (0,89-0,94)
France ultra-marine	Guadeloupe	0,77 (0,56-1,01)	NC	NC
	Guyane	1,38 (1,24-1,52)	1,58 (0,94-2,38)	1,05 (0,63-1,57)
	La Réunion	0,85 (0,75-0,96)	0,63 (0,38-0,94)	1,06 (0,67-1,53)
	Martinique	0,81 (0,62-1,02)	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, **1 936** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

• Parmi les **245 237 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 ;
- 40 653 patients sont décédés : 74% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes ;
- 179 087 patients sont retournés à domicile.

• Le **15 décembre 2020, 25 240 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France, dont 2 881 en réanimation.**

Tableau 4. Nombre de personnes hospitalisées (dont en réanimation) pour COVID-19 le 15 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 15 décembre 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	25 240		2 881		179 087		40 653	
Classes d'âge *								
Total	25 035		2 854		177 802		40 432	
0-14 ans	45	<1	9	<1	2 340	1	4	<1
15-44 ans	778	3	126	4	23 564	13	330	1
45-64 ans	3 532	14	872	31	47 753	27	3464	9
65-74 ans	5 129	20	1 114	39	35 138	20	6785	17
75 et +	15 551	62	733	26	69 007	39	29849	74
Régions *								
Total	25 207		2 871		179 056		40 627	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	4 521	18	491	17	25 566	14	6 088	15
Bourgogne-Franche-Comté	1 807	7	186	6	8 667	5	2 267	6
Bretagne	600	2	53	2	3 065	2	634	2
Centre-Val de Loire	949	4	100	3	4 943	3	1 178	3
Corse	27	<1	6	<1	491	<1	113	<1
Grand Est	2 757	11	298	10	19 427	11	5 331	13
Hauts-de-France	2 433	10	272	9	16 189	9	3 983	10
Ile-de-France	4 920	20	619	22	51 995	29	11 552	28
Normandie	1 048	4	79	3	5 256	3	1 356	3
Nouvelle-Aquitaine	1 345	5	161	6	7 030	4	1 516	4
Occitanie	1 384	5	199	7	9 351	5	1 913	5
Pays de la Loire	955	4	84	3	5 505	3	1 163	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 281	9	304	11	17 370	10	3 167	8
Outre-Mer								
La Réunion	51	<1	6	<1	683	<1	51	<1
Martinique	27	<1	6	<1	352	<1	42	<1
Mayotte	9	<1	0	<1	528	<1	39	<1
Guadeloupe	77	<1	5	<1	729	<1	167	<1
Guyane	16	<1	2	<1	1 909	1	67	<1

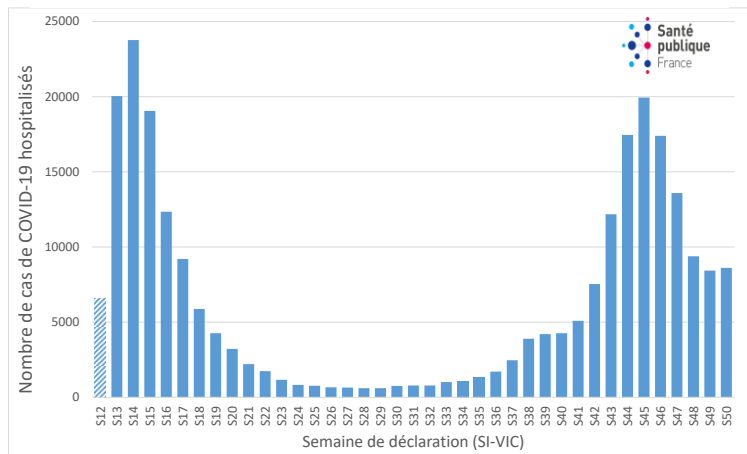
* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Source : SI-VIC

● Après avoir diminué depuis la semaine 46, le nombre de déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 s'est stabilisé en S50** : **8 608** nouvelles hospitalisations ont été déclarées contre 8 424 en S49, soit +2% (Figure 25a).

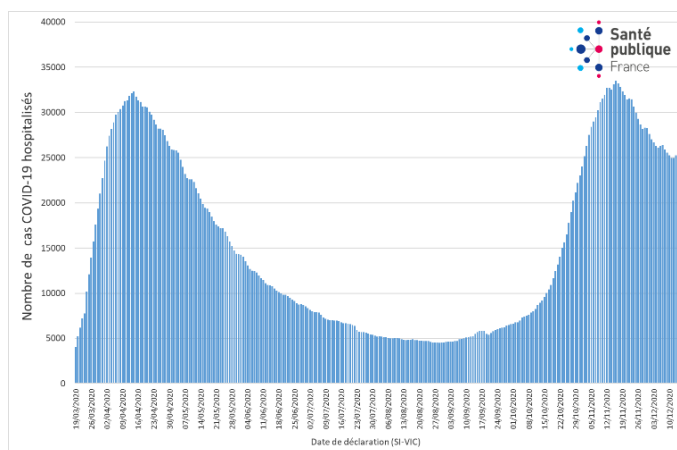
Le **taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 s'est stabilisé en S50 (+2% : 12,8/100 000 habitants vs 12,6 en S49)**.

Figure 25a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 13 décembre)



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

Figure 25b. Nombre de cas de COVID-19 en cours d'hospitalisation, par jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 13 décembre)



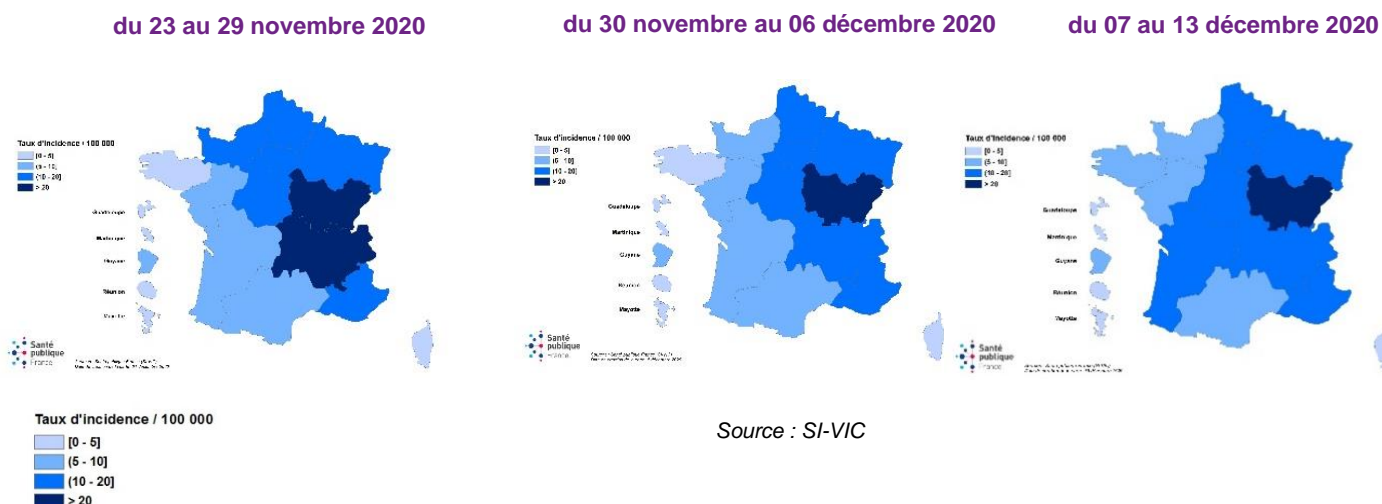
Source : SI-VIC

● **L'évolution du taux d'hospitalisations est variable selon les régions. Ce taux était en hausse dans toutes les régions de France métropolitaine, sauf en Corse (-67%), Auvergne-Rhône-Alpes (-17%), Occitanie (-14%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (-10%). Les augmentations les plus importantes étaient observées en Nouvelle-Aquitaine (+23%), Île-de-France (+18%), Bretagne (+15%) et Pays de la Loire (+15%).**

● **Les taux d'hospitalisations les plus élevés en S50 ont été enregistrés en Bourgogne-Franche-Comté (28,1/100 000 habitants), Grand Est (19,8) et Auvergne-Rhône-Alpes (16,3) (Figure 26).**

● Dans les **régions d'outre-mer**, en S50, le plus fort taux d'hospitalisations était observé en Guyane avec 5,2/100 000 habitants, en diminution par rapport à la S49 (6,9). Le taux hebdomadaire d'hospitalisations a fortement augmenté à Mayotte (4,3 vs. 2,1/100 000 habitants en semaine 49) et en Martinique (2,0 vs 1,1). Ce taux était stable à la Réunion (2,3/100 000 habitants) et a fortement baissé en Guadeloupe (0,8 vs 2,1).

Figure 26. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 23 novembre et le 13 décembre 2020 (S48 à S50), France



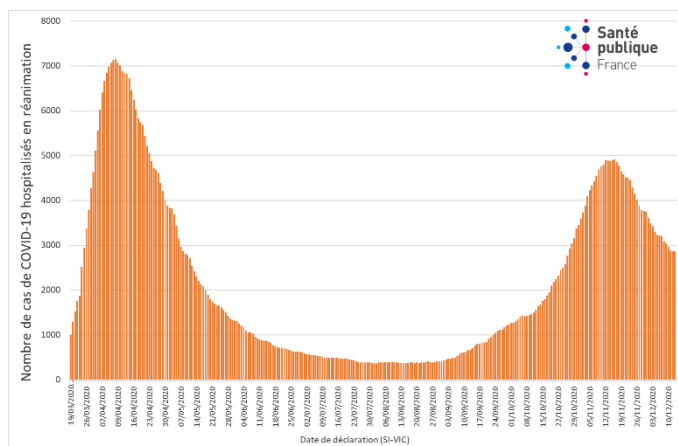
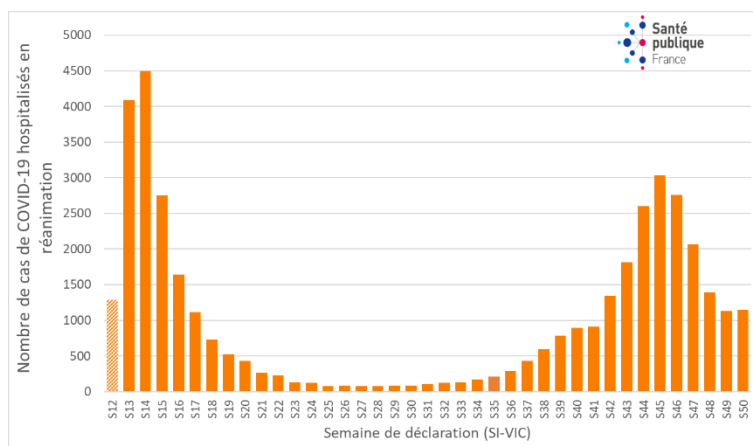
Source : SI-VIC

● Après avoir fortement diminué depuis la semaine 46, le nombre de **nouvelles admissions en réanimation se stabilisait** en S50 : **1 146** nouvelles admissions en réanimation ont été déclarées vs **1 127** en S49, soit +2% (Figure 27a).

Le taux de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation **s'est stabilisé** autour de 1,7/100 000 habitants en S50 (+2% par rapport à la S49).

Figure 27a. Nombre hebdomadaire de **nouvelles** admissions de patients COVID-19 en réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 13 décembre)

Figure 27b. Nombre de cas de COVID-19 en réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 13 décembre)



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

Source : SI-VIC

● En semaine 50, le taux de nouvelles admissions en réanimation a **augmenté** en **Centre-Val de Loire** (+39%), **Grand Est** (+35%), **Île-de-France** (+22%) et **Pays de la Loire** (+9%). Il **se stabilisait** en Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Hauts-de-France, et il a diminué dans les autres régions de France métropolitaine.

● Les **plus forts taux hebdomadaires d'admission en réanimation** étaient rapportés en **Bourgogne-Franche-Comté** (3,0/100 000 habitants), **Auvergne-Rhône-Alpes** (2,6), **Grand Est** (2,3), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (2,2), **Île-de-France** (2,1) et **Hauts-de-France** (2,1). Les autres régions de France métropolitaine rapportaient des taux inférieurs à 2,0 pour 100 000 habitants (Figure 28).

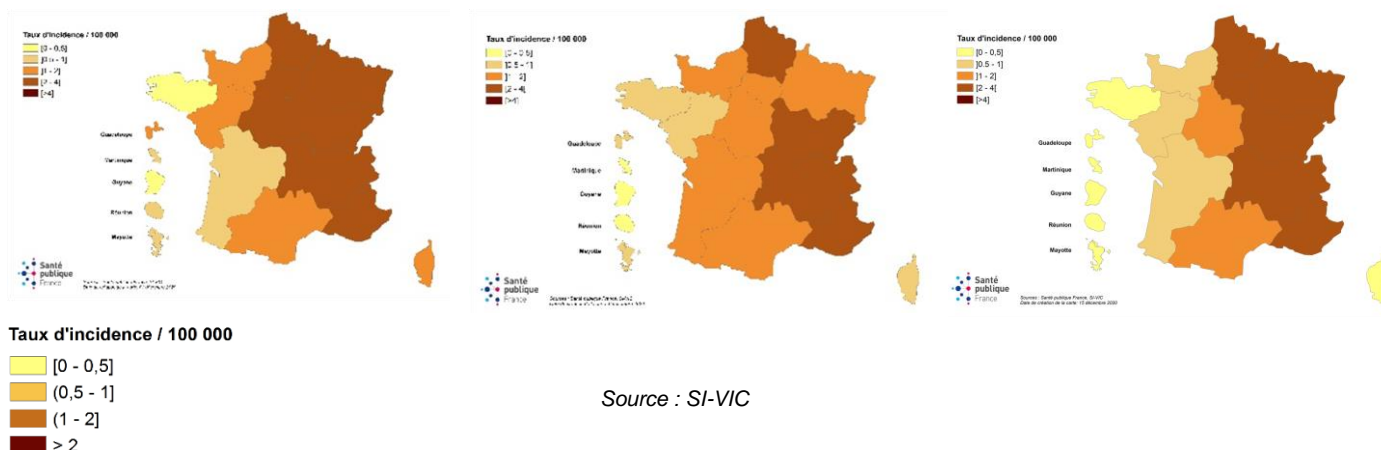
● Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 50, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 était observé à **Mayotte**, avec 0,4/100 000 habitants. Les taux d'admissions en réanimation étaient en diminution en S50 par rapport à la semaine précédente dans toutes les régions d'outre-mer, sauf à la Réunion et en Martinique où il était stable.

Figure 28. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 23 novembre et le 13 décembre (S48 à S50) 2020, France

du 23 au 29 novembre 2020

du 30 novembre au 06 décembre 2020

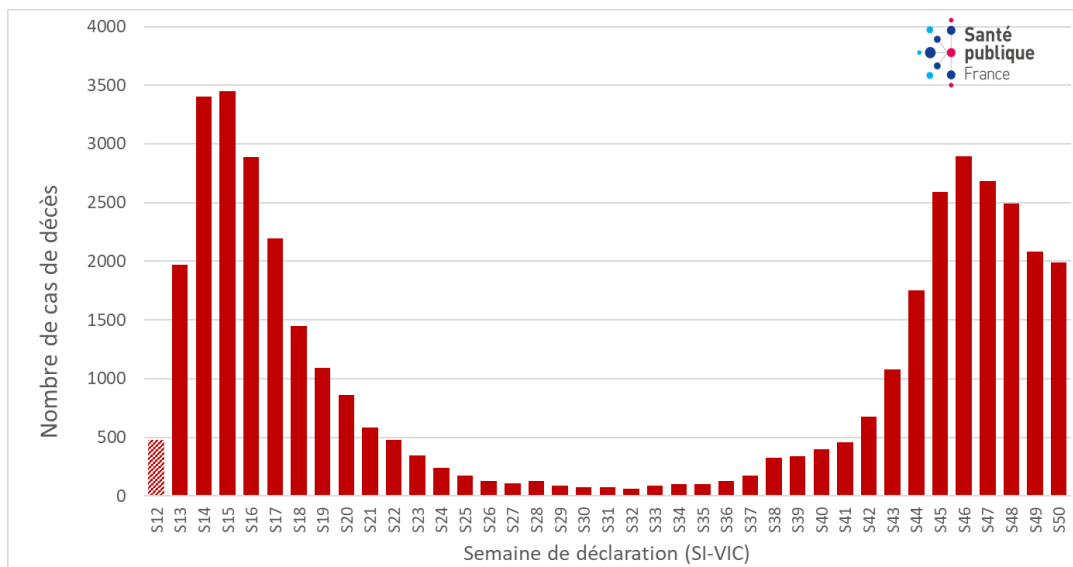
du 07 au 13 décembre 2020



Source : SI-VIC

- Après plusieurs semaines de forte baisse de la S46 à la S49, une stabilisation du nombre de déclarations de **décès** survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 était observée en S50 (**1 992 nouveaux décès vs 2 085 en semaine 49**, soit -4%) (Figure 29).

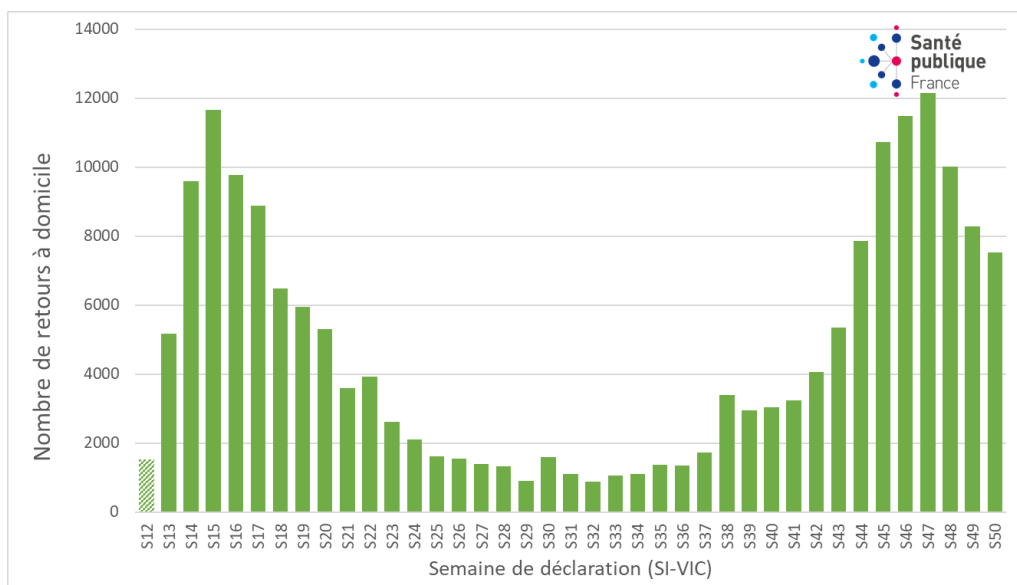
Figure 29. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 13 décembre 2020)



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

- La **diminution** des déclarations de **retours à domicile** survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 observée depuis la S48 se poursuit en S50, passant de 8 285 en S49 à 7 516 en S50, soit -9% (Figure 30).

Figure 30. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 13 décembre 2020)

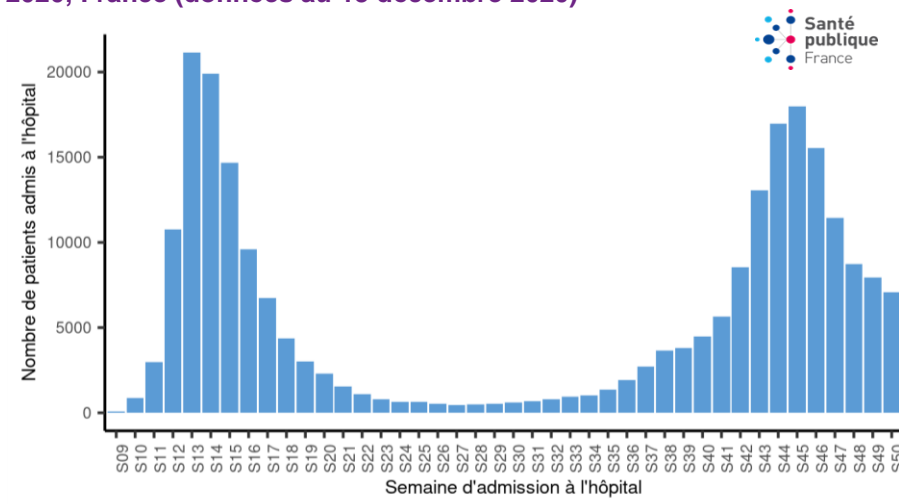


S12 : Données incomplètes car démarrage de SI-VIC en cours de semaine
Source : SI-VIC

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

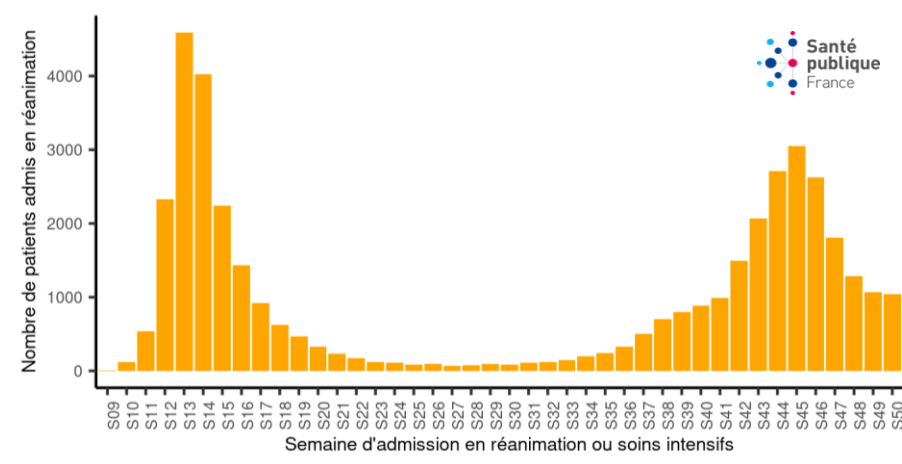
• Les graphiques précédents (Figures 27a, 31a, 29, 30) sont présentés par date de déclaration. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figures 31 et 32) ou par date de décès (Figure 33). Toutefois, les données de la S50 ne sont pas encore consolidées.

Figure 31. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis à l'hôpital, par semaine d'admission à l'hôpital, depuis le 24 février 2020, France (données au 13 décembre 2020)



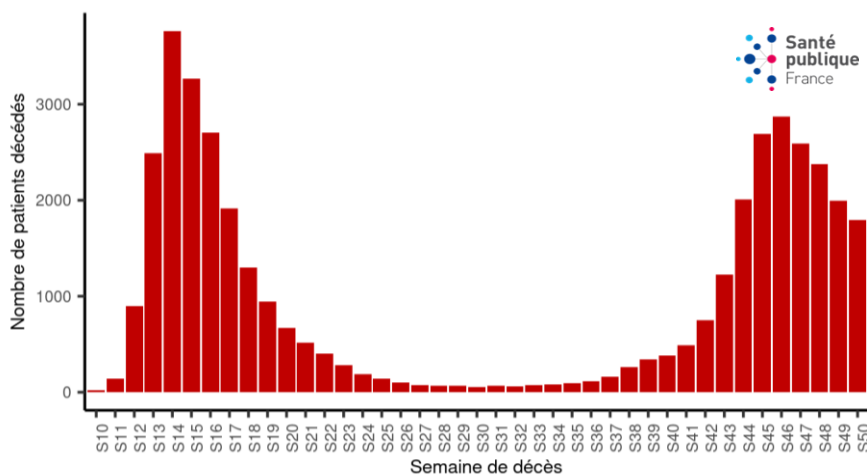
S50 : Données provisoires, en cours de consolidation / Source : SI-VIC

Figure 32. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis en service de réanimation pendant leur hospitalisation, par semaine d'admission en réanimation, depuis le 24 février 2020, France (données au 13 décembre 2020)



S50 : Données provisoires, en cours de consolidation / Source : SI-VIC

Figure 33. Nombre hebdomadaire de décès à l'hôpital de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 02 mars 2020, France (données au 13 décembre 2020)



S50 : Données provisoires, en cours de consolidation / Source : SI-VIC

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

La surveillance des cas graves de COVID-19 repose sur un réseau sentinelle de 226 services de réanimation situés en France métropolitaine et dans les DOM. Cette surveillance a été réactivée le 05 octobre 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 15 décembre, parmi les **4 008 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 ; 50 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** ($IMC \geq 30 \text{ kg.m}^{-2}$) (45% des cas signalés dont l'IMC était renseigné), l'**hypertension artérielle** (45%) et le **diabète** (31%) (Tableau 5).

- Parmi les 2 859 patients pour lesquels l'information était renseignée, 45% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 3 082 patients ; 48% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 40% d'une ventilation invasive et 3% d'une assistance extracorporelle (ECMO/ECCO₂R) au cours de leur séjour en réanimation.

- **637 décès** ont été rapportés à ce jour, dont 2 chez des professionnels de santé. **L'âge médian des personnes décédées était de 74 ans** (IIQ : [68-79]) ; 84% des personnes décédées étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 621 patients ; parmi eux, 586 (94%) 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 15 décembre, **2 065 sorties de réanimation** ont été rapportées.

Tableau 5. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre au 15 décembre 2020 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle (n=4 008), France (données au 15 décembre 2020)

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=4 008)		Cas décédés en réanimation (n=637)	
	n	%	n	%
0-14 ans	14	<1	0	-
15-44 ans	232	6	13	2
45-64 ans	1 241	31	90	14
65-74 ans	1 494	37	237	37
75 et +	1 005	25	296	47
Non renseigné	22		1	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	442	11	35	6
Au moins une comorbidité	3 468	89	586	94
Obésité (IMC \geq 30) ³	1 596	45	228	42
Hypertension artérielle	1 740	45	323	52
Diabète	1 207	31	196	32
Pathologie cardiaque	971	25	230	37
Pathologie pulmonaire	836	21	160	26
Immunodépression	295	8	71	11
Pathologie rénale	331	8	77	12
Cancer	263	7	77	12
Pathologie neuromusculaire	119	3	31	5
Pathologie hépatique	85	2	24	4
Autre	655	17	97	16
Non renseigné	98		16	

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

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

³La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC est renseigné (n=3 536 et n=549).

SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES

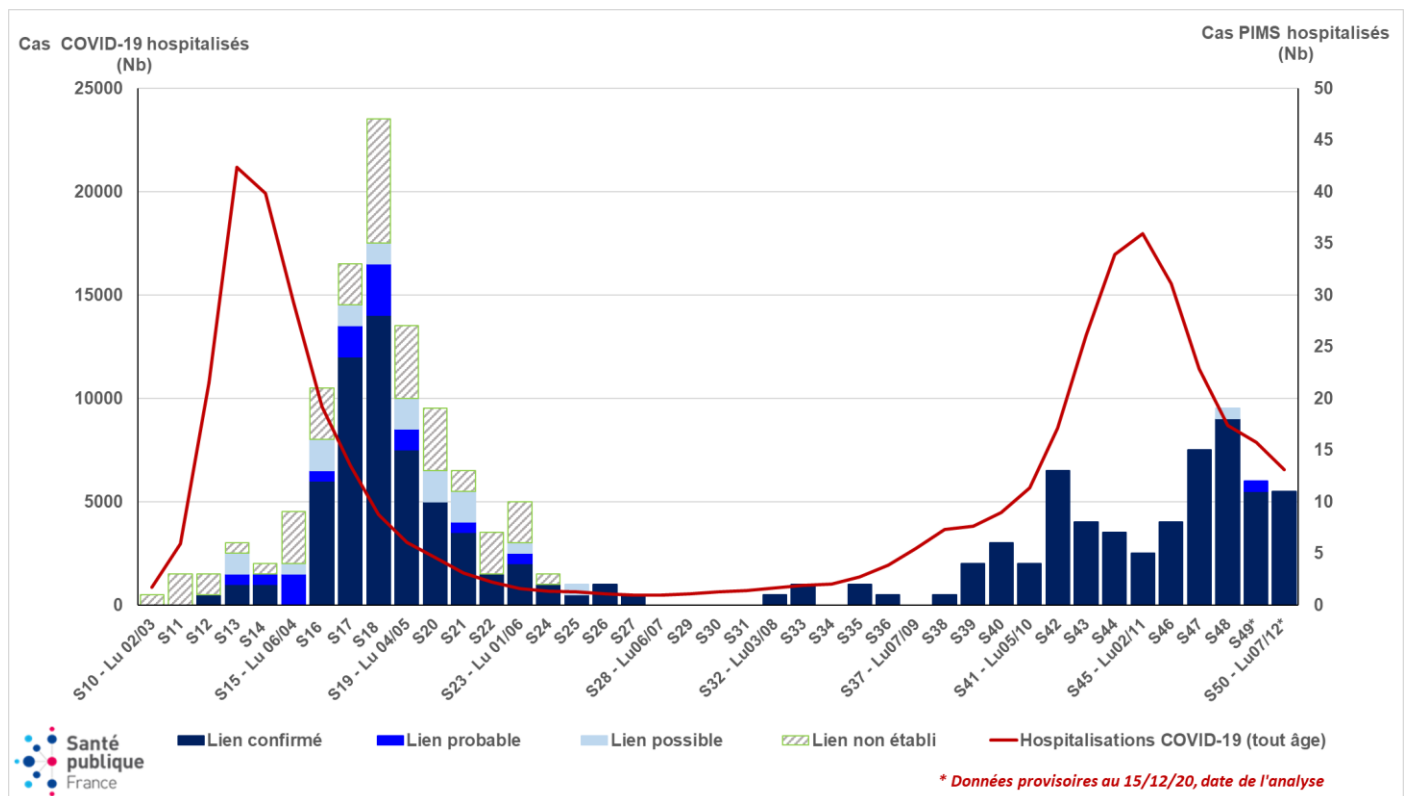
Fin avril 2020, le signalement de cas de myocardite avec état de choc cardiogénique chez des enfants avec une infection COVID-19 récente a conduit à la mise en place, par Santé publique France et les sociétés savantes de pédiatrie, d'une surveillance active de ces tableaux cliniques atypiques. Ces syndromes sont recensés sous l'appellation de « [syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques](#) » ou PIMS. La méthodologie et les premiers résultats de leur surveillance en France sont disponibles sous <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2001010>.

- **Entre le 1^{er} mars et le 13 décembre 2020, 330 cas** de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (ou PIMS) ont été signalés.
- Cent cinquante-quatre cas (47%) ont concerné des filles. L'âge médian des cas était de 7 ans (25% des cas avaient ≤ 3 ans et 75% ≤ 11 ans).
- **Plus de la moitié des cas étaient confirmés par une RT-PCR et/ou sérologie pour SARS-CoV-2 positives** (n=231, 70%). Le lien avec le virus était probable chez 19 (6%) patients (contage avec un sujet positif ou scanner évocateur) et considéré comme possible chez 22 patients (7%). Pour les 58 patients restants (17%), ce lien n'a pas pu être établi.
- Parmi les 272 patients pour lesquels le lien avec la COVID-19 était possible, probable ou confirmé, les PIMS étaient associés à une myocardite pour 188 cas (69%). Parmi les 58 patients sans lien établi avec la COVID-19, une myocardite n'a été retrouvée que pour 6 d'entre eux.
- Un séjour en réanimation a été nécessaire pour 150 enfants (45%) et en unité de soins critiques pour 70 (21%). Les autres enfants ont été hospitalisés en service de pédiatrie. Un enfant âgé de 9 ans est décédé dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite.
- La distribution des cas par région est présentée dans le Tableau 6. Les régions ayant signalé le plus grand nombre de cas sont : l'Île-de-France (142 cas, 43%), Auvergne-Rhône-Alpes (43 cas, 13%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (39 cas, 12%), Grand Est (20 cas, 6%). Les autres régions ont rapporté moins de 15 cas.
- Un délai moyen de survenue des PIMS de 4 à 5 semaines après l'infection par le SARS-CoV-2 avait été observé lors de la première vague de l'épidémie. Après un pic observé en semaine 18 (semaine d'hospitalisation), le nombre de cas signalés a diminué de manière importante au cours de l'été, avant une nouvelle augmentation depuis la semaine 39, fin septembre : 112 cas ont été rapportés entre le 21 septembre et le 13 décembre 2020, tous confirmés à l'exception d'un cas probable et d'un cas en cours d'investigation (Figure 34).
- Au total, les données recueillies confirment l'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique rare chez l'enfant avec fréquente atteinte cardiaque, lié à l'épidémie de COVID-19, également observé dans d'autres pays. En France, l'incidence des PIMS en lien avec la COVID-19 (272 cas) a été estimée à **18,7 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans** (soit : 14 511 544 habitants, données Insee 2019).

Tableau 6. Distribution du nombre de cas de PIMS par région et en fonction de leur lien avec le SARS-COV2, du 02 mars au 13 décembre 2020, France (données au 15 décembre 2020)

Nombre de cas de PIMS selon le lien avec le SARS-CoV2					
Régions métropolitaines	Lien confirmé	Lien probable	Lien possible	Lien non établi	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	27	3	2	11	43
Bourgogne-Franche-Comté	4	1	0	2	7
Bretagne	0	0	1	1	2
Centre-Val de Loire	3	0	2	0	5
Corse	0	0	0	0	0
Grand Est	13	2	2	3	20
Hauts-de-France	3	0	2	0	5
Île-de-France	111	9	5	17	142
Normandie	3	1	2	5	11
Nouvelle-Aquitaine	9	1	0	4	14
Occitanie	6	0	0	1	7
Pays de la Loire	7	1	1	6	15
Provence-Alpes-Côte d'Azur	28	1	4	6	39
Régions ultramarines					
Guadeloupe	4	0	1	2	7
Guyane	1	0	0	0	1
Martinique	0	0	0	0	0
La Réunion	1	0	0	0	1
Mayotte	11	0	0	0	11
Total	231	19	22	58	330

Figure 34. Distribution hebdomadaire des hospitalisations pour PIMS, en fonction du lien avec la COVID-19 et des hospitalisations COVID-19 tous âges, France, du 02 mars au 13 décembre 2020 (données au 15 décembre 2020)

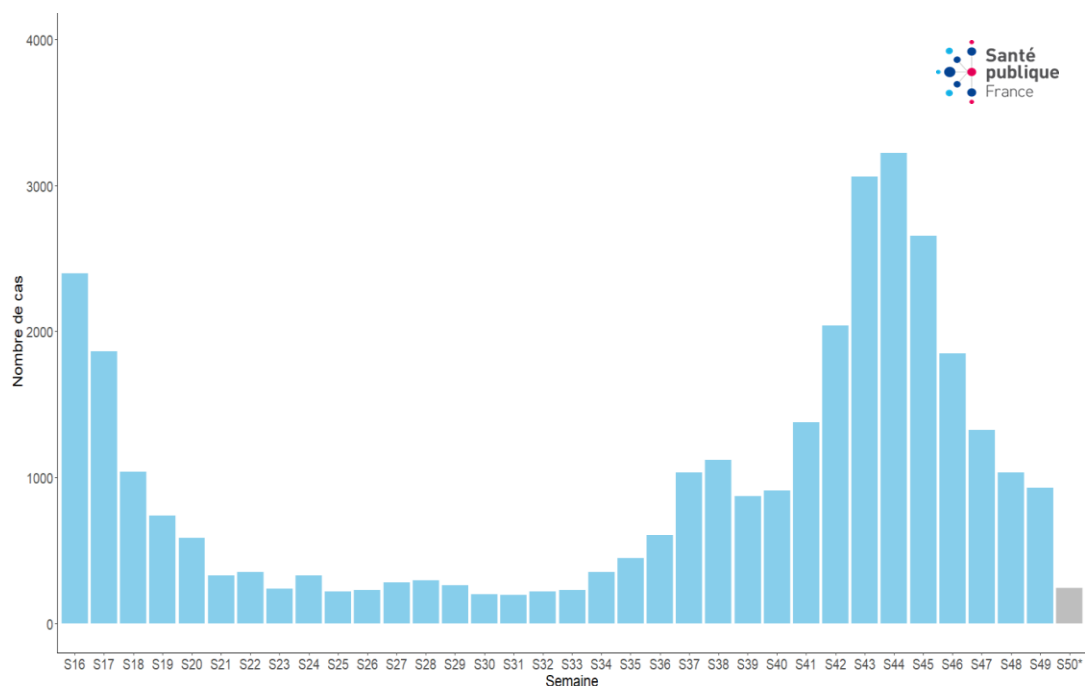


SURVEILLANCE DES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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

- Depuis le dernier bilan publié fin novembre 2020, 3 206 cas supplémentaires ont été déclarés, portant à **57 264** le nombre de PES infectés pour la période du 1^{er} mars au 14 décembre 2020. La répartition actualisée du nombre hebdomadaire de cas déclarés (Figure 35) montre un pic en semaine 44 puis une diminution les semaines suivantes. La diminution du nombre de cas entre les semaines 48 et 49 semble plus réduite que celles observées les semaines précédentes. Les données de la semaine 50 ne sont pas consolidées.
- Aucun décès supplémentaire lié à la COVID-19 n'a été déclaré depuis le dernier bilan de fin novembre. Au total, 18 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 ont été enregistrés depuis le 1^{er} mars 2020, survenus chez 5 médecins, 5 aides-soignants, 2 professionnels de santé classés « autres » et 6 professionnels non soignants. Parmi les décès déclarés, aucun n'est survenu depuis juin.

Figure 35. Nombre de professionnels COVID-19 déclarés dans les établissements de santé, par semaine, depuis le 13 avril 2020 (données au 14 décembre 2020, N=33 091), France

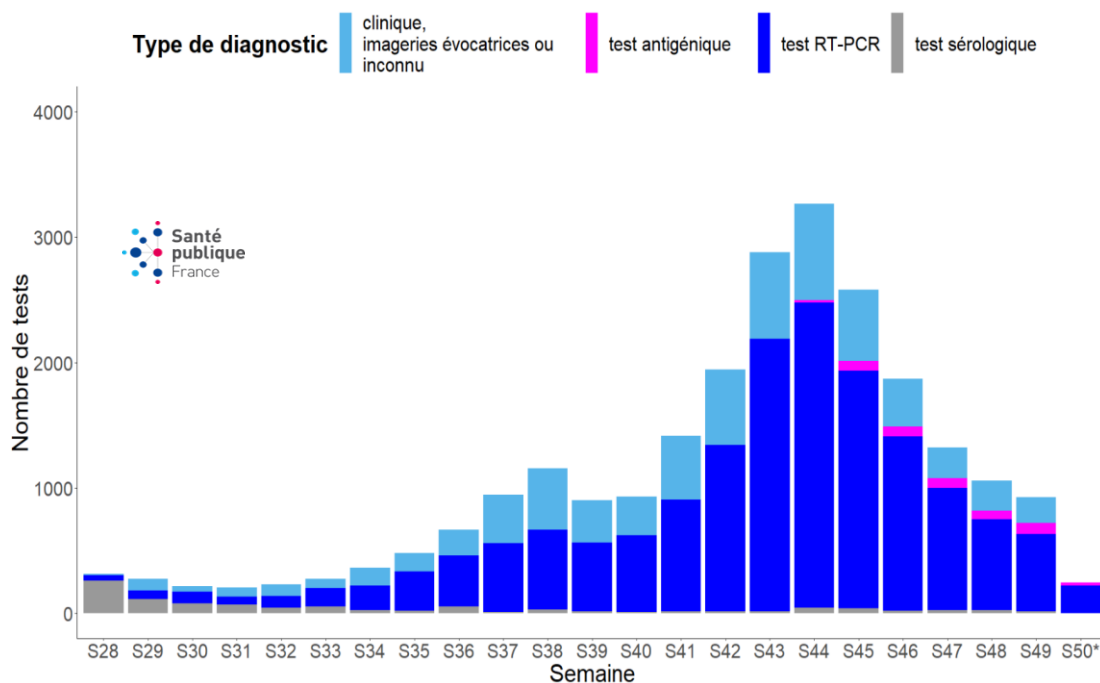


* Les données pour S50 sont en cours de consolidation.

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

● La répartition des types de moyens diagnostiques (données disponibles depuis la semaine 28) (Figure 36) montre que le type de moyen diagnostique le plus rapporté est un test RT-PCR (67% des diagnostics rapportés) suivi du diagnostic clinique ou autres¹ (27%). Les tests sérologiques ont surtout été utilisés pendant l'été. Depuis la semaine 44, l'utilisation des tests antigéniques est rapportée.

Figure 36 . Répartition des types de moyens diagnostiques de la COVID-19 utilisés dans les établissements de santé depuis la semaine 28 (N=24 468) (données au 14 décembre 2020), France



* Les données pour la semaine 50 sont en cours de consolidation.

NB : Plusieurs types de moyens diagnostiques peuvent être utilisés pour un même patient.

¹ Clinique, historique de contact, imageries évocatrices ou inconnu

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

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

- Entre le 1^{er} mars et le 15 décembre 2020, **59 072 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **40 653** décès étaient survenus au cours d'une hospitalisation et **18 419** décès parmi des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements médico-sociaux (EMS) (données au 13 décembre).

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

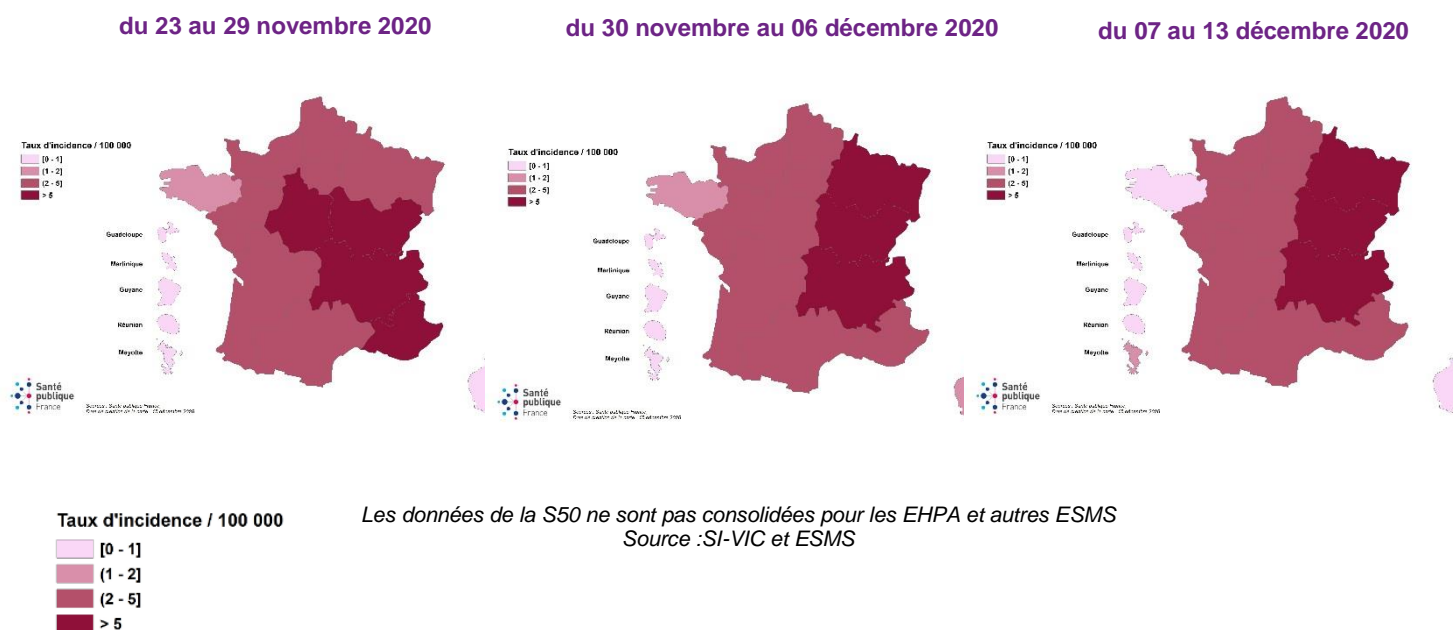
- Au niveau national, **le nombre hebdomadaire de décès a diminué en semaine 49**, avec 2 880 décès vs 3 204 en S48 (-10%, données consolidées) et **semble** continuer de diminuer en S50 avec **2 515 décès** (-13%, données non consolidées). En S49, cette diminution n'est cependant constatée que parmi les décès hospitaliers (-16%), les décès en ESMS ayant augmenté entre la S48 et la S49 (+10%). En S50, les décès survenus à l'hôpital se sont stabilisés (-4%, données consolidées). L'évolution des décès en ESMS entre les semaines 49 et 50 ne peut pas encore être décrite, car les données ne sont pas encore consolidées.

- **Le taux hebdomadaire de décès** à l'échelle nationale était de **3,75 pour 100 000 habitants** en S50 (vs 4,29 en S49 et 4,78 en S48 – données consolidées pour S48 et S49).

- **En semaine 50**, les **plus forts taux de décès** de patients COVID-19 **par région** rapportés à la population étaient observés en Bourgogne-Franche-Comté (8,0/100 000 habitants), Auvergne-Rhône-Alpes (6,4) et Grand Est (5,9) (Figure 37).

- Entre les semaines 49 et 50, malgré des données encore non consolidées pour la S50, les taux de décès déclarés en métropole n'ont pas diminué dans 3 régions (Île-de-France, Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté).

Figure 37. Taux hebdomadaires de décès dus à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 23 novembre au 13 décembre (S48 à S50), 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, 23 649 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 7).

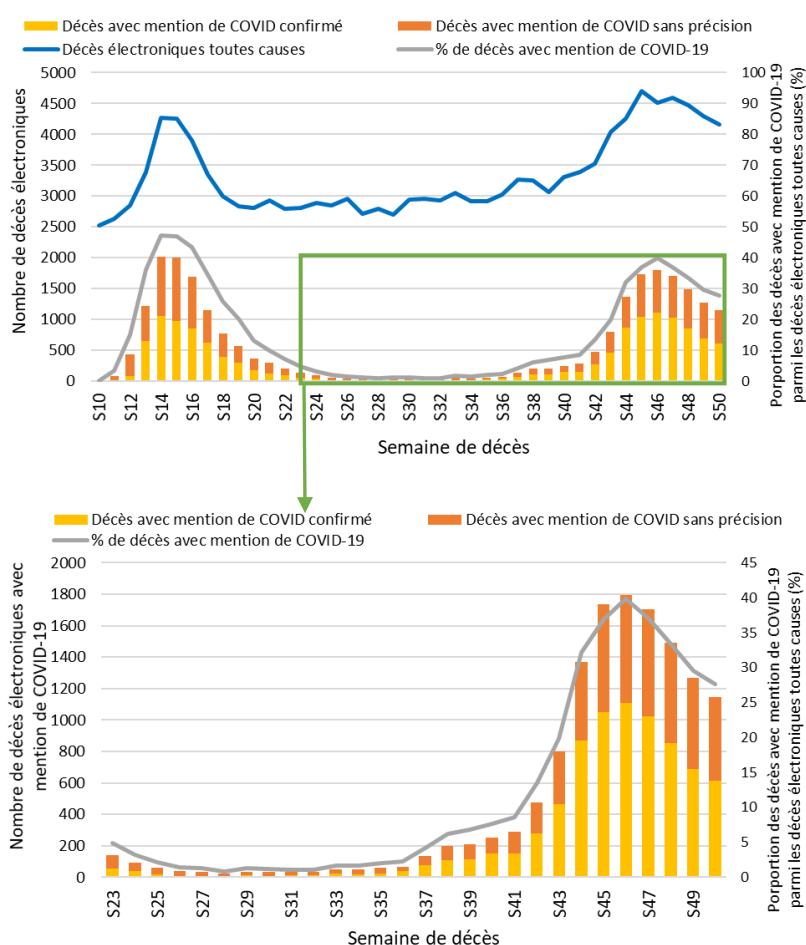
- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92% avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 55% de ces décès.
- Des comorbidités étaient renseignées pour 15 976 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 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 50 (du 07 au 13 décembre 2020), 1 192 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 27,6% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 38). **Ce nombre de décès est en légère diminution par rapport à la semaine précédente (-75 décès, soit -6%, par rapport à la semaine 49).**

- Parmi les 1 192 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 958 (80,4%) étaient âgées de plus de 75 ans, 169 (14,2%) étaient âgées de 65 à 74 ans et 61 (5,1%) étaient âgées de 45 à 64 ans. Ces effectifs sont en baisse par rapport à ceux de la semaine précédente. On note le décès de 4 personnes âgées de 15 à 44 ans, comparable à la semaine 49.

Figure 38. 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 13 décembre 2020, France (données au 15 décembre 2020)



Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 7. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars au 14 décembre 2020, France (données au 15 décembre 2020)

Sexe	n	%
Hommes	13 459	55
Femmes	11 189	45

Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	3	100	3	0
15-44 ans	56	35	103	65	159	1
45-64 ans	502	29	1 235	71	1 737	7
65-74 ans	1 087	30	2 490	70	3 577	15
75 ans ou plus	7 028	37	12 145	63	19 173	78
Tous âges	8 673	35	15 976	65	24 649	100

Description des comorbidités	n	%
Obésité	914	6
Diabète	2 589	16
Pathologie respiratoire	2 092	13
Pathologie cardiaque	5 526	35
Hypertension artérielle	3 603	23
Pathologies neurologiques *	1 352	8
Pathologie rénale	2 019	13
Immunodéficience	361	2

* Ce groupe inclut les pathologies neuro-vasculaires et neuro-musculaires

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

► Mortalité toutes causes

L'analyse de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données d'état civil d'environ 3 000 communes françaises, enregistrant 77% de la mortalité nationale. Ces données ne permettent pas de disposer des causes médicales de décès.

- **Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40** (du 28 septembre au 04 octobre), avec une hausse plus marquée de la semaine 43 (du 19 au 25 octobre) à la semaine 45 (du 02 au 08 novembre) (Figure 39). Une légère diminution s'est amorcée en semaine 46 (du 09 au 15 novembre) et semble plus marquée en semaine 47 (du 16 au 22 novembre). Elle se poursuit en semaines 48 (du 23 au 29 novembre) et 49 (du 30 novembre au 06 décembre).

L'excès de mortalité, au niveau national, était compris entre +6,0% et +7,5% sur les semaines 40 à 42, +21,0% sur la semaine 43, +26,2% en semaine 44, +32,7% en semaine 45, +30,8% en semaine 46, +24,6% en semaine 47 et +20% en semaine 48. 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 49 sera précisée la semaine prochaine.

- **Au niveau régional** (Figure 40), 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 49 dans les régions Grand Est et Normandie (Figure 40). 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 régions, en semaine 47 dans 11 régions, en semaine 48 dans 9 régions et **en semaine 49 dans 8 régions** : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie.

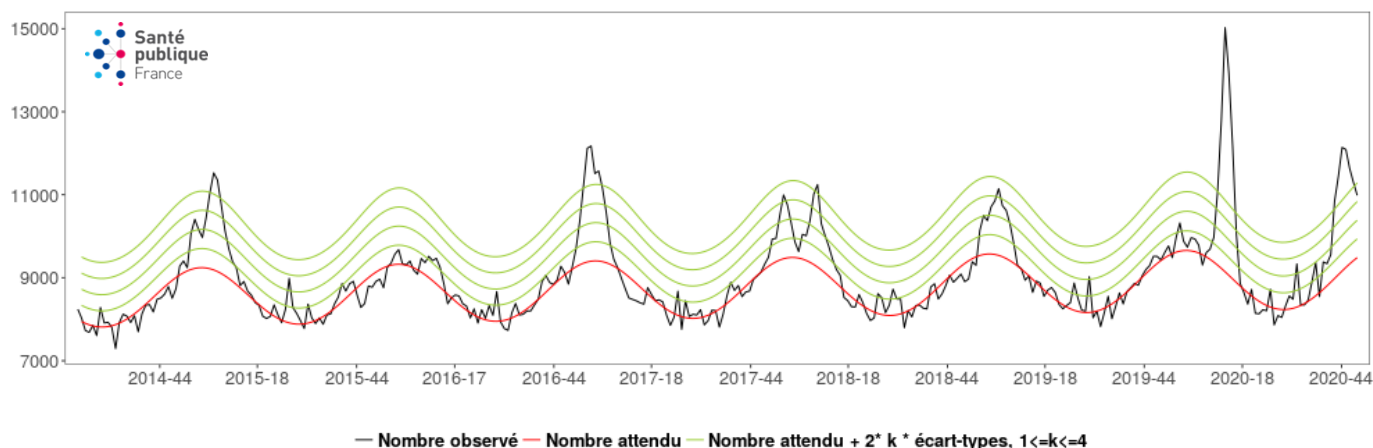
- L'excès de mortalité reste plus particulièrement marqué en **Auvergne-Rhône-Alpes** qui a atteint un niveau d'excès exceptionnel entre les semaines 44 et 48 et reste en semaine 49 à un niveau d'excès très élevé.

- **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, 36 départements en semaine 47, 38 départements en semaine 48 et **31 en semaine 49** (Figure 41).

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

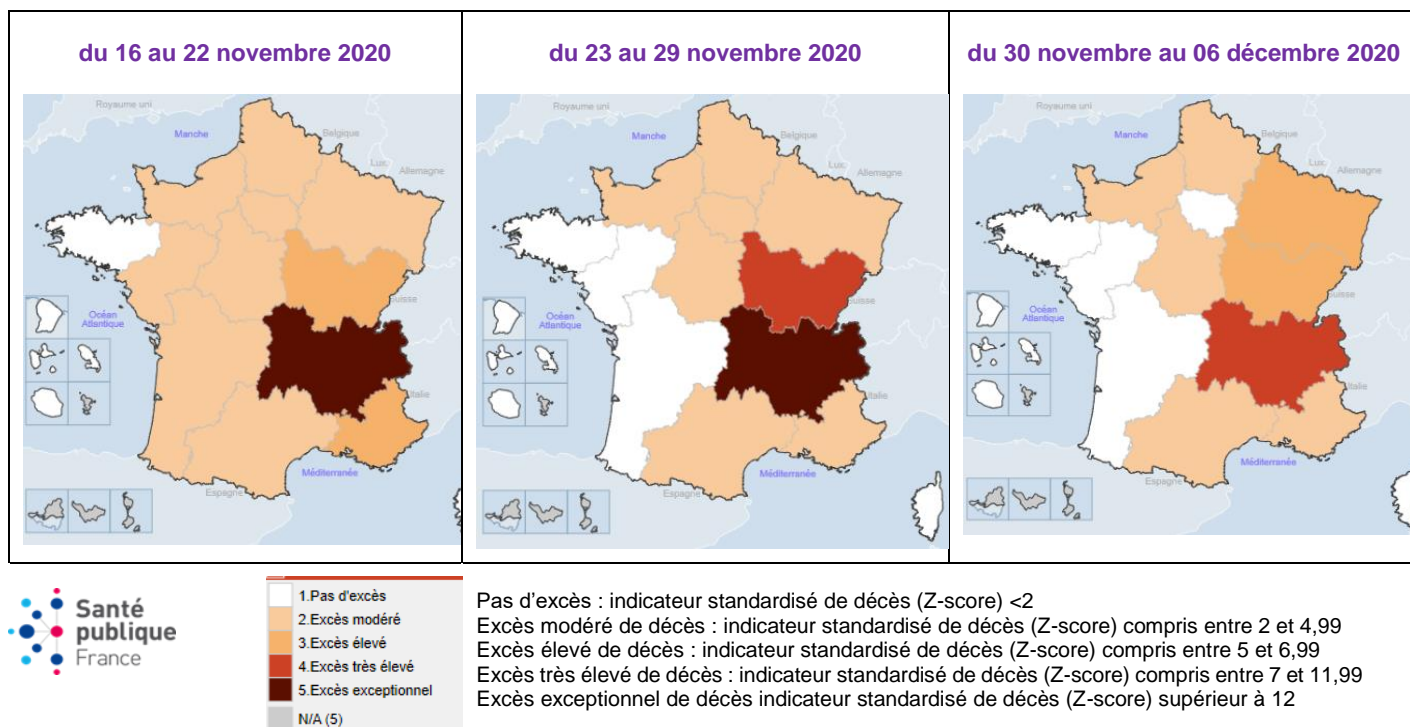
- Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer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

Figure 39. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 17-2014 à la semaine 49-2020, France



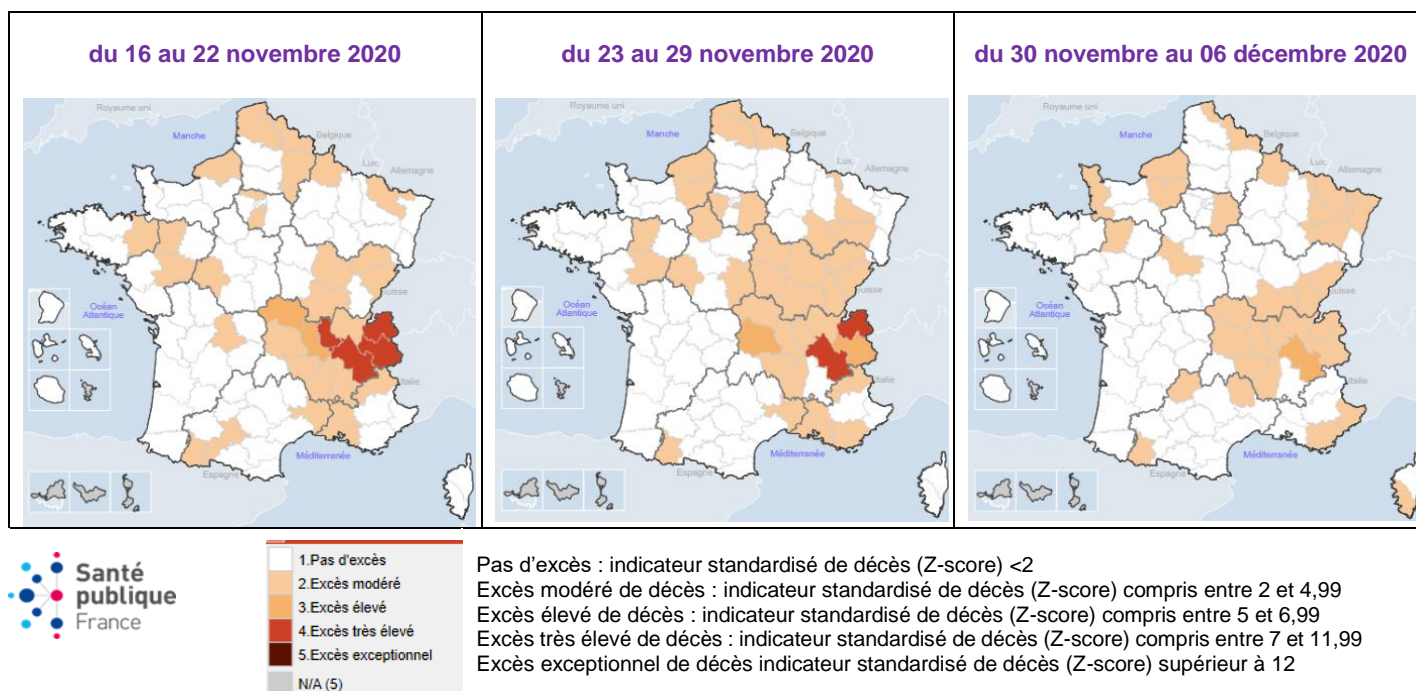
Sources : Santé publique France – Insee

Figure 40. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 47, 48 et 49 de 2020, par région, France (données au 15 décembre 2020)



Sources : Santé publique France - Insee

Figure 41. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 47, 48 et 49 de 2020, par département, France (données au 15 décembre 2020)



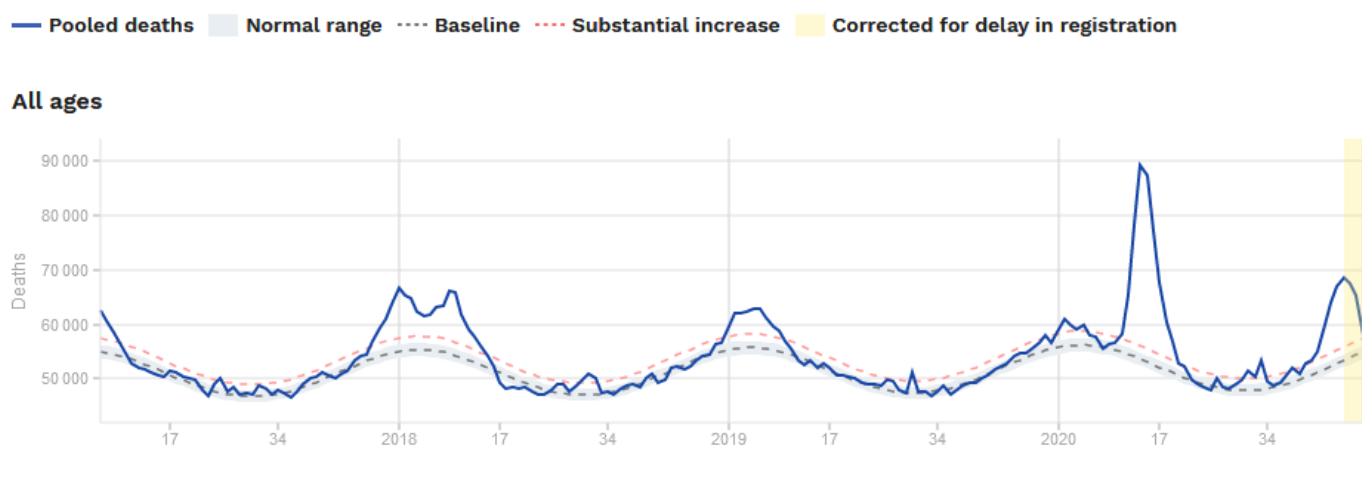
Sources : Santé publique France - Insee

► 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 42). Le nombre de décès amorce une diminution en semaines 47 et 48. Le niveau atteint au pic en semaine 46 reste inférieur à celui observé lors de la première vague de l'épidémie.

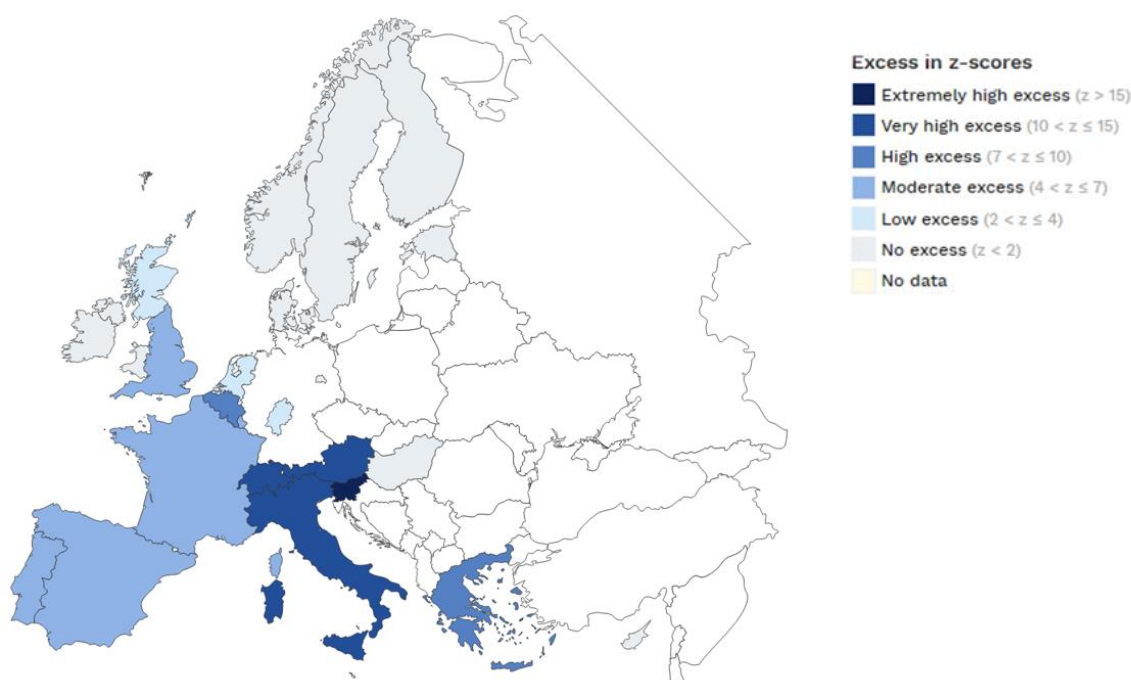
Un excès de mortalité était observé dans quinze pays/régions en semaines 45, 46 et 47 et dans quatorze pays/régions en semaine 48 (Angleterre, Ecosse, Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, Allemagne (Hesse), France, Italie, Grèce, Autriche, Suisse, Slovaquie, Portugal et Espagne) (Figure 43).

Figure 42 . Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 26 pays/régions européens, de la semaine 03-2017 à la semaine 49-2020 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 09 décembre 2020)



Source : EuroMOMO

Figure 43. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 48-2020 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 09 décembre 2020)

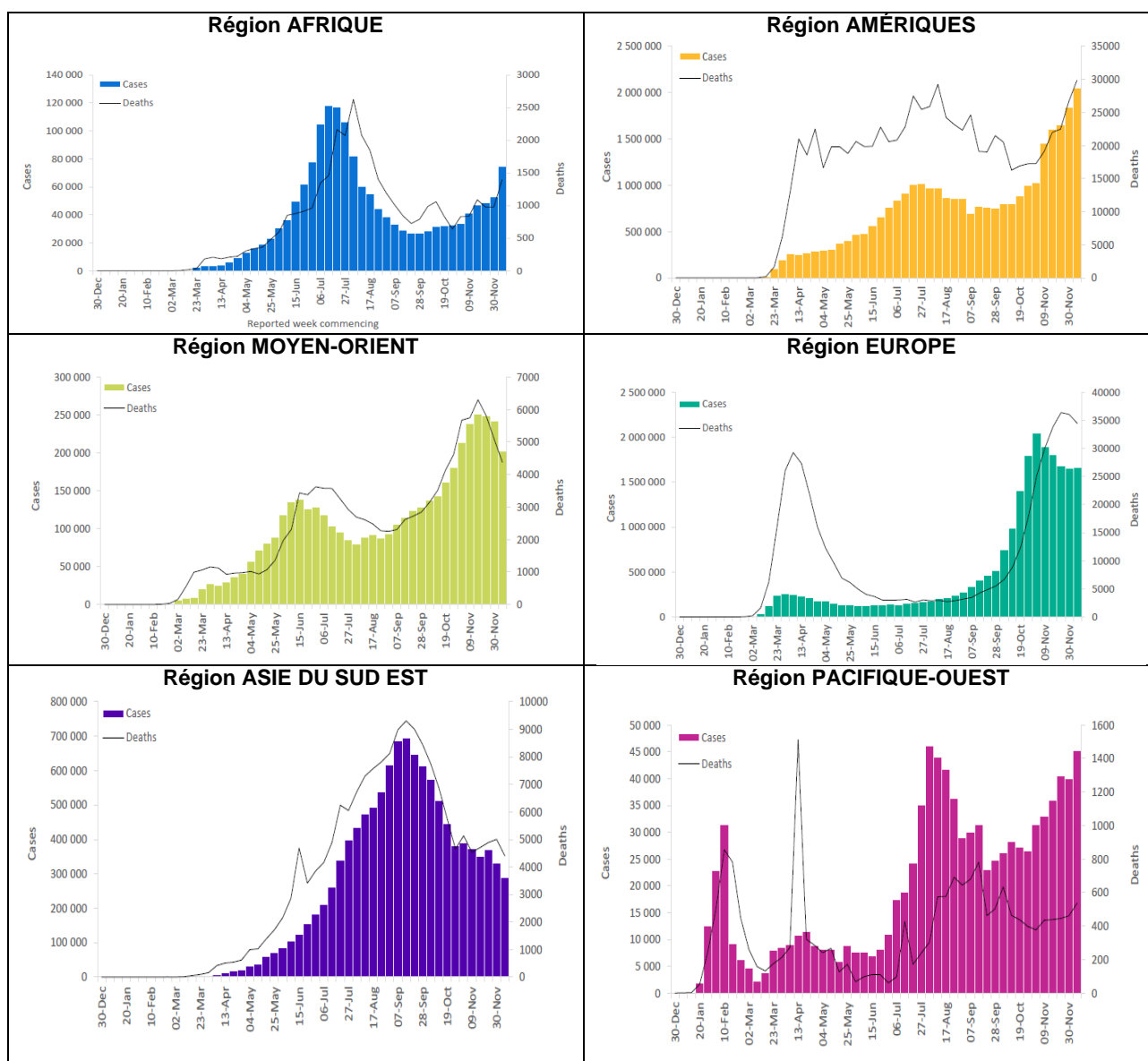


Source : EuroMOMO

SITUATION INTERNATIONALE

● Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 71 351 695 cas confirmés de COVID-19 ont été rapportés **dans le monde** - dont 1 612 372 décès - au 15/12/2020. Les foyers actuels majeurs de l'épidémie se situent toujours dans la zone **Amériques** et en **Europe**, à l'origine respectivement de 47% et 38% des cas rapportés dans le monde pour la semaine 50 (données OMS pour la période du 07 au 13 décembre 2020 ; Figure 44). Comme en semaine 49, une augmentation du nombre de nouveaux cas (+11%) et de décès par COVID-19 (+12%) est observée dans la zone Amériques. En Europe, le nombre de nouveaux cas est stable et le nombre de nouveaux décès est en baisse pour la 3^e semaine consécutive, bien que restant à des niveaux élevés. En semaine 50, l'Afrique rapporte les plus fortes augmentations du nombre de nouveaux cas (+40%) et de nouveaux décès (+49%) par rapport à la semaine 49 ; même observation pour la zone Pacifique-Ouest mais dans une moindre mesure. L'Asie du Sud-Est et le Moyen-Orient poursuivent leurs baisses en nombre de nouveaux cas et de nouveaux décès en semaine 50. Les 5 pays rapportant le plus grand nombre de cas en semaine 50 étaient : les États-Unis (1,4 million), le Brésil (300 000 cas), la Turquie (220 000 cas), l'Inde (210 000 cas) et la Russie (193 000 cas).

Figure 44. Nombre de cas et de décès par COVID-19, par semaine, dans les régions OMS (données au 13 décembre 2020)



Source : OMS

- Dans la zone **Amériques**, le nombre de nouveaux cas est en hausse de 11% en semaine 50, ainsi que les décès (+12%). La région représente 47% des nouveaux cas et 40% des nouveaux décès dans le monde pour la semaine 50 avec 2 millions de cas et plus de 30 000 décès, nombres hebdomadaires qui sont les plus élevés pour la région depuis le début de la pandémie. Les États-Unis rapportent, en semaine 50, +16% de cas et +21% de décès, plus de deux semaines après les festivités de *Thanksgiving*. Le nombre de décès journaliers dépassait les 30 000 la semaine dernière, nombre bien supérieur au pic décrit au printemps dernier. Pour plus de détails sur la zone Amériques, [cliquez ici](#).

- En **Asie**, les indicateurs de l'épidémie en déclin depuis mi-septembre poursuivent leurs baisses : -13% de cas et -12% de décès entre les semaines 49 et 50. Seuls quelques pays rapportaient des hausses : le Sri-Lanka, l'Indonésie, la Thaïlande, la Malaisie et le Pakistan, qui connaît une hausse de cas depuis la mi-octobre. En Indonésie, la tendance à la hausse des nouveaux cas et décès observée ces 5 dernières semaines s'est poursuivie en semaine 50. L'Inde rapporte une baisse de 15% du nombre de cas et de 19% des décès par rapport à la semaine dernière, mais reste toujours le plus gros contributeur de cas et de décès de la région. Pour plus de détails sur l'Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

L'épidémie poursuit sa phase ascendante au Japon depuis maintenant 8 semaines, avec un nombre record de nouveaux cas la semaine dernière (+17 200) : les préfectures d'Osaka et de Tokyo sont les plus touchées. Une situation similaire est rapportée en Corée du Sud avec des nombres record de nouveaux cas (+5 200) après 5 semaines d'augmentation, les provinces de Séoul et de Gyeonggi-do étant les plus affectées.

- En **Océanie**, l'épidémie est maîtrisée en Australie et en Nouvelle-Zélande. La Polynésie française continue de rapporter le plus grand nombre de cas en semaine 50 avec une incidence très élevée. Pour plus de détails sur l'Océanie, [cliquez ici](#).

- Au **Moyen-Orient**, l'épidémie reflue pour la 3^e semaine consécutive (-17% pour les nouveaux cas ; -14% pour les décès par COVID-19) avec, néanmoins, une situation toujours contrastée : même si le nombre de nouveaux cas est très légèrement en baisse, les pays rapportant le plus grand nombre de cas sont à nouveau l'Iran, la Jordanie et la Palestine ; l'épidémie poursuit sa phase ascendante aux Émirats arabes unis. Pour plus de détails sur le Moyen-Orient, [cliquez ici](#).

- En **Afrique**, après un déclin de l'épidémie en juillet-août puis une stabilisation en septembre-octobre, le nombre de nouveaux cas et de nouveaux décès, en phase ascendante depuis novembre, poursuit sa hausse en semaine 50 : +40% de cas et +43% de décès par rapport à la semaine 49. Le pays rapportant la plus forte augmentation de cas et de décès est l'Afrique du Sud (+42 516 cas, +1 039 décès) qui cumule 57% du nombre de cas récents et 75% des décès en semaine 50 pour la région Afrique. Les autres pays rapportant une nouvelle augmentation de cas et de décès sont le Mali (+659 cas, +28 décès), la Namibie (+1 147 cas, +7 décès), le Nigeria (+3 820 cas, +14 décès) et le Sénégal (+664 cas, +12 décès). L'Ouganda rapporte une hausse de cas de +118% par rapport à la semaine précédente. Au Maghreb, l'épidémie est en décroissance au Maroc, en Tunisie et en Algérie en semaine 50. En Tunisie, depuis le début de la pandémie, 480 000 tests ont été réalisés dans le pays au 06 décembre avec un taux de positivité de 30%. Pour plus de détails sur l'Afrique, [cliquez ici](#).

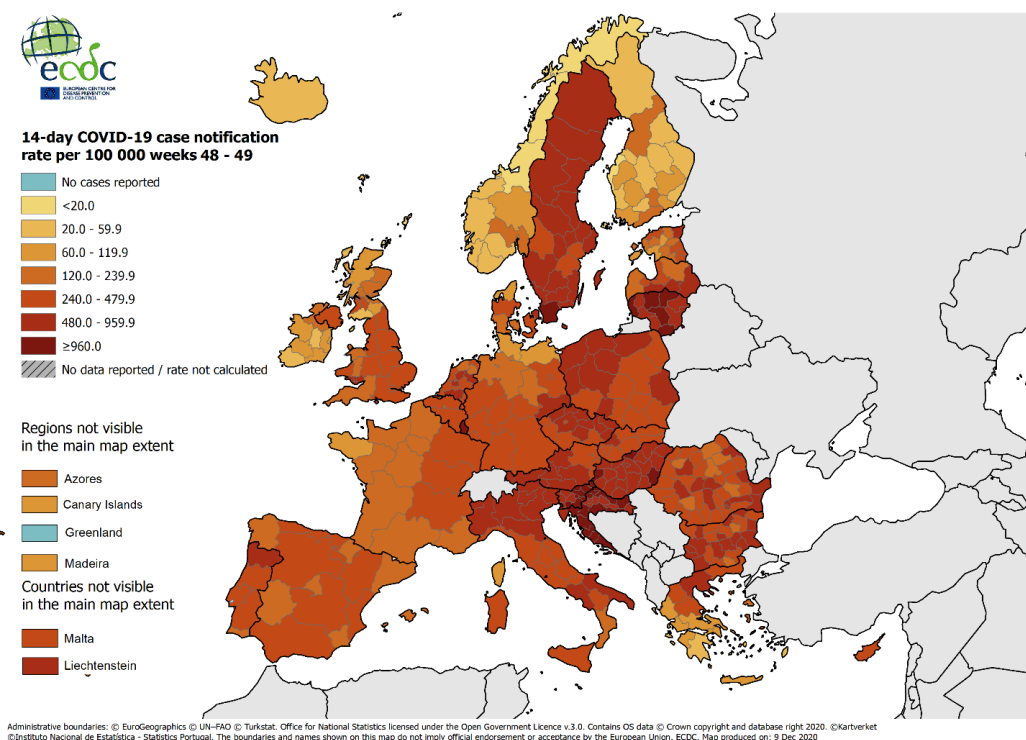
● En **Europe**, plusieurs pays de l'UE/EEA et le Royaume-Uni rapportent une stabilisation ou une baisse de certains indicateurs épidémiologiques sur les 7 derniers jours (taux d'incidence, taux de positivité et nouvelles admissions à l'hôpital ou en réanimation pour COVID-19). Malgré ces tendances, ces indicateurs restent à des niveaux élevés, témoignant d'une circulation toujours active du SARS-CoV-2 dans de nombreux pays. Les taux d'incidence chez les personnes âgées de plus de 65 ans sont en augmentation dans 10 pays, ainsi que les taux de mortalité dans 17 pays en semaine 49. Pour la semaine 49, les données recueillies dans 18 pays de l'UE/EEA rapportaient un taux de 1,7 patients pour 100 000 habitants en soins intensifs en raison de la COVID-19, soit 76% du taux d'occupation maximale des soins intensifs observé pendant la pandémie. Le taux d'occupation des hôpitaux et/ou des soins intensifs et/ou les nouvelles admissions dues à la COVID-19 étaient élevés (au moins 25% du niveau le plus élevé pendant la pandémie) ou avaient augmenté par rapport à la semaine précédente dans 28 pays.

Parmi les pays de l'UE/EEA ayant des taux d'incidence élevés (Figure 45), 6 pays rapportaient sur les 7 derniers jours de fortes augmentations (Croatie, Chypre, Estonie, Finlande, Lettonie et Lituanie) ; 2 pays (Danemark et Suède) ont connu des augmentations de moins de sept jours. Les tendances sont stables ou à la baisse depuis plusieurs semaines dans certains pays (Autriche, Belgique, Bulgarie, République tchèque, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Malte, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, et Espagne). Une reprise de l'épidémie est amorcée aux Pays-Bas ([données ECDC du 10 décembre 2020](#)).

Hors zone UE/EEA, la Russie et la Turquie sont les deux pays rapportant le plus grand nombre de nouveaux cas dans la région (+193 158 et +219 115 nouveaux cas respectivement) et font partie des 5 pays les plus contributeurs dans le monde en semaine 50. La Russie est le 5^e pays le plus endeuillé du monde ces 7 derniers jours avec plus de 3 800 décès. Les taux d'incidence restent toujours très élevés dans les pays du Caucase et dans les Balkans, la Serbie rapportant plus de 47 500 nouveaux cas en semaine 50. Bien qu'en baisse la semaine dernière, l'épidémie demeure très active en Suisse et est stable en semaine 50.

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

Figure 45. Taux d'incidence sur 14 jours des cas de COVID-19 pour 100 000 habitants pour les semaines 48-49 dans les pays de l'UE/EEA et le Royaume-Uni



Source : ECDC

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

Pour en savoir + sur la situation internationale :

- en Europe : [ECDC - Weekly Surveillance Report \(semaine 49\), 10 décembre 2020](#)

- dans le monde : [OMS - Weekly Epidemiological Update 15 décembre 2020](#)

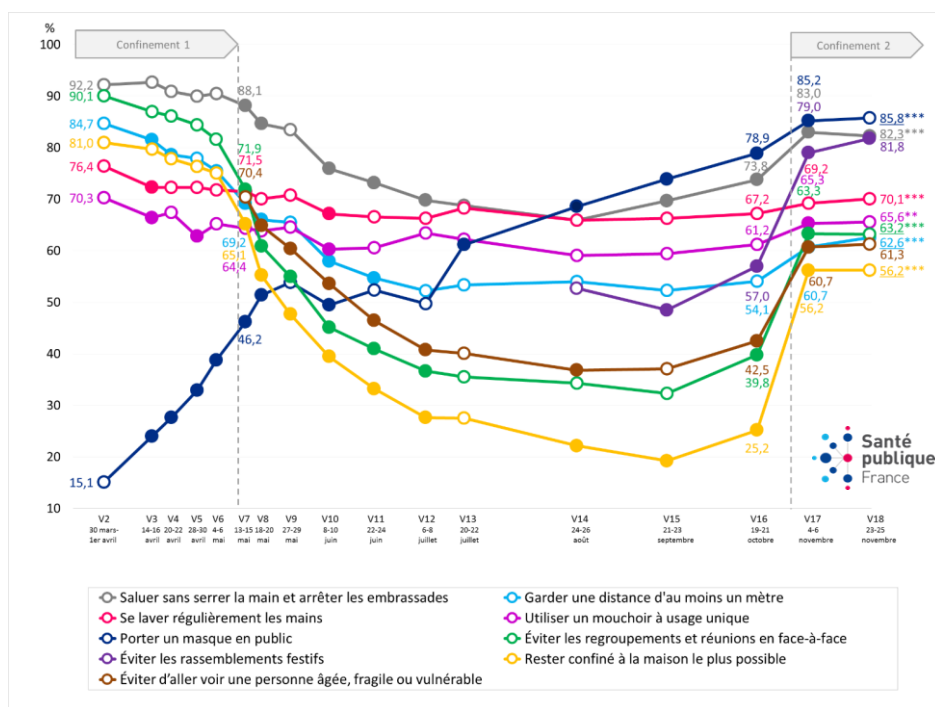
PRÉVENTION

► 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 progressait de 3 points par rapport à la vague précédente (Figure 46). Toutes les classes d'âge étaient concernées par cette stabilité.

Figure 46. 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 **inquiété 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.

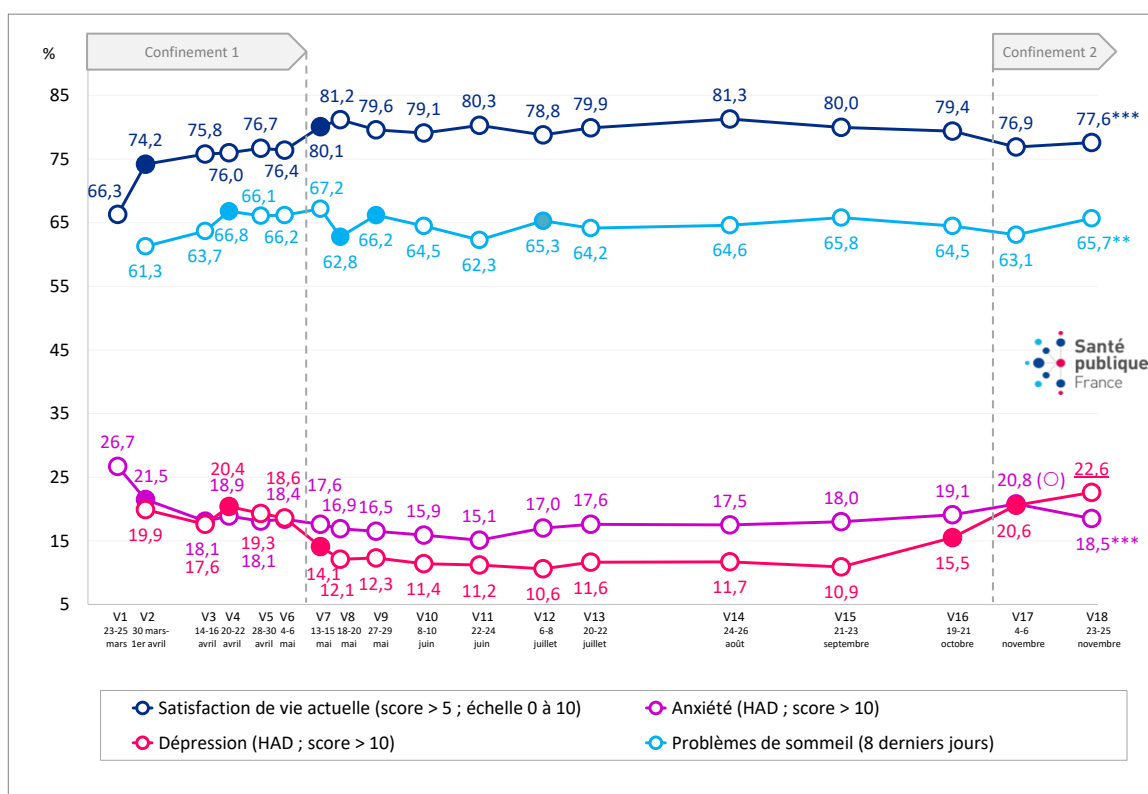
► Santé mentale

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.

- Les données témoignent d'une **augmentation continue des états dépressifs** depuis la vague 15 (21-23 septembre ; Figure 47). **Leur prévalence a plus que doublé entre fin septembre et fin novembre**. 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).

- **En vague 18 (23-25 novembre)**, environ 65% des personnes interrogées déclaraient **des problèmes de sommeil au cours des 8 derniers jours** (vs 49% selon les données du Baromètre santé 2017), 23% un état dépressif et 19% un état anxieux (vs respectivement 10% et 13,5% selon les données du Baromètre santé 2017). Au total, environ 30% des personnes interrogées présentent un état anxieux ou un état dépressif (8% un état anxieux seulement, 12% un état dépressif seulement et 10% un état dépressif et un état anxieux).

Figure 47. 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**, indépendamment des facteurs sociodémographiques et des conditions de vie durant l'épidémie, **les facteurs** associés aux troubles anxieux et dépressifs étaient : le fait de percevoir les mesures de prévention comme **peu efficaces et contraignantes**, de se sentir **vulnérable au risque d'infection par le coronavirus (SARS-CoV-2)** et **peu capable d'adopter les mesures de prévention**, le **sentiment de colère et d'impuissance**.

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 50 (du 07 au 13 décembre), **les indicateurs de suivi de l'épidémie de la COVID-19 montraient une augmentation de la circulation du SARS-CoV-2, alors que le virus circulait déjà à un niveau élevé en France.**

Au niveau national, en semaine 50, le taux d'incidence des cas confirmés de COVID-19 était de 119 pour 100 000 habitants. **Le nombre de nouveaux cas confirmés par test RT-PCR ou par test antigénique était de 79 787, soit une augmentation de 10%** par rapport à la semaine précédente (72 516 cas en S49). Cette augmentation a été observée après cinq semaines de diminution continue.

Les personnes âgées de 75 ans et plus étaient les plus touchées par le SARS-CoV-2 (incidence de 192/100 000), suivies de celles âgées de 15-44 ans (140) puis de 45-64 ans (120). L'augmentation d'incidence la plus importante a été observée chez les 65-75 ans (+14% entre S49 et S50) et chez les 15-45 ans (+13%). L'augmentation a été observée pour les cas présentant des symptômes (+12%) comme pour ceux n'en présentant pas (+10%).

Le taux de positivité au niveau national était de 6,2% en semaine 50, stable par rapport à la semaine précédente (6,4%), et ce dans toutes les classes d'âge.

Le taux de dépistage était plus élevé chez les personnes âgées de 75 ans et plus que dans les autres classes d'âge depuis plusieurs semaines, en lien probable avec des tests plus fréquents auprès de cette population vulnérable.

Le nombre de personnes testées a augmenté en semaine 50 par rapport à la semaine 49 (+14%), que les personnes présentent des symptômes (+12%) ou n'en présentent pas (+15%).

En médecine générale, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était en augmentation en comparaison à celui de la semaine précédente (72/100 000 habitants en S50 vs 54 en S49).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 s'est stabilisé en semaine 50 (+3% entre S49 et S50).

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, puis diminué entre les semaines 46 et 48 chez les résidents comme chez le personnel, tendait à se stabiliser sur les deux dernières semaines. Les données de la semaine 50 ne sont cependant pas consolidées.

Le nombre de nouveaux décès liés à la COVID-19 survenus chez les résidents montrait une diminution depuis la semaine 46. Il est nécessaire d'attendre la consolidation des données des dernières semaines pour analyser les tendances récentes.

Une diminution du nombre de **passages pour suspicion de COVID-19 aux urgences** a été observée en semaine 50 (-6% entre S49 et S50), mais la baisse était moins marquée que celle de la semaine précédente (-10% entre S48 et S49).

En milieu hospitalier, **le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 s'est stabilisé, après plusieurs semaines de diminution, en semaine 50** (8 608 nouvelles hospitalisations, +2% entre S49 et S50).

Le nombre de nouvelles admissions en réanimation, après avoir fortement diminué depuis la semaine 46, s'est stabilisé en semaine 50 (1 146 admissions en réanimation, +2%).

Le 15 décembre 2020, les nombres de patients hospitalisés en France pour COVID-19 restaient conséquents, avec 25 240 cas de COVID-19 hospitalisés, dont 2 881 en réanimation.

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.

L'estimation du R-eff calculé à partir des nombres de nouveaux cas confirmés par tests PCR et tests antigéniques (SI-DEP) était significativement supérieure à 1 en France métropolitaine (1,03 IC95% [1,02-1,04]), **montrant une augmentation de la circulation virale**.

Les estimations des R-eff issues des données de passage aux urgences (OSCOUR®) pour suspicion de COVID-19 (0,90 (IC95% [0,88-0,93]) et des données d'hospitalisations (SI-VIC) pour COVID-19 (0,91 (IC95% [0,89-0,94]) restaient significativement inférieures à 1, **mais en augmentation** par rapport aux estimations de la semaine précédente.

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 49, avec 2 880 décès en semaine 49 vs 3 204 décès en semaine 48 (soit -10%). L'évolution des décès en semaine 50 pourra être interprétée une fois les données consolidées.

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, plus marquée en semaine 47 et elle s'était poursuivie en semaines 48 et 49. Au niveau national, l'excès de mortalité a atteint un niveau exceptionnel en semaine 45 (+33%) et en semaine 46 (+31%). L'excès était de +25% en semaine 47 et de +20% en semaine 48. 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 49 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 50, les régions **Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Grand Est** restaient les plus impactées et présentaient les plus forts taux d'incidence et taux de positivité des prélèvements.

Les estimations des R-eff à partir des données virologiques SI-DEP étaient supérieures à 1 dans la majorité des régions métropolitaines, et significativement supérieures à 1 en **Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Île-de-France, Normandie et Pays de la Loire**, montrant ainsi une augmentation de la circulation virale dans ces régions.

En semaine 50, les taux d'hospitalisations ont augmenté dans la plupart des régions métropolitaines. **Les taux d'hospitalisations les plus élevés ont été enregistrés en Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes**. L'estimation du R-eff à partir des nouvelles hospitalisations pour COVID-19 (données SI-VIC) était significativement supérieure à 1 en région Grand Est, témoignant d'une augmentation significative des hospitalisations pour COVID-19 dans cette région.

En semaine 50, les taux des admissions en réanimation ont augmenté en Centre-Val de Loire, Grand Est, Île-de-France et Pays de la Loire. **Les plus forts taux hebdomadaires d'admissions en réanimation ont été rapportés en Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France et Hauts-de-France**.

L'évolution des décès était hétérogène selon les régions. En semaine 50, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 par région rapportés à la population ont été observés en **Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Grand Est**. Malgré la non consolidation des décès en semaine 50, les taux de décès déclarés en métropole n'ont pas diminué en Île-de-France, Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté entre les semaines 49 et 50.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était supérieur à celui attendu en semaine 49 dans 8 régions : **Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie**.

L'excès de mortalité reste plus particulièrement marqué en Auvergne-Rhône-Alpes, qui avait atteint un niveau d'excès exceptionnel entre les semaines 44 et 48 et restait à un niveau d'excès très élevé en semaine 49.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

- **En Guyane**, une **augmentation** du taux d'incidence des cas confirmés était observée en semaine 50 (+41%) ainsi qu'une augmentation du taux de positivité (+1,4 point). Le taux d'hospitalisation était en diminution (5,2/100 000 habitants en S50 vs 6,9 en S49).
- **À Mayotte**, le taux d'incidence des cas confirmés était en diminution. Le nombre de patients hospitalisés pour COVID-19 était stable. Aucun patient n'était hospitalisé en service de réanimation.
- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient stables depuis 6 semaines.
- **À La Réunion** les indicateurs étaient en baisse depuis 5 semaines.
- **En Martinique**, après plusieurs semaines de diminution, les indicateurs restaient stables.

Pour en savoir + les données régionales détaillées sont accessibles sur [GEODES](#) et sont mises en perspective dans les [points épidémiologiques régionaux](#)

► Surveillances spécifiques et populationnelles

Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie restaient les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que celles présentant des comorbidités. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 65% 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 40% des patients hospitalisés en réanimation pour COVID-19, un recours à la ventilation invasive avait été nécessaire.

Les enfants sont très peu représentés chez les patients hospitalisés pour COVID-19 et parmi les décès (moins de 1%). De nouveaux cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) ont été signalés cet automne, portant à 330 le nombre de cas signalés depuis le 1^{er} mars 2020. L'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique chez l'enfant avec atteinte cardiaque lié à l'épidémie de COVID-19 est avérée, mais reste cependant rare : en France, son incidence a été estimée à 18,7 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans.

La surveillance spécifique des professionnels travaillant dans les établissements de santé, mise en place depuis le 1^{er} mars 2020, rapportait **57 264 cas** d'infections au SARS-CoV-2 au 14 décembre 2020. Parmi ces cas, 18 étaient décédés en lien avec leur infection à SARS-CoV-2. Parmi les décès déclarés, aucun n'est survenu depuis début juin. Le nombre hebdomadaire de cas rapportés est en diminution depuis la semaine 45. La participation à l'enquête s'était améliorée en septembre et au début du mois d'octobre par rapport au mois de juillet et août. Il est important que les établissements continuent à participer, afin que le recensement des cas soit le plus exhaustif possible. Des messages de relance sont envoyés régulièrement par les Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) et le Geres afin de sensibiliser les établissements à cette enquête. Les professionnels de santé libéraux peuvent, s'ils ont été atteints par la COVID-19, participer à l'enquête proposée sur le site du Geres (<https://geres-covid.voozadoo.net/geres#!>), ouverte à tous les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, et visant à documenter les circonstances de leur contamination.

En semaine 50, l'évolution de l'activité de **suivi des contacts (données ContactCovid)** montrait une **augmentation** des principaux indicateurs après 4 semaines de forte baisse et une semaine de stabilisation. Cette augmentation concernait les nombres de cas confirmés, de personnes-contacts à risque, ainsi que, dans une moindre mesure, le nombre de personnes-contacts à risque par cas. Ces résultats sont concordants avec ceux observés dans les autres systèmes de surveillance.

Pour les **cas symptomatiques**, le délai moyen entre la survenue des premiers signes cliniques et la date de prélèvement a continué de diminuer tout en restant toujours très élevé dans les départements ultra-marins, notamment en Martinique et en Guadeloupe. Dans ces départements, il est nécessaire de renforcer les messages incitant les personnes symptomatiques à se faire tester le plus rapidement possible. Il est également nécessaire d'améliorer l'accès aux tests, notamment aux tests antigéniques dont le recours restait moindre qu'en métropole alors qu'il est de nature à réduire ces délais.

Le recours aux tests antigéniques a continué à augmenter. Le gain de délai de dépistage (c'est-à-dire le délai entre l'apparition des signes cliniques et le prélèvement) permis par le recours aux tests antigéniques par rapport aux tests RT-PCR était peu important (2,1 jours pour les tests antigéniques vs 2,3 pour les tests RT-PCR). En revanche, le rendu quasi immédiat du résultat permet d'améliorer le délai entre l'apparition des signes cliniques et l'information du patient. Les tests antigéniques favorisent ainsi une mise en place plus rapide des mesures d'isolement et d'identification des personnes-contacts à risque.

Les cas de 65 ans et plus, qui sont les plus à risque, restaient moins fréquemment investigués que les cas plus jeunes et les délais de dépistage restaient plus longs, bien qu'en diminution. Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas restait moins important chez les cas de 65 ans et plus. Pour ces personnes, un nombre moindre de personnes-contacts réel, un meilleur respect des mesures barrières et/ou une moins bonne identification des personnes-contacts à risque sont des hypothèses pouvant expliquer ce résultat. La proportion de personnes-contacts à risque de plus de 65 ans lorsque le cas index est âgé de moins de 65 ans semblait en très légère augmentation depuis 2 semaines et sera à surveiller, notamment avec les fêtes de fin d'année.

Impact des mesures de freinage de l'épidémie

En France, une série de mesures de freinage a été mise en place pour contrôler la deuxième vague de COVID-19, incluant un couvre-feu dans certaines métropoles suivi d'un confinement national. Une étude visant à réaliser une évaluation précoce de leurs effets par une approche descriptive vient d'être publiée. Elle met en évidence une modification de l'évolution de l'incidence des cas confirmés et des admissions à l'hôpital, observée environ 7 à 10 jours après la mise en œuvre des mesures de freinage. Ces changements sont survenus plus précocement dans les métropoles où ces mesures ont été initialement mises en œuvre. Cette relation temporelle suggère un impact positif du couvre-feu, confirmant les expériences internationales.

Spaccaferri Guillaume, Larrieu Sophie, Pouey Jérôme, Calba Clémentine, Benet Thomas, Sommen Cécile, Lévy-Bruhl Daniel, Smaili Sabira, Che Didier, Filleul Laurent, Caserio-Schönemann Céline, Ait-El-Belghiti Fatima, Haeghebaert Sylvie, Desenclos Jean-Claude, Huiart Laëtitia, Laporte Anne, Rolland Patrick. Early assessment of the impact of mitigation measures to control COVID-19 in 22 French metropolitan areas, October to November 2020.

Euro Surveill. 2020;25(50):pii=2001974. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.50.2001974>

URL: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.50.2001974>

► Prévention

Après une nette augmentation de l'adoption systématique de toutes les mesures en lien avec la limitation de l'interaction sociale entre fin septembre et début novembre 2020, une stabilisation avait observée fin novembre, et ce, dans toutes les classes d'âge (enquête CoviPrev du 23 au 25 novembre 2020), excepté pour le fait d'« éviter des rassemblements festifs ».

Il convient de noter que 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 entre fin septembre et fin novembre 2020 (enquête CoviPrev du 23 au 25 novembre 2020), avec une augmentation importante des états dépressifs (+12 points), notamment chez les jeunes, les étudiants et les personnes en situation de précarité.

La situation épidémique et les mesures prises pour la contrôler affectent de façon importante la santé mentale de la population, en particulier en termes de symptomatologie anxio-dépressive.

Rappelons qu'en présence de signes de dépression (tristesse, perte d'intérêt, d'énergie) ou d'anxiété (tension, irritabilité), il est important de s'informer et d'en parler afin d'être conseillé sur les aides et les solutions disponibles. Il ne faut pas hésiter à prendre conseil auprès de son médecin ou à appeler le 0 800 130 00 pour demander à être orienté vers une écoute ou un soutien psychologique.

Pour plus d'information sur la santé mentale et les ressources disponibles :

<https://www.psycom.org/>

<https://www.santepubliquefrance.fr/coronavirus/sante-mentale>

SOURCES DES DONNÉES

Le suivi de l'épidémie de COVID-19 en population est effectué à partir de plusieurs sources qui permettent 1- de suivre l'évolution de l'épidémie en France au moyen d'indicateurs issus des données de médecine de ville et d'établissements hospitaliers ou sociaux et médico-sociaux (recours aux soins, admissions en réanimation, surveillance virologique, décès ...); les objectifs de ces surveillances sont de suivre la dynamique de l'épidémie et d'en mesurer l'impact en termes de morbidité et de mortalité; 2- de mesurer, au moyen d'enquêtes répétées en population générale et dans certaines populations spécifiques, l'évolution les comportements en matière de prévention individuelle, l'impact de l'épidémie sur la santé mentale et les intentions de recours à la vaccination.

Ci-après une description succincte de chacune de ces sources de données.

Réseau Sentinelles : nombre d'infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale et en pédiatrie. Surveillance clinique complétée par une surveillance virologique (France métropolitaine, depuis mars 2020).

OSCOUR® et SOS Médecins : nombre de recours aux services d'urgences et aux associations SOS Médecins pour une suspicion d'infection à COVID-19 (codée de manière spécifique) (depuis le 24 février 2020).

SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) : nombre de patients hospitalisés pour COVID-19, admis en réanimation, en soins intensifs ou en unités de surveillance continue, ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation rapportés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars 2020).

SI-DEP (Système d'information de dépistage) : plateforme sécurisée avec enregistrement systématique des résultats des laboratoires de tests pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le SARS-CoV-2 (depuis le 13 mai 2020).

ContactCovid : système d'information géré par l'Assurance maladie, incluant les données de suivi des contacts autour des cas de COVID-19 (depuis le 13 mai 2020).

Établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) : nombre de cas probables et confirmés de COVID-19 signalés, via le portail des signalements du ministère de la Santé, chez les résidents et le personnel, ainsi que le nombre de décès (depuis le 28 mars 2020).

Taux de reproduction effectif « R-eff » : nombre moyen de personnes infectées par un cas, estimé selon la méthode de Cori, avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours permettant de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission (depuis le 28 mai 2020).

Cas probables et confirmés de COVID-19 et décès parmi les professionnels d'un établissement de santé public ou privé : données déclaratives hebdomadaires par établissement (depuis le 22 avril 2020, avec données rétrospectives depuis le 1^{er} mars).

Signalements e-SIN : signalements d'infections associées aux soins liées au SARS-CoV-2, saisis par les établissements de santé dans l'application sécurisée d'enregistrement e-SIN (depuis le 3 mars 2020).

Services de réanimation sentinelles : données non exhaustives à visée de caractérisation en termes d'âge, sévérité, évolution clinique, des cas de COVID-19 admis en réanimation (depuis le 16 mars 2020).

Signalement des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) : signalement par les pédiatres hospitaliers des cas de PIMS possiblement en lien avec la COVID-19 (depuis le 30 avril 2020).

Enquête CoviPrev : [enquêtes Internet](#) par vagues répétées auprès d'échantillons en population générale de personnes âgées de 18 ans et plus. Elles permettent de mesurer et de suivre les tendances évolutives de l'adoption des mesures de prévention et protection individuelle vis-à-vis de la COVID-19, d'indicateurs de la santé mentale (niveau d'anxiété et de dépression, niveau de satisfaction de vie actuelle) et de l'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 (France métropolitaine, depuis mars 2020).

Enquête Professionnels de santé, prévention et COVID-19 : enquête répétée auprès de 1 509 professionnels de santé libéraux représentatifs pour mesurer et suivre les tendances évolutives de leurs opinions / attitudes à l'égard de la vaccination contre la COVID-19 (France métropolitaine, depuis le 13 octobre 2020).

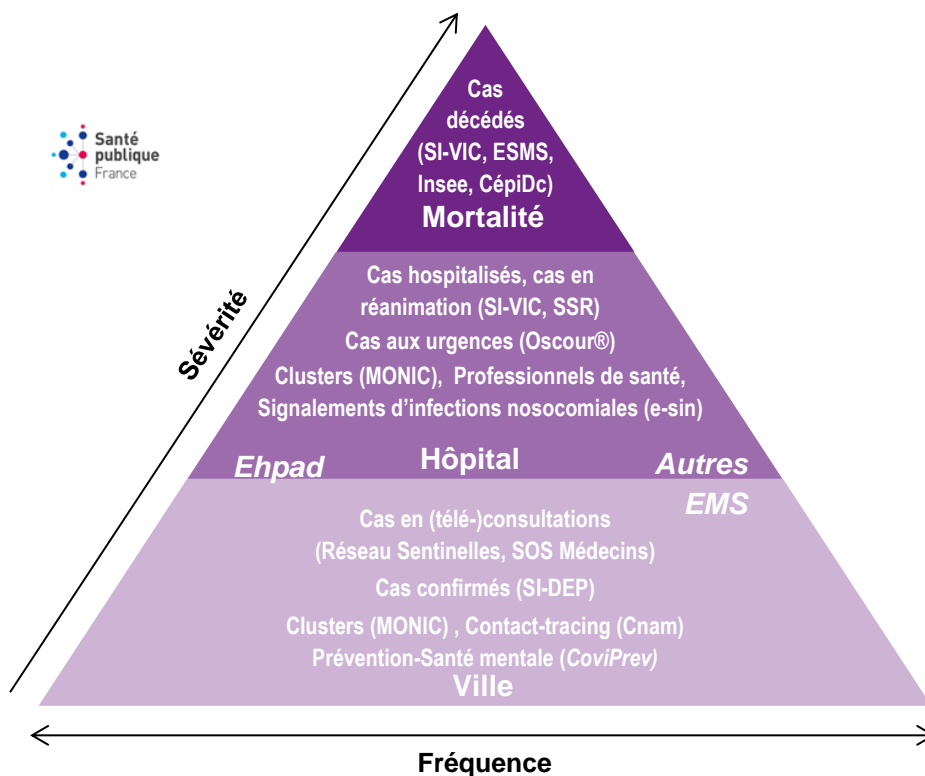
Mortalité toutes causes (Insee) : nombre de décès toutes causes par âge, avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).

Certification électronique des décès (CépiDc) : décès certifiés de façon dématérialisée et permettant de connaître les causes médicales du décès.

Pour en savoir + sur les méthodes du système de surveillance : consulter la page [Santé publique France](#)

Pour en savoir + sur nos partenaires et les sources de données : consulter les pages de [SurSaUD®](#) | [OSCOUR®](#) | [SOS Médecins](#) | [Réseau Sentinelles](#) | [SI-VIC](#) | [CépiDc](#) | [Assurance Maladie](#)

Schéma de la surveillance de la COVID-19 coordonnée par Santé publique France



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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES

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

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

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

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Sophie Vaux, Delphine Viriot, Nicolas Methy, Nelly Fournet, Judith Benrekassa, Daniel Lévy-Bruhl

Systèmes de surveillance : Clara Blondel, Pierre-Etienne Toulemonde, Fatima Aït Belghiti, Christophe Bonaldi, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Julien Durand, Myriam Fayad, Anne Fouillet, Yann Le Strat, Etienne Lucas, Camille Pelat, Isabelle Pontais, Marie-Michèle Thiam, Cécile Sommen, Anne Berger Carbonne, Yann Savitch, Laure Fonteneau, Mathias Bruyand, Scarlett Georges, Laëtitia Gouffé-Benadiba, Katia Hamdad, Yu Jin Jung, Costas Danis, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Elisabeth Pinto, Isabelle Poujol, Alexandra Septfons, Isabelle Bonmarin, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Enguerrand du Roscoât, Agnès Verrier, Jonathan Bastard, Claire Sauvage, Denise Antona, Ingrid Gillaizeau, Mélanie Colomb-Cotinat, Ghaya Ben Hmidene, Christine Campèse, Cécile Forgeot, Jérôme Naud, Gaëlle Pedrono

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

17 décembre 2020