

Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 : médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Cnam, Inserm, Insee.

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance, d'alerte et de prévention, analyse et publie les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires et de ses propres études et enquêtes. **Ce bilan est basé sur les données rapportées à Santé publique France jusqu'au 06 janvier 2021.**

► Points clés

En semaine 53, poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé

- Nette augmentation du nombre de cas confirmés
- Diminution de l'activité de dépistage, notamment parmi les personnes asymptomatiques
- Maintien à un niveau élevé des hospitalisations et hospitalisations en service de réanimation
- Régions les plus touchées : Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes

Mortalité

- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée

Nouveaux variants du SARS-CoV-2

- Identification de 19 cas d'infection au variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni) et de 3 cas d'infection au variant 501Y.V2 (Afrique du Sud)

Prévention

- Campagne de vaccination débutée le 27 décembre 2020, ciblant actuellement les résidents en EHPAD et les professionnels de santé
- 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 53 (du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021)

	S53*	S52	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	96 743	82 734	+17%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	5,4%	2,8%	+2,6 points
Taux de dépistage (/100 000 habitants) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	2 647	4 331	-39%
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 420	2 086	+16%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	5 434	5 208	+4%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	7 460	7 715	-3%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 135	1 118	+2%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	2 035	2 344	Non consolidée

* Données non consolidées et semaine incluant un jour férié

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars 2020 au 05 janvier 2021

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	268 607
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	66 282



► Point de situation en semaine 53 (28 décembre 2020 - 03 janvier 2021)

En semaine 53 (du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021), **les indicateurs épidémiologiques de suivi de l'épidémie de la COVID-19 montraient une poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé en France**. La semaine 53 marque le début de la période pendant laquelle pourrait être observée une augmentation des indicateurs épidémiologiques en lien avec les rassemblements festifs de fin d'année.

Au niveau national, en semaine 53, le recours au dépistage est en nette diminution par rapport aux semaines 51 et 52, pendant lesquelles une très forte augmentation de l'activité de dépistage avait été constatée. **Le nombre de cas confirmés a augmenté** (13 820 cas confirmés ont été rapportés en moyenne chaque jour durant la semaine 53) et **le taux de positivité (5,4%) était en forte augmentation** par rapport à celui de la semaine précédente (+2,6 points). L'augmentation du nombre de cas confirmés dans un contexte de diminution du nombre de personnes testées est **en faveur d'une réelle augmentation de l'incidence entre les semaines 52 et 53**.

Plusieurs indicateurs des données du contact-tracing sont en augmentation, reflétant probablement l'impact des fêtes de fin d'année, en particulier Noël, et pourraient conduire à une augmentation du nombre de cas dans les prochains jours, en particulier chez les 60 ans et plus.

En milieu hospitalier, les taux hebdomadaires d'hospitalisations et de nouvelles admissions en réanimation sont restés stables. Toutefois, le nombre de patients hospitalisés pour COVID-19 restait élevé, avec 24 904 cas de COVID-19 hospitalisés le 05 janvier 2021, dont 2 625 en réanimation.

Le nombre de **nouveaux décès liés à la COVID-19, incluant les décès survenus à l'hôpital et en établissements médico-sociaux (décès survenus à domicile non inclus), était toujours élevé**.

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

Dix-neuf cas d'infections au variant émergent du SARS-CoV-2 détecté au Royaume-Uni et trois cas d'infections au variant émergent du SARS-CoV-2 détecté en Afrique du Sud ont été rapportés en France. Plusieurs actions sont dès à présent initiées par Santé publique France et le CNR Virus des infections respiratoires pour mieux évaluer et suivre la diffusion sur le territoire national de ces variants émergents.

Les **mesures de prévention et de distanciation sociale** restent les principaux moyens permettant de freiner la circulation du virus SARS-CoV-2 et d'en réduire l'impact sur le système de soins et la mortalité. L'adhésion à ces mesures est d'autant plus essentielle dans le contexte de l'identification des variants émergents, avec un risque de transmissibilité accrue.

La campagne de vaccination a débuté le 27 décembre 2020, et s'est intensifiée depuis le 04 janvier 2021. Elle vise dans un premier temps les résidents en EHPAD et les professionnels de santé. Le déploiement des vaccins dans les régions est en cours afin d'augmenter la couverture vaccinale de la population.

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	15
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	21
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	24
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	25
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	27
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	35
VACCINATION CONTRE LA COVID-19 ET EFFICACITÉ VACCINALE	41
PRÉVENTION	42
SITUATION INTERNATIONALE.....	43
POINT SUR LES VARIANTS ÉMERGENTS DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL	46
SYNTHÈSE	47
SOURCES DES DONNÉES	52

Les données de « **Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques** », « **Surveillance des professionnels en établissements de santé** » et « **Signalement d'infections à SARS-CoV-2 nosocomiales** » sont présentées une semaine sur deux.

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

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

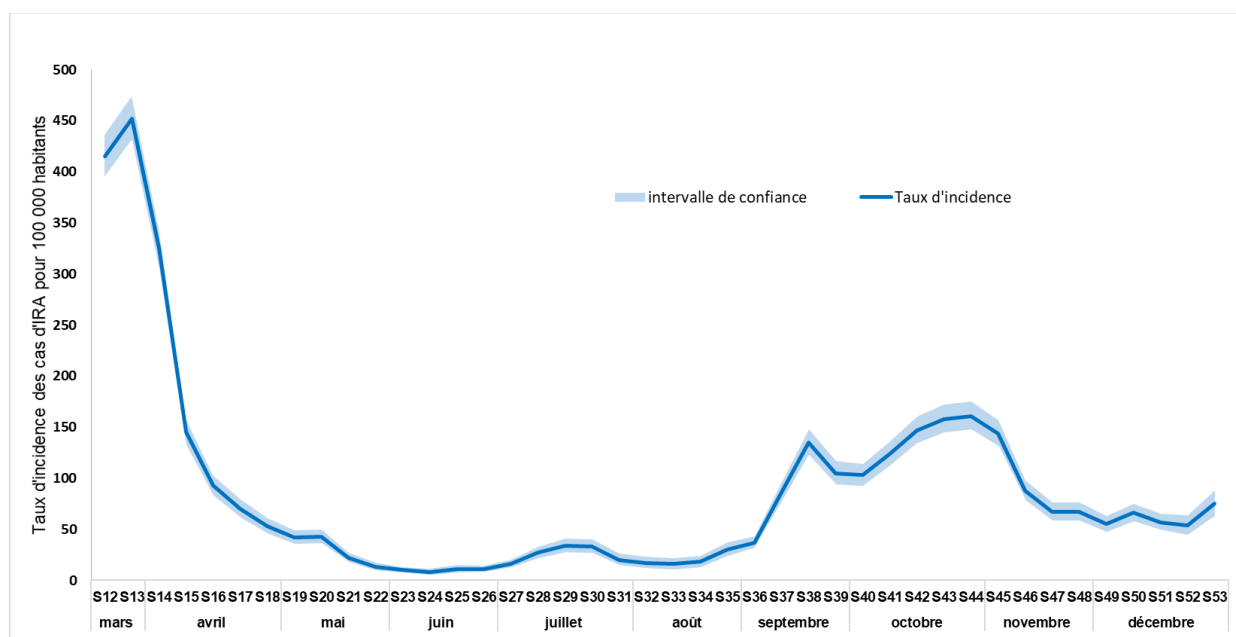
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le Réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes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

- **En semaine 53** (du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 75/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [62-88]) en France métropolitaine, en légère augmentation par rapport à celui de la semaine 52 : 54/100 000 habitants (IC95% : [44-64]) (Figure 1).

- **En semaine 53**, sur les 15 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, aucun ne s'est avéré positif pour le SARS-CoV-2 ou pour un virus grippal, 3 étaient positifs pour un rhinovirus et 1 pour un métapneumovirus.

- Depuis la semaine 37, sur les 541 prélèvements effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés sur prélèvement nasopharyngé, 219 (41%) étaient positifs pour un rhinovirus, 99 (18%) pour le SARS-CoV-2, 5 pour un métapneumovirus et 1 pour un virus respiratoire syncytial (VRS). Un prélèvement s'est avéré positif pour un virus grippal de type B/Victoria en semaine 49.

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



Semaine 53 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, **162 739 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 04 janvier 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

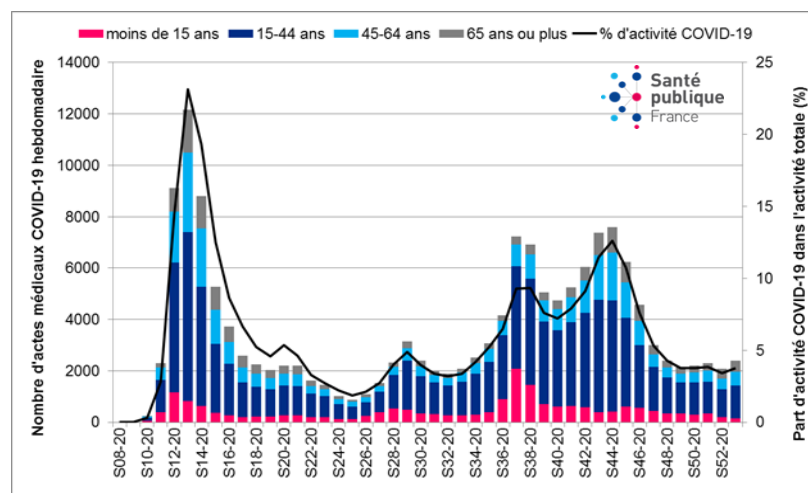
- **En semaine 53** (du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021), **2 420 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes étaient enregistrés en Île-de-France (15%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (14%), Auvergne-Rhône-Alpes (13%), Grand Est (13%), Nouvelle-Aquitaine (11%) et Hauts-de-France (10%).

- En semaine 53, après la baisse observée la semaine précédente, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 tous âges était à nouveau en hausse avec 2 420 actes enregistrés (vs 2 086 actes en S52, soit +16%, données consolidées).

- Cette hausse concernait principalement les 15-75 ans (+21% soit +353 actes) et dans une moindre mesure les 75 ans et plus (+10% soit +21 actes). Chez les moins de 15 ans, on observait une baisse avec des effectifs modérés (-23% soit -47 actes). Au niveau régional, les actes médicaux pour suspicion de COVID-19 étaient en hausse dans la majorité des régions. Les hausses les plus importantes étaient observées en Centre-Val de Loire (+70% soit +38 actes), Bretagne (+31% soit +21 actes), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+27% soit +72 actes), Grand Est (+23% soit +56 actes), Hauts-de-France (+22% soit +43 actes), Occitanie (+21% soit +20 actes) et Nouvelle-Aquitaine (+20% soit +43 actes).

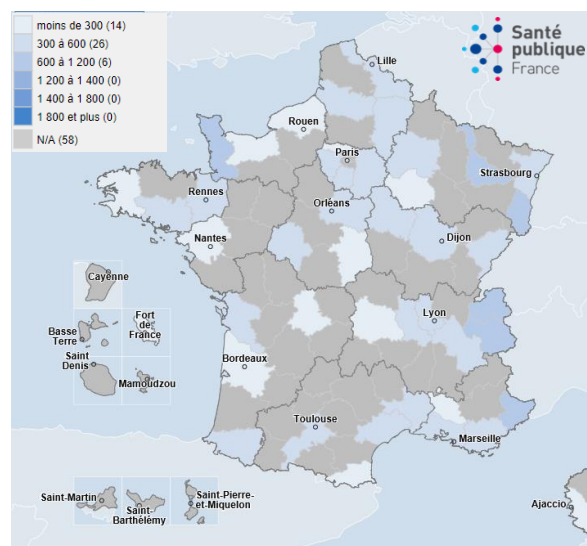
- La **part des actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était en légère hausse à 3,9% (vs 3,5% en S52) (Figure 2).

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 53/2020, 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, les laboratoires hospitaliers et par les autres professionnels de santé.

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

Lorsque le code postal de la personne testée est disponible, les données sont attribuées au département et région de résidence ; lorsqu'il ne l'est pas, les données ne sont prises en compte que pour les analyses nationales (région et département non disponibles).

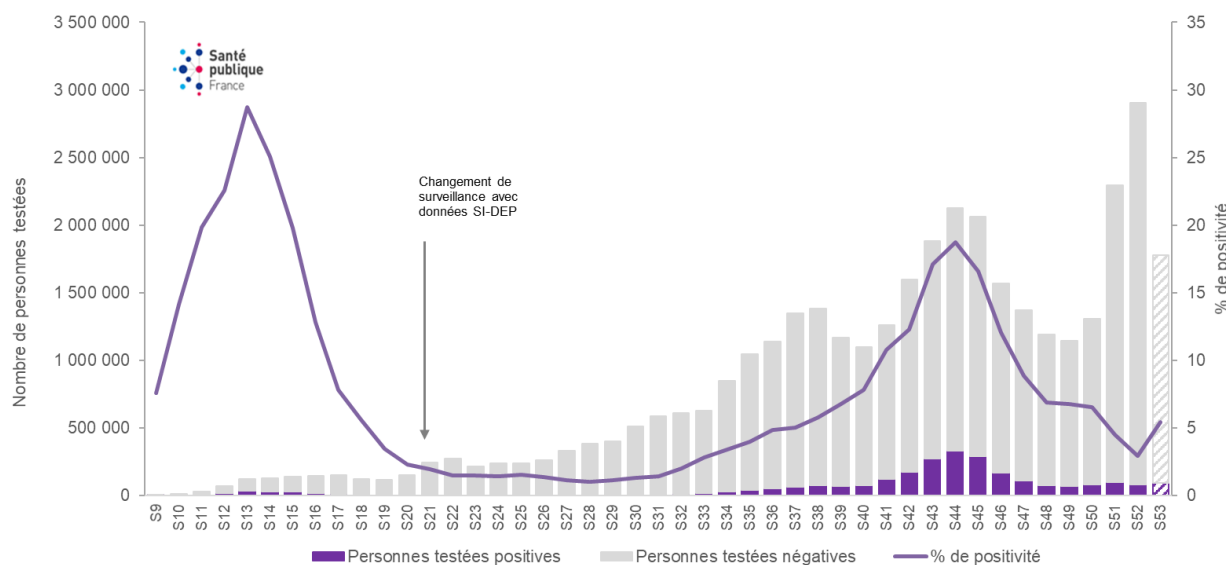
Cas confirmé de COVID-19 : une personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir [définition de cas](#)).

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

- Au niveau national, en semaine 53, 1 776 800 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 2 907 051 en S52, soit -39%). En S53, **96 743 nouveaux cas confirmés** ont été rapportés, **nombre en hausse** par rapport à celui de la semaine 52 où 82 734 nouveaux cas avaient été rapportés, soit +17% (Figures 4 et 5).

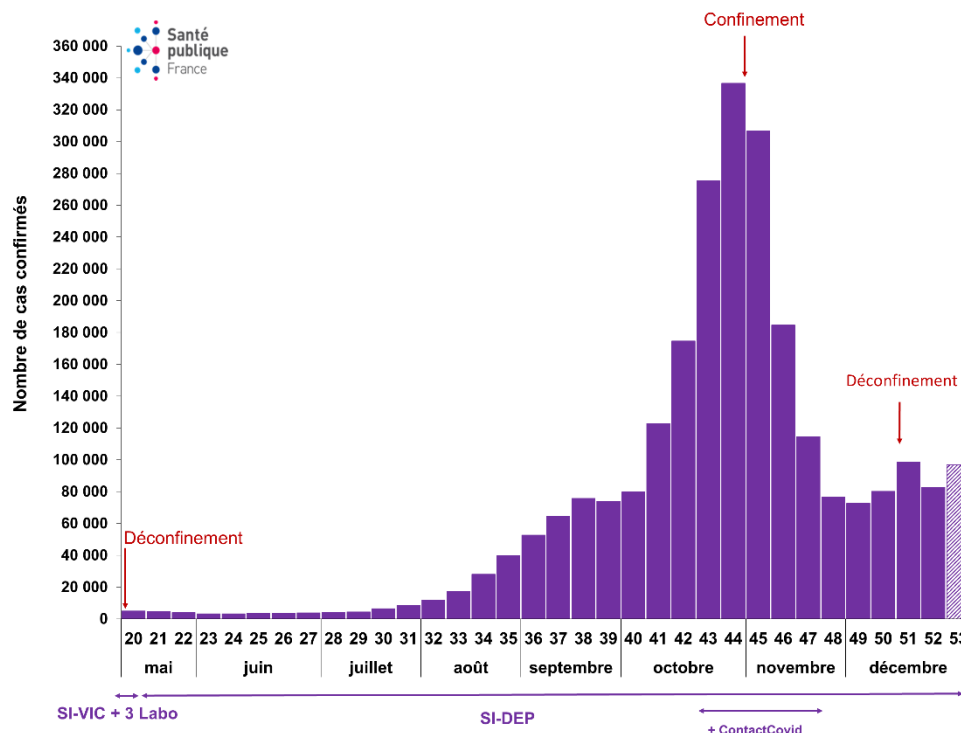
- Au 06 janvier 2021, **un total de 2 705 618 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 06 janvier 2021)



Semaine 53 : données non consolidées
Source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 : SI-DEP

Figure 5. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 03 janvier 2021, France (données au 06 janvier 2021)



Semaine 53 : données non consolidées

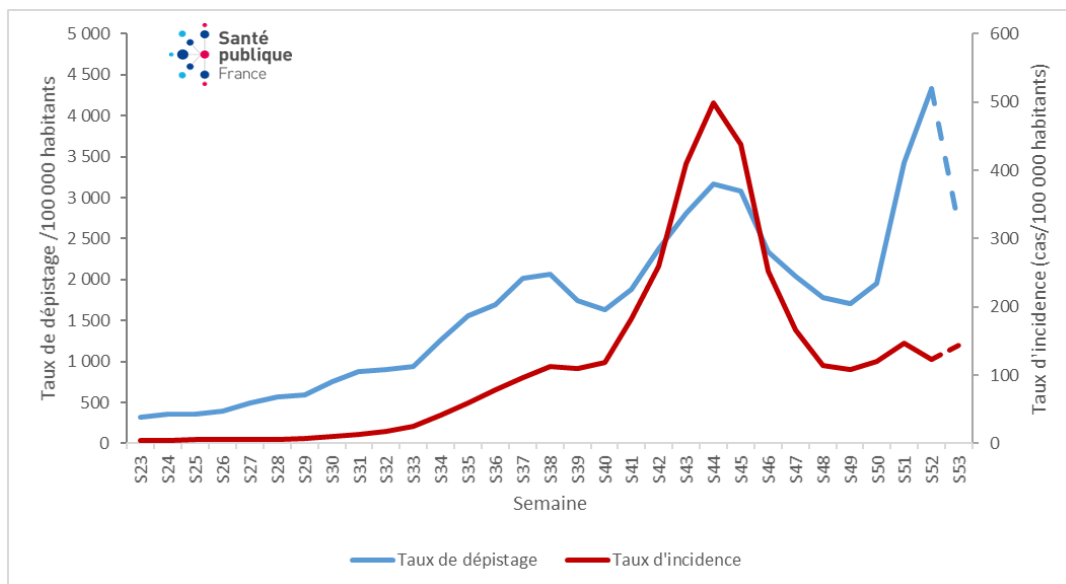
Note : Du 21 janvier au 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France. Entre le 26 mars et le 12 mai 2020, 115 010 cas confirmés ont été rapportés (cas incidents hospitaliers et cas positifs en laboratoire) par les remontées des données de laboratoires de biologie médicale (source 3 Labo) et des patients hospitalisés pour COVID-19 (source SI-VIC). Pendant cette période toutes les personnes présentant des signes de COVID-19 n'ont pas systématiquement bénéficié d'un test biologique pour confirmer une infection (recommandations ministérielles du 13 mars 2020). Le nombre réel de cas de COVID-19 en France était donc supérieur au nombre estimé de cas confirmés pendant cette période.

Depuis le 13 mai 2020, les cas de COVID-19 testés par RT-PCR sont rapportés par le Système d'information de dépistage (SI-DEP).

Du fait de l'intégration incomplète des TA TROD dans la base SI-DEP au cours des premières semaines, ont été pris en compte dans le calcul des cas confirmés les cas de COVID-19 confirmés par TA et transmis par l'Assurance maladie par la base ContactCovid (soit 41 291 cas jusqu'au 19 novembre 2020). Les données intégrées dans le système SI-DEP permettent théoriquement d'estimer le nombre réel de cas de COVID-19 en France. Ce nombre peut cependant être sous-estimé du fait de l'absence de dépistage systématique de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

- En S53, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **5,4%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), en hausse par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (2,8% en S52, soit +2,6 points) (Figure 4).
- Le **taux national d'incidence** des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **144 cas/100 000 habitants** en S53 et **en hausse** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (123 cas/100 000 hab. en S52, +17%) (Figure 6).
- Le **taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **2 647/100 000 habitants**, **en diminution** par rapport à la semaine 52 (4 331/100 000 hab., -39%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par semaine, depuis la semaine 23/2020, France (données au 06 janvier 2021)



Semaine 53 : données non consolidées
Source SI-DEP

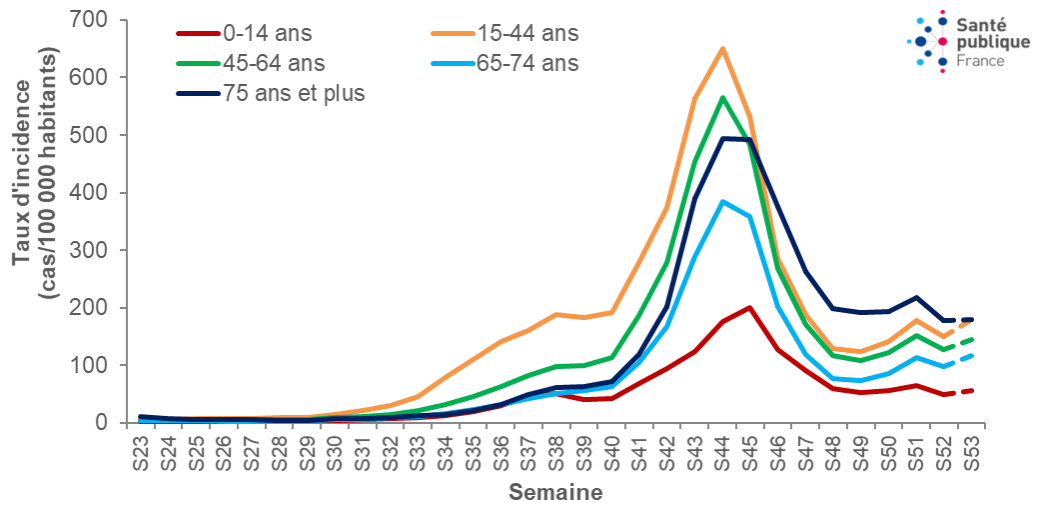
- **La proportion des tests effectués en S53** et intégrés dans la base SI-DEP de Santé publique France le jour même ou le lendemain du prélèvement était de 97%, en légère augmentation par rapport à la semaine précédente (93% en S52).

Analyse par classes d'âge

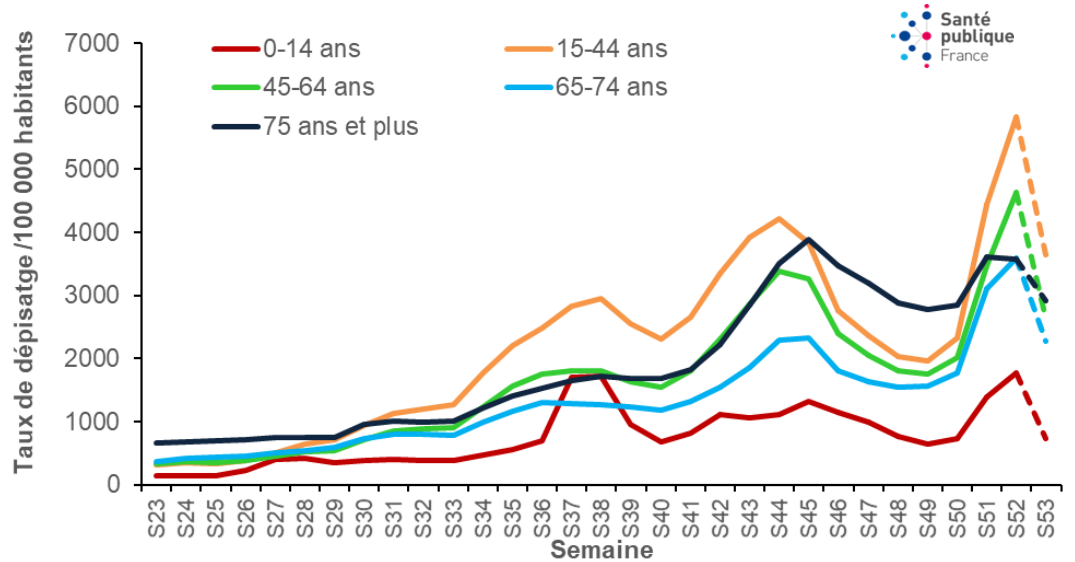
- En semaine 53, au niveau national, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 57 chez les 0-14 ans, 182 chez les 15-44 ans, 147 chez les 45-64 ans, 120 chez les 65-74 ans et 185 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).
- En semaine 53, **le taux d'incidence a augmenté par rapport à la S52 dans toutes les classes d'âge**. La hausse la plus marquée était observée chez les 65-75 ans (+23%) suivis par les 15-44 ans (21%), les 0-14 ans (17%), les 45-64 ans (15%) et les 75 ans et plus (4%) (Figure 7a). Parmi les plus jeunes, les taux d'incidence suivaient la même dynamique avec +16% chez les 0-9 ans, +23% chez les 10-19 ans et +23% chez 20-29 ans.
- En semaine 53, par rapport à la S52, le **taux de dépistage était en diminution dans toutes les classes d'âge**. La diminution la plus marquée était chez les 0-14 ans (-59%), suivis des 45-64 ans (-43%), des 15-44 ans (-37%), des 65-74 ans (-36%) et des 75 ans et plus (-19%) (Figure 7b).
- En semaine 53, le **taux de positivité** des personnes testées était en hausse dans l'ensemble des classes d'âge par rapport à la S52 : chez les 0-14 ans (+5,1 points), les 15-44 ans (+2,4 points), les 45-64 ans (+2,8 points), les 65-74 ans (+2,6 points) et les 75 ans et plus (+1,4 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 06 janvier 2021)

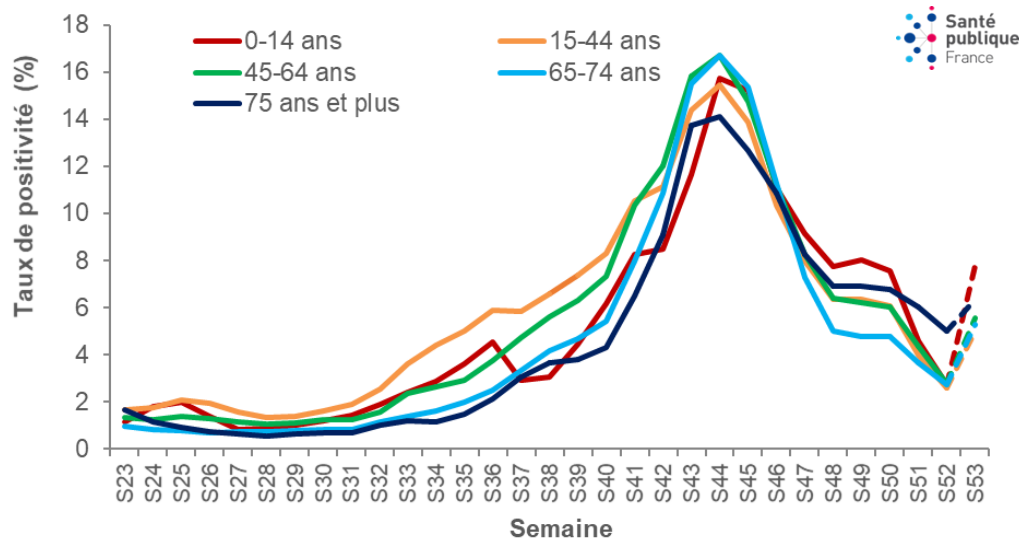
7a



7b



7c



Semaine 53 : données non consolidées
Source : SI-DEP

Dépistage selon la présence de symptômes

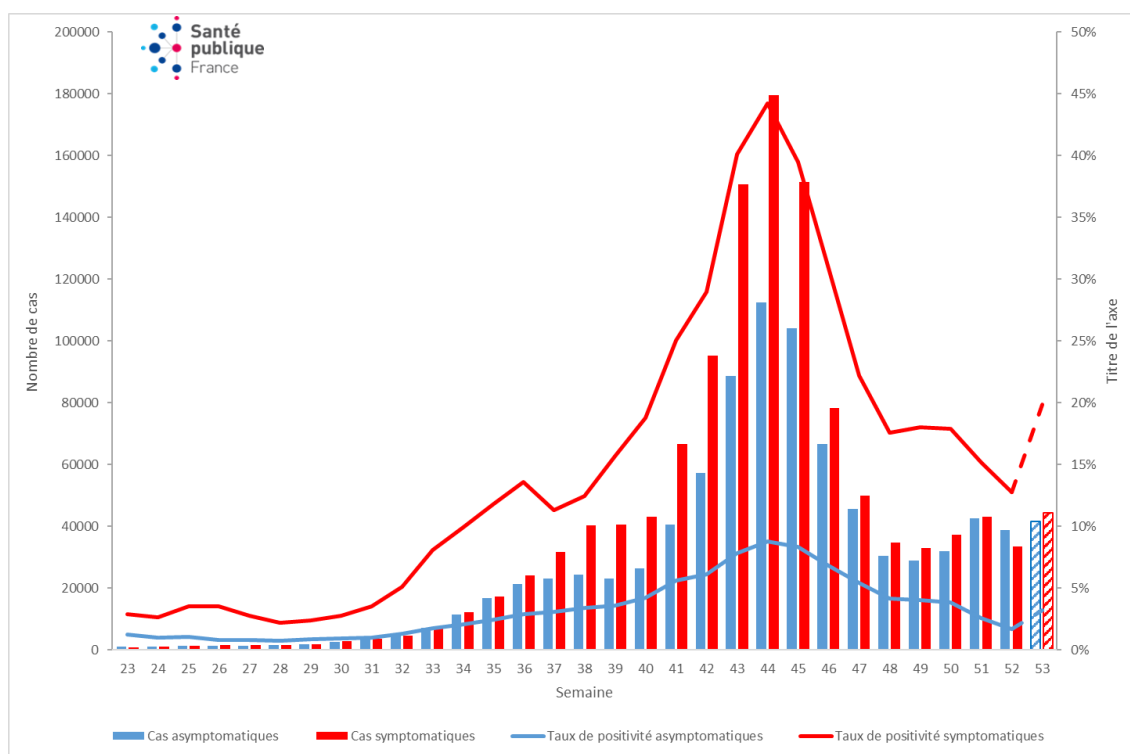
- **Parmi l'ensemble des personnes testées en S53** (quel que soit le résultat du test), 83% se déclaraient sans symptôme, proportion en diminution par rapport à la S52 (89%). Le nombre de personnes testées asymptomatiques a diminué en S53 par rapport à la S52 (1 292 854 en S53 vs 2 316 529 en S52, soit -44%) comme, dans une moindre mesure, le nombre de personnes symptomatiques (267 185 en S53 vs 300 950 en S52, soit -11%).

- **En S53, 52% des cas présentaient des symptômes** (données disponibles pour 85 973 cas). Cette proportion est en hausse par rapport à la S52, où elle était de 46% (Figure 8).

- En S53, par rapport à la S52, **une augmentation des nombres de cas était observée chez les personnes testées symptomatiques** (44 416 vs 33 392 en S52, soit +33%) **et, dans une moindre mesure, chez les personnes testées asymptomatiques** (41 557 vs 38 740 en S52, soit +7%) (Figure 8).

- **En S53, le taux de positivité était de 17% chez les personnes symptomatiques, en hausse par rapport à la S52 (11%). Il était de 3,2% chez les asymptomatiques** (vs 1,7% en S52) (Figure 8).

Figure 8. Évolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes (2 182 544 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (données au 06 janvier 2021)



Semaine 53 : données non consolidées
Source : SI-DEP

► Au niveau régional

Pour plus d'information, les données régionales détaillées sont accessibles sur [GEODES](#) et sont mises en perspective dans les [points épidémiologiques régionaux](#).

En métropole

- **En France métropolitaine**, 95 163 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 53, en hausse par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S52 avec 81 481 nouveaux cas, +17%). **Le taux de positivité** était de 5,5% en S53, en hausse par rapport à la S52 (2,9% en S52). **Le taux d'incidence** des cas confirmés **a augmenté** en S53 avec **147 cas/100 000 habitants** (vs 126 en S52, +17%). **Le taux de dépistage** était de **2 675/100 000 habitants** en S53, en **diminution** par rapport à la semaine précédente (4 412 en S52, -39%).

- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés **était, en semaine 53, au-dessus du seuil de 100/100 000 habitants dans 72 départements métropolitains (62 départements en S52)**. Les départements présentant les taux d'incidence (/100 000 habitants) les plus élevés étaient les Alpes-Maritimes (341), le Jura (334), le Doubs (303), la Haute-Saône (287), les Ardennes (283) et le Territoire de Belfort (281), taux en hausse par rapport à la S52 (Figure 9a).

- **Le taux de positivité** était supérieur à 10% dans cinq départements en S53 (aucun en S52). Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés dans le Jura (11,2%), le Territoire de Belfort (10,7%), le Doubs (10,4%), la Haute-Marne (10,2%) et les Hautes-Alpes (10,1%) (Figure 9b).

- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage (/100 000 habitants)** en S53 étaient la Corse du Sud (5 365), La Haute-Corse (4 861), Paris (4 693), les Alpes-Maritimes (4 449) et les Ardennes (3 912) (Figure 9c).

En outre-mer

- **En Guadeloupe**, en semaine 53, le taux d'incidence était de 27/100 000 habitants (18 en S52) et le taux de positivité était de 2,1% (vs 2,8% en S52).

- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP étaient en **hausse** en S53, avec un taux d'incidence de 25/100 000 habitants (12 en S52) et un taux de positivité de 1,8% (1,7% en S52).

- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient en **diminution** en semaine 53, avec un taux d'incidence de 62/100 000 habitants (93 en S52) et un taux de positivité de 3,7% (5,8% en S52).

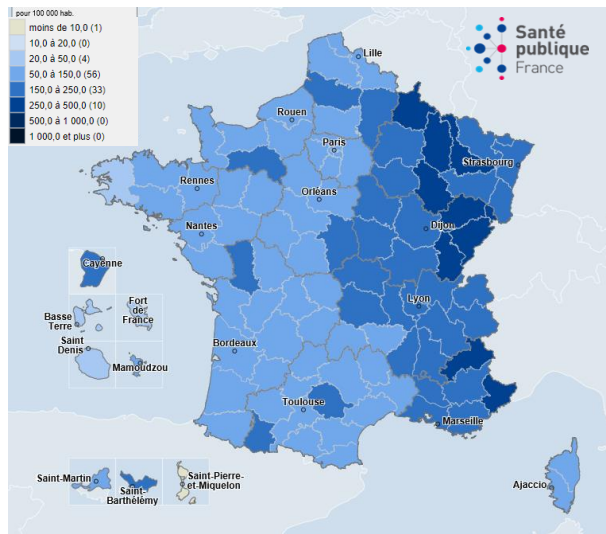
- **En Guyane**, les indicateurs étaient en **hausse** en semaine 53 : le taux d'incidence était de 181/100 000 habitants (134 en S52) et le taux de positivité de 9,2% (vs 7,1% en S52).

- **À Mayotte**, les indicateurs SI-DEP étaient en hausse en S53 : le taux d'incidence était de 61/100 000 habitants (51 en S52) et le taux de positivité de 10,7% (6,9% en S52).

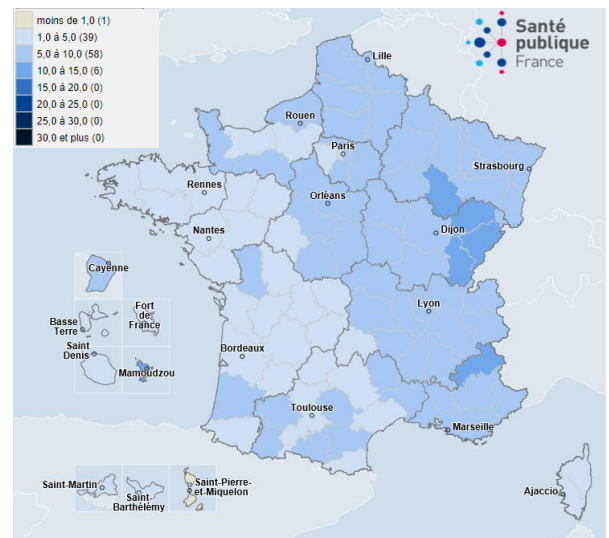
- **À La Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient en **hausse** en S53 : le taux d'incidence était de 24/100 000 habitants (16 en S52) et le taux de positivité de 2,2% (1,5% en S52).

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 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021, par département, France (données au 06 janvier 2021)

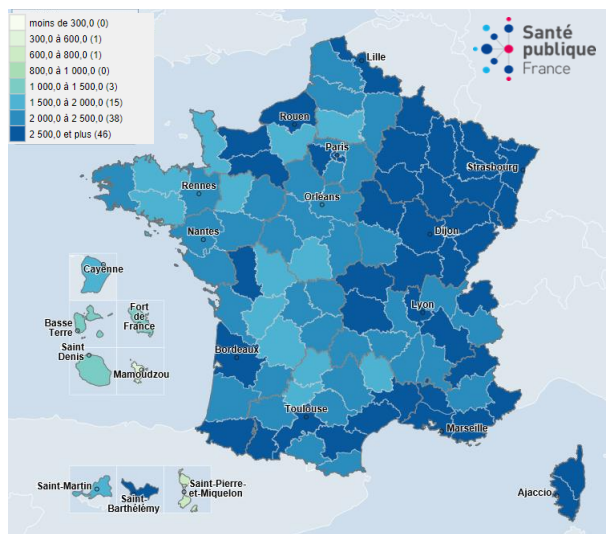
9a



9b



9c



Source : SI-DEP

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

► Point de situation des cas de variants émergents

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

Le recours au CNR pour cette surveillance des variants émergents suit les recommandations de la [conduite à tenir pour la détection et l'investigation des cas suspects ou confirmés de variants](#) établie le 31/12/2020 par Santé publique France et le CNR, et diffusée par le Ministère chargé de la Santé. Chacun de ces cas fait l'objet d'une information de l'ARS concernée, avec mise en place des mesures de *contact-tracing* et de prévention habituelles.

- Au 06 janvier 2021, 22 cas d'infection à des variants émergents étaient recensés en France : 19 cas du variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni) et 3 cas du variant 501Y.V2 (Afrique du Sud). Ces cas correspondent à des patients prélevés entre le 13 et le 28 décembre 2020 (Tableau 1). Ce décompte n'inclut pas les éventuels cas secondaires, voire tertiaires, recensés lors des investigations.

- Pour 2 cas d'infection au variant VOC 202012/01, aucun lien direct avec le Royaume-Uni n'a été identifié.

- Ces cas ont été recensés dans différentes régions de France métropolitaine : un ou plusieurs cas confirmés du variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni) dans 7 régions (Centre-Val de Loire, Île-de-France, Hauts-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nouvelle-Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes et Corse) et du variant 501Y.V2 (Afrique du Sud) dans 2 régions (Grand Est et Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Tableau 1. Nombre incident de cas d'infection de COVID-19 variants émergents, par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France du 07 décembre 2020 au 03 janvier 2021, France (données au 06 janvier 2021)

	Cas confirmés de variants émergents	dont variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni)	dont variant 501Y.V2 (Afrique du Sud)
S50	1	1	0
S51	3	2	1
S52	15	13	2
S53*	3	3	0

*Les données de la semaine 53 ne sont pas consolidées.

- En semaine 52, 71 séquençages ont été réalisés par le CNR. Les données de la semaine 53 ne sont pas consolidées (Tableau 2).

Tableau 2. Nombre de virus séquencés par le CNR, par motif de séquençage, par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France du 07 décembre 2020 au 03 janvier 2021, France (n=212, données au 06 janvier 2021)

	Nombre total de virus séquencés par le CNR	Motif de séquençage du virus			
		Cas en provenance du Royaume-Uni ou contact d'un cas en provenance du Royaume-Uni	Cas en provenance d'Afrique du Sud ou contact d'un cas en provenance d'Afrique du Sud	Cas dont le résultat du test RT-PCR est discordant (cible S non détectée)	Surveillance habituelle
S50	51			1	50
S51	64				64
S52	71**	10	2	30	29
S53*	26**	9		12	5

*Les données de la semaine 53 ne sont pas consolidées.

**Dont certains sont en cours d'analyse

- En semaine 53, 41 cas confirmés de COVID-19 mentionnaient le Royaume-Uni comme pays de provenance, et 1 cas confirmé mentionnait l'Afrique du Sud (Tableau 3).

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

Tableau 3. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement) selon le pays de provenance, rapportés à Santé publique France du 14 décembre 2020 au 03 janvier 2021, France (données au 06 janvier 2021)

	Cas confirmés en provenance du Royaume-Uni	Cas confirmés en provenance d'Afrique du Sud
S51	9	0
S52	44	3
S53*	41	1

**Les données de la semaine 53 ne sont pas consolidées.
Source : SI-DEP*

ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

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

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

Dans cette partie, les tests RT-LAMP sont assimilés à des tests RT-PCR.

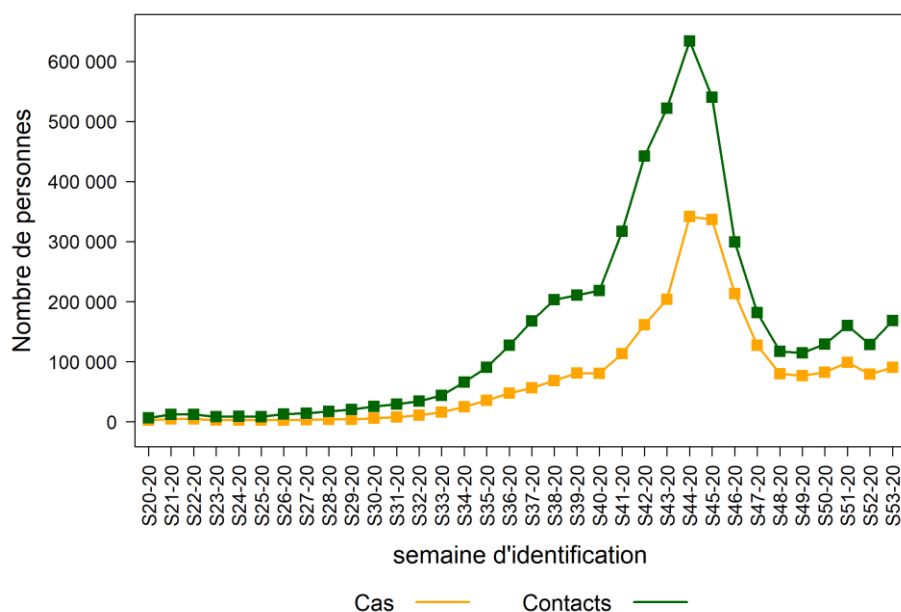
L'année de naissance des personnes (cas et contacts) enregistrées dans la base ContactCovid est transmise à Santé publique France depuis le 22 octobre 2020, avec des données rétrospectives jusqu'au mois de juillet 2020.

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

- Au cours de la semaine 53, le nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque a augmenté : 90 896* nouveaux cas confirmés (vs 79 102 en S52, soit +15%) et 168 164 nouvelles personnes-contacts à risque (vs 128 385 en S52, soit +31%) (Figure 10).

- En semaine 53, le **pourcentage de nouveaux cas diagnostiqués par un test antigénique (32%) était inchangé par rapport à la S52 (33%)**, après une hausse par rapport à la S51 (26%). Au niveau régional, la majorité des cas diagnostiqués par un test antigénique l'étaient en Île-de-France (24% du total national), Provence-Alpes-Côte d'Azur (15%) et Auvergne-Rhône Alpes (14%). La plupart des régions ont réalisé plus de RT-PCR que de tests antigéniques, mais ces derniers ont représenté 56% des diagnostics confirmés à Mayotte, 46% en Île-de-France et 43% en Guadeloupe durant cette semaine.

Figure 10. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai 2020 au 03 janvier 2021, France



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

En semaine 43/2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique.

Source : ContactCovid – Cnam

- En semaine 53, l'âge moyen était stable chez les cas (45 ans, cette valeur variant entre 44 et 46 ans depuis S46) et chez les personnes-contacts (37 ans contre 36 ans en S52). Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus poursuit son augmentation (10,5% en S53 vs 9,5% en S52 vs 8,3% en S51).

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

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

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

● **En semaine 53, la proportion de cas et de personnes-contacts à risque ayant pu être investigués par l'Assurance maladie était stable (92% pour les cas et 97% pour les personnes-contacts)** (Tableau 4). La proportion des cas investigués restait inférieure à la moyenne nationale en Île-de-France, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

● **La proportion de cas ayant pu être investigués était légèrement plus importante chez ceux âgés de moins de 65 ans (93%) que ceux âgés de 65 ans et plus (88%).**

Tableau 4. Nombre et proportion de cas et de personnes-contacts à risque suivis par l'Assurance maladie pour le contact-tracing du 13 mai 2020 au 03 janvier 2021 et pendant la semaine 53 de 2020 par région, France

Territoires/régions	Depuis la levée du 1 ^{er} confinement du 13/05/20 au 03/01/21				Semaine 53 du 28/12/20 au 03/01/21			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
France entière	2 475 304**	95	5 093 335	98	90 896**	92	168 164	97
France métropolitaine	2 429 490	95	4 976 725	98	90 045	92	166 541	97
Auvergne-Rhône-Alpes	458 949	100	902 114	99	13 345	99	25 752	99
Bourgogne-Franche-Comté	118 728	93	243 695	97	6 706	92	12 262	97
Bretagne	56 601	98	176 836	99	1 896	94	5 789	96
Centre-Val de Loire	70 847	100	157 965	99	3 107	96	6 165	97
Corse	7 298	95	16 614	96	192	94	243	99
Grand Est	192 978	100	405 250	98	11 922	95	21 805	98
Hauts-de-France	244 945	97	501 054	98	7 755	90	14 900	97
Île-de-France	537 873	88	888 075	99	15 457	84	20 768	97
Normandie	90 746	97	224 977	99	3 715	94	8 938	98
Nouvelle-Aquitaine	143 046	96	391 813	98	5 389	93	12 639	96
Occitanie	190 089	98	424 205	99	6 273	92	11 867	95
Pays de la Loire	95 448	100	282 017	99	3 673	97	10 159	96
Provence-Alpes-Côte d'Azur	221 942	92	362 110	95	10 615	90	15 254	96
France ultra-marine								
La Réunion	9 341	93	28 417	98	212	81	419	96
Martinique	5 585	99	12 909	98	50	96	108	100
Mayotte	2 775	61	4 510	80	90	7	19	42
Guadeloupe	9 248	93	13 769	99	83	87	129	98
Guyane	9 616	93	16 525	100	341	93	628	97
Région indéterminée	9 249	73	40 480	61	75	56	320	76

* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ou tests antigéniques, ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 16/11/2020.

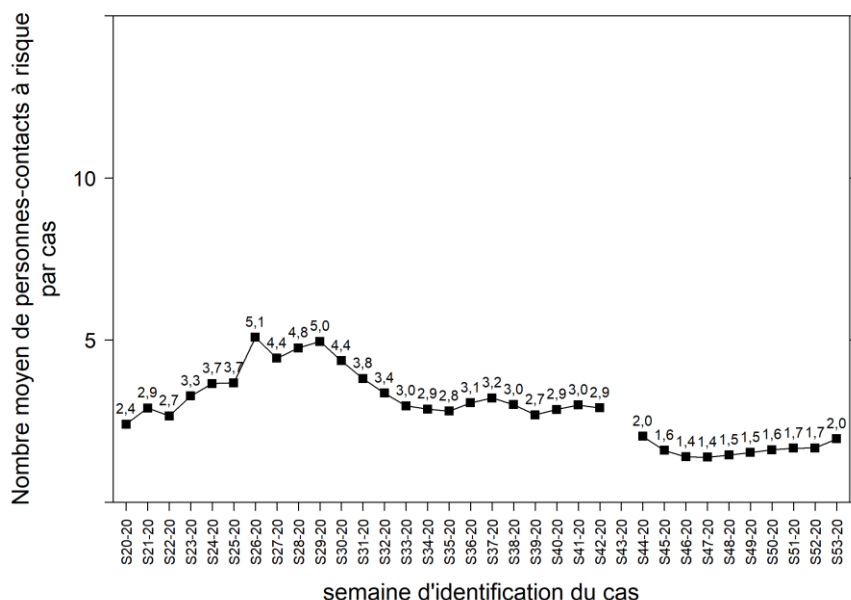
** La base de données ContactCovid est une base dynamique dont les informations relatives aux cas ou aux personnes-contacts peuvent évoluer d'une semaine sur l'autre pour une même personne en raison des investigations épidémiologiques. Ainsi, le nombre total pour la semaine en cours ne peut se déduire 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 **est en augmentation, à 2,0 personnes-contacts à risque par cas en S53** (contre 1,7 en S51 et S52), un niveau comparable à la S44 (semaine précédant le deuxième confinement) (Figure 11). La proportion de cas ne rapportant aucune personne-contacts à risque a poursuivi sa hausse durant la dernière semaine de l'année 2020 (53% vs 51% en S52 et 50% en S51).

Figure 11. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine, du 13 mai 2020 au 03 janvier 2021, France



Note : indicateur non estimable pour la semaine 43/2020
Source : ContactCovid – Cnam

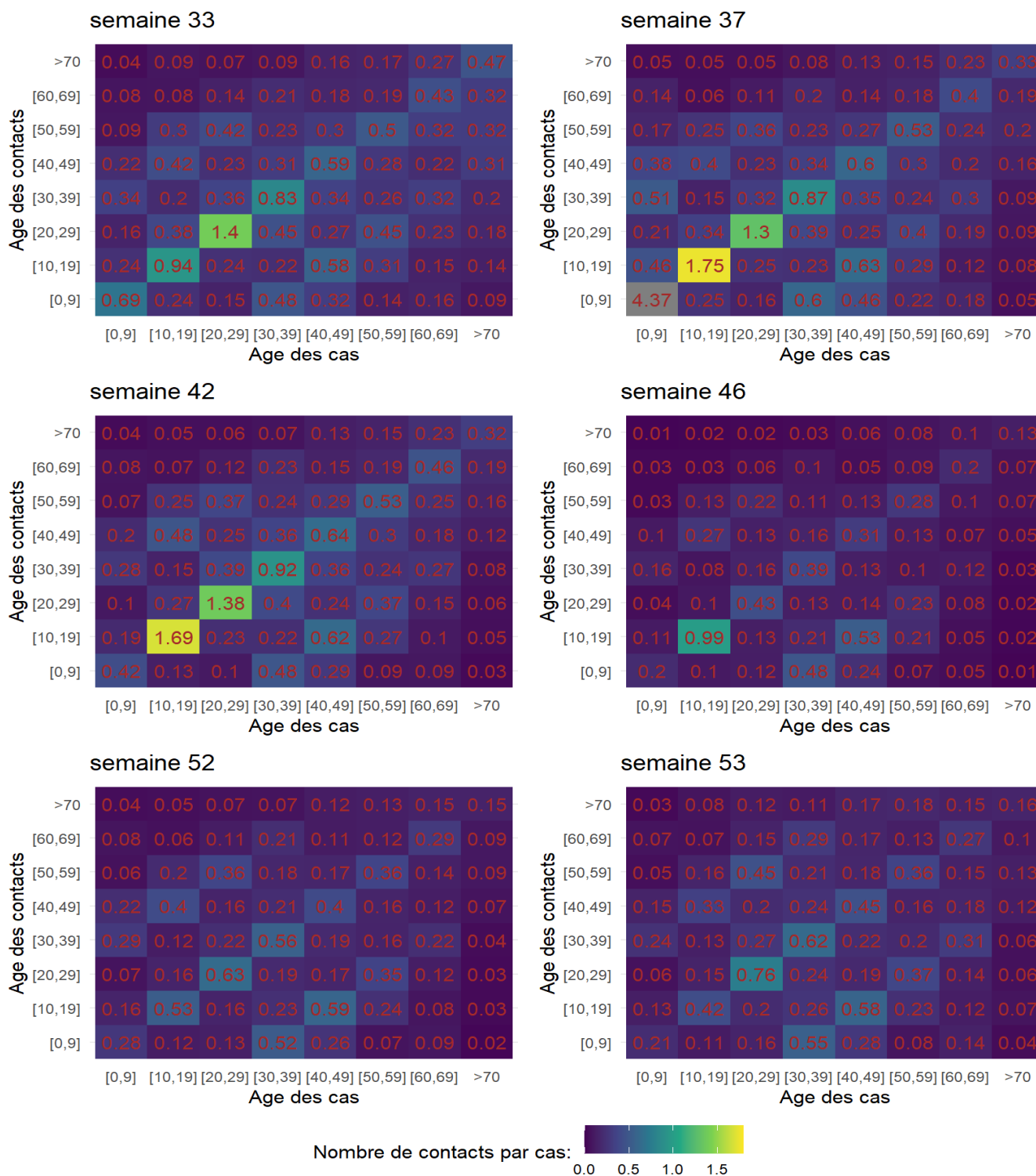
► Caractéristiques des contacts à risque en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts

• Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas restait le plus faible chez les cas âgés de 75 ans et plus, bien qu'en augmentation dans cette classe d'âge (0,7 personnes-contacts à risque par cas en S53, contre 0,4 en S52), et le plus élevé chez les cas âgés de 15 à 44 ans (2,6 personnes-contacts à risque par cas, contre 2,2 en S52).

• En semaine 53, **les cas de moins de 65 ans avaient toujours moins de 10% de personnes-contacts à risque de 65 ans et plus**, mais ce nombre (8,9%) **était en augmentation par rapport à S52** (7,2%). Parmi les personnes-contacts des cas âgés de 65 ans et plus, 24,0% avait également plus de 65 ans, un chiffre en baisse par rapport à la S52 (32,9%).

• Entre les semaines 51 et 53, le nombre absolu de contacts à risque entre personnes de moins de 20 ans a diminué (Figure 12). Cependant, on a observé une augmentation des contacts à risque entre cas âgés de moins de 60 ans et personnes-contacts de 60 ans et plus (Figure 12).

Figure 12. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts pour les semaines 33 (mi-août), 37 (semaine suivant la rentrée scolaire), 42 (semaine de début du couvre-feu dans certains territoires), 46 (confinement), 52 et 53 (fêtes de fin d'année) 2020, France



Note de lecture. Cette figure représente, pour une semaine donnée, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts. Cette figure est un proxy du rapprochement et de la fréquentation entre classes d'âge, présentée pour des semaines clés dans l'évolution de l'épidémie : vacances estivales, rentrée scolaire, situation au début des couvre-feux, etc. La couleur des cases s'échelonne de violet sombre (faible interaction) à jaune (forte interaction). Par exemple, les cas identifiés en semaine 53, âgés de 20 à 29 ans, avaient en moyenne 0,2 personne-contact à risque âgée de 40 à 49 ans, et 0,76 personne-contact à risque âgée de 20 à 29 ans. L'interaction sans mesures barrières des 20-29 ans est donc plus faible avec les 40-49 ans qu'avec les 20-29 ans.

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

Source : ContactCovid – Cnam.

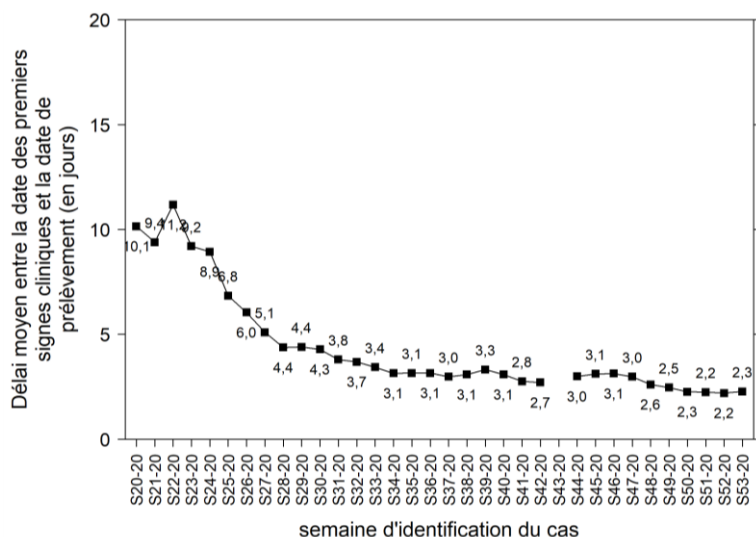
► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

• **En semaine 53**, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour diagnostic par RT-PCR ou tests antigéniques renseignés (soit 51% des cas), **le délai moyen de diagnostic était stable (2,3 jours)** (Figure 13). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

• Les délais de diagnostic pour les régions ultra-marines de la Guadeloupe, la Réunion et la Guyane restaient supérieurs à la métropole mais s'étaient néanmoins raccourcis en Guadeloupe (2,9 jours en S53 vs 3,7 jours en S52 et 5,0 jours en S51) (Figure 14). Le nombre de cas très faible dans les départements d'outre-mer rend cependant cet indicateur très volatile et sujet à des variations individuelles importantes.

• Le délai de diagnostic moyen était légèrement plus court pour les cas diagnostiqués par tests antigéniques, avec 2,1 jours vs 2,4 jours pour les RT-PCR (valeurs similaires à la semaine précédente).

Figure 13. Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques, par semaine, du 13 mai 2020 au 03 janvier 2021, France



Note : le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et de prélèvement renseignées. En semaine 53, cela représente 51% des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre. Indicateur non estimable pour la semaine 43/2020.

Source : ContactCovid – Cnam

Figure 14. Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques pour la semaine 53 (du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021), 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.

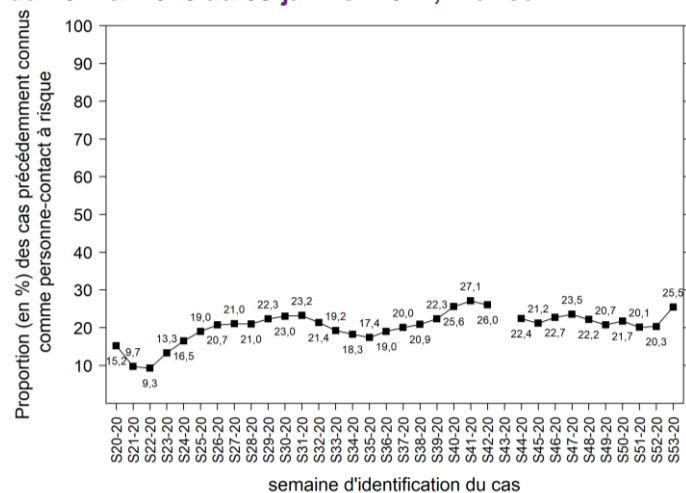
Source : ContactCovid – Cnam

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

- **La proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas a fortement augmenté**, passant de 20,3% en S52 à 25,5% en S53 (Figure 15). La proportion de cas précédemment connus comme personne-contact à risque était la plus faible à Mayotte (0,0%) et en Martinique (6,0%) et la plus haute à la Réunion (35,8%) (Figure 16).

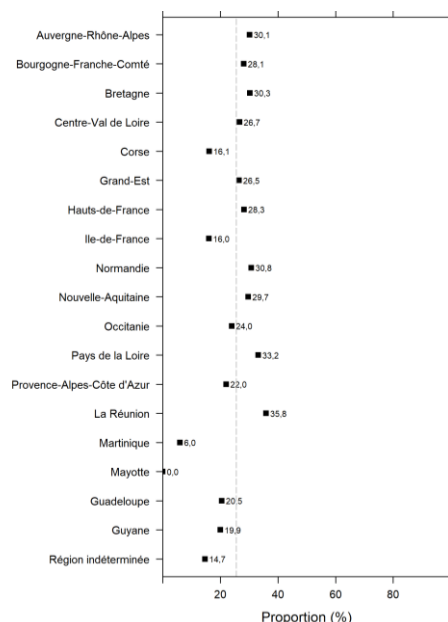
- Cependant, **la proportion des personnes-contacts devenues cas était en diminution** au cours des dernières semaines, passant de 14,1% (semaine d'identification des personnes-contacts : S50) à 12,3% (S51) puis 11,7% (S52).

Figure 15. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 03 janvier 2021, France



Note : les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un Point épidémiologique à l'autre. Indicateur non estimable en semaine 43/2020. Source : ContactCovid – Cnam

Figure 16. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque durant la semaine 53 (du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021), par région, France



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

► Mobilité des cas et des personnes-contacts

- **La proportion de nouveaux cas revenant d'un voyage (hors département ou pays de résidence) a légèrement augmenté au cours des dernières semaines** : 3% en S53 contre 2% en S52 et 1% en S51. En revanche, cette proportion est restée stable depuis la S51 pour les personnes-contacts (autour de 1%).

- **La proportion de personnes-contacts qui n'appartiennent pas au même foyer que le cas index a augmenté**, passant de 58% en S51 et S52 à 69% en S53.

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

► Données cumulées depuis début mars 2020

- Du 1^{er} mars au 03 janvier 2021, **22 664** signalements d'un ou plusieurs cas de COVID-19 biologiquement confirmés ou non ont été déclarés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à Santé publique France via le portail national des signalements du ministère de la Santé (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>) (Tableau 5).
- Il s'agissait de **14 094** (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 8 570 (38%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 5).
- Parmi les **14 094 signalements en EHPA**, 11 403 (81%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 22 664 signalements en ESMS, **149 671 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents (Tableau 5). Parmi les **20 302 décès survenus dans les établissements**, 20 126 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 5. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'ESMS, chez les résidents et le personnel, rapportés entre le 1^{er} mars 2020 et le 03 janvier 2021, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	14 094	6 129	1 000	1 441	22 664
Chez les résidents					
Cas confirmés ⁶	130 228	16 029	1 001	2 413	149 671
Décès ⁷ hôpitaux	7 832	326	0	36	8 194
Décès ⁷ établissements	20 126	126	0	50	20 302
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	63 080	12 449	1 122	1 259	77 910

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

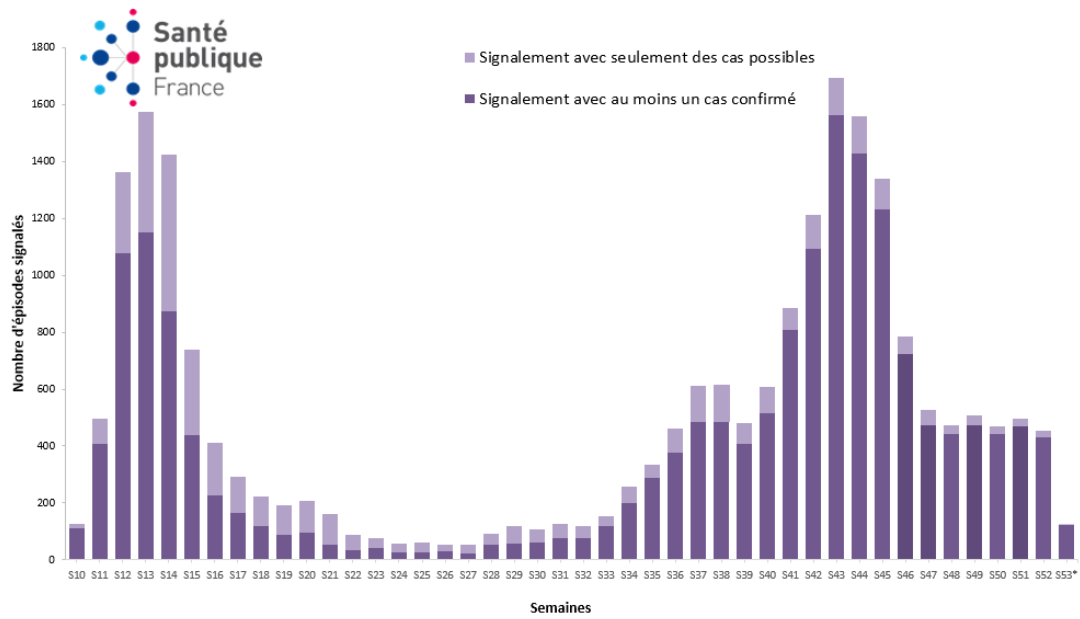
⁶Cas de COVID-19 biologiquement confirmé

⁷Cas possibles et confirmés décédés

► Données recueillies depuis début juillet 2020

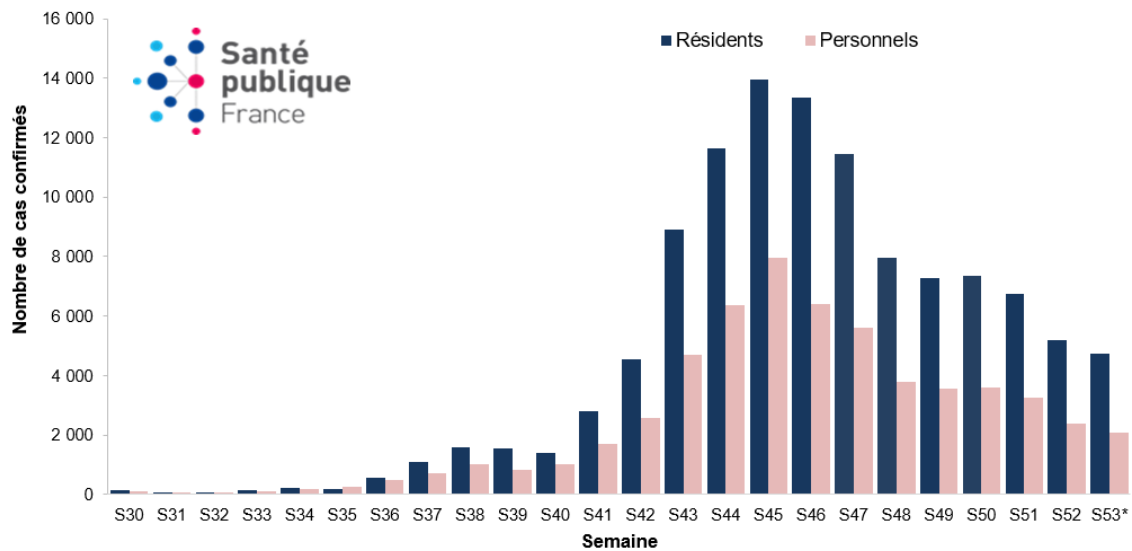
- Depuis début juillet, le **nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS a augmenté**, pour atteindre un pic en semaine 43 avec **1 694** signalements enregistrés (Figure 17). Le nombre de signalements a diminué entre les semaines 44 et 48, puis s'est stabilisé les semaines suivantes. Les données de la semaine 53 (128 signalements) sont encore provisoires.
- La proportion d'EHPA par région ayant signalé au moins un nouvel épisode en semaine 53 sur le territoire métropolitain est comprise entre 0 et 2%.
- Depuis le 20 juillet, parmi les 10 446 EHPA, 5 685 (54%) ont déclaré au moins un épisode. Parmi les 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 2 458 (28%) ont déclaré au moins un épisode.
- Depuis fin juillet, le **nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS a augmenté**, pour atteindre un pic en semaine 45 (21 916 cas), a diminué jusqu'en semaine 49 (10 843 cas), puis s'est stabilisé les semaines suivantes. Une légère diminution du nombre de cas confirmés de COVID-19 est observée pour ces deux dernières semaines avec **7 578** cas confirmés enregistrés en semaine **52** (vs **10 008** en semaine **51**) et **6 800** cas en semaine **53**. À noter que les données de la semaine 53 doivent être consolidées (Figure 18).

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 2020 et le 03 janvier 2021, France



* Semaine 53 : données non consolidées

Figure 18. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 03 janvier 2021, France

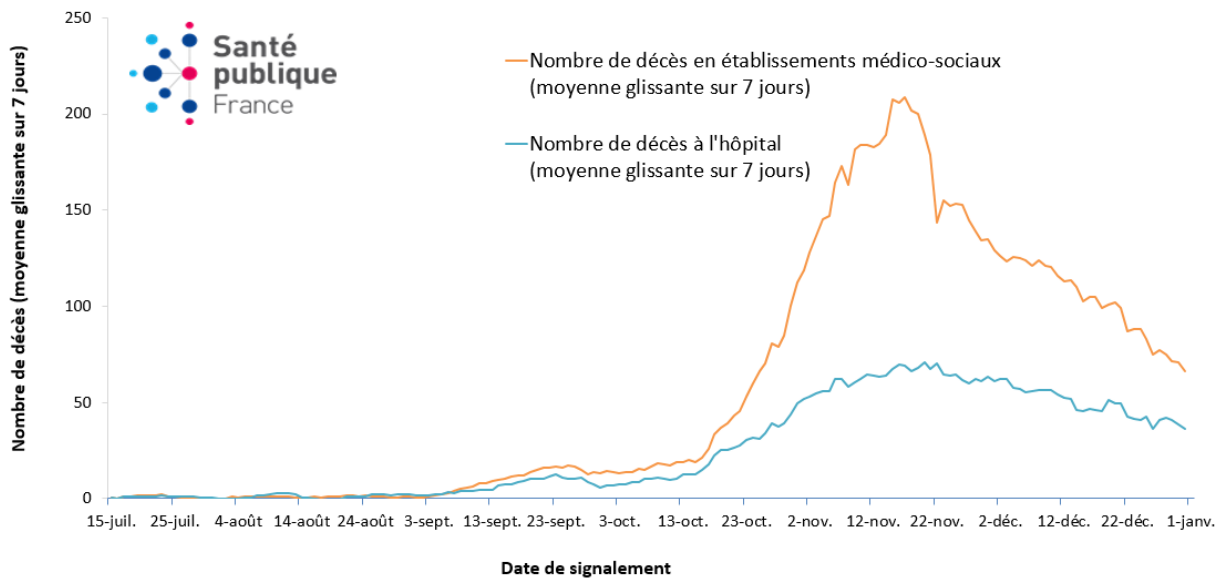


* Semaine 53 : données non consolidées

● Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36, **le nombre de décès en établissement d'accueil dans les ESMS** a augmenté de la semaine 37 à la semaine 46 (S46 : 1 490 décès), puis **a diminué jusqu'en semaine 48 et semble se stabiliser depuis**. En **semaine 53, 324 décès** ont été enregistrés (données non consolidées).

Le nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès dans l'ensemble des ESMS semble **diminuer pour les décès en établissement et rester stable pour les décès à l'hôpital** (Figure 19). La consolidation des données permettra de confirmer l'évolution observée.

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 2020 et le 03 janvier 2021, France



*Semaine 53 : données non consolidées
Dernières données de décès le 31 décembre 2020 pour l'estimation de la moyenne glissante sur 7 jours*

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **322 071 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 05 janvier 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- En semaine 53 (du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021), **5 434 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (représentant 2,4% de l'activité totale des services d'urgence OSCOUR®) ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période.

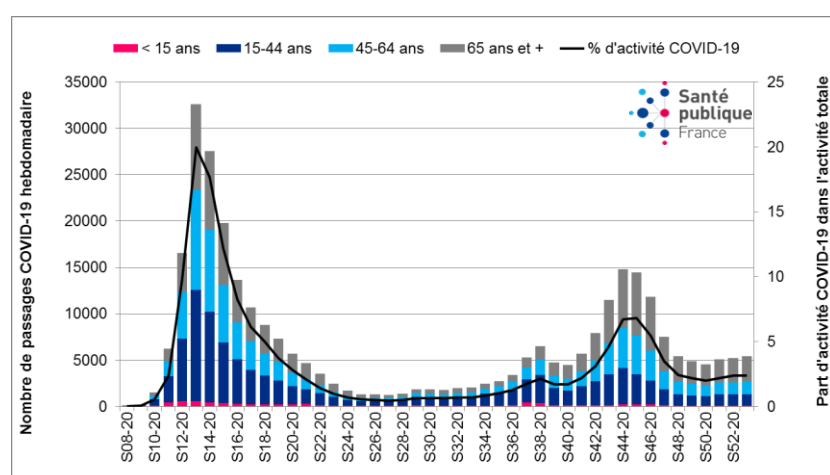
- Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en légère hausse pour la 3^e semaine consécutive, (+ 4% en S53, + 3% en S52 et +11% en S51) (5 434 en S53 vs 5 208 en S52 et 5 049 en S51). La part d'activité était stable à 2,4%. Les hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 étaient en légère hausse à 56% (vs 54% en S52).

- En semaine 53, les passages pour suspicion de COVID-19 étaient en hausse chez les moins de 2 ans (+86% soit +18 passages) et les adultes (+4% soit +211 passages) et restaient stables chez les 2-14 ans. (Figure 20).

- Au niveau régional, les passages pour suspicion de COVID-19 étaient en hausse à la Réunion/Mayotte (+211% soit +19 passages), en Corse (+43% soit +3 passages), Hauts-de-France (+30% soit +95 passages), Bretagne (+30% soit +20 passages), Normandie (+20% soit +28 passages), Guyane (+19% soit +6 passages), Bourgogne-Franche-Comté (+16% soit +77 passages), Occitanie (+13% soit +34 passages), Centre-Val de Loire (+10% soit +16 passages) et Auvergne-Rhône-Alpes (+9% soit +66 passages). Les passages étaient stables ou en baisse dans les autres régions.

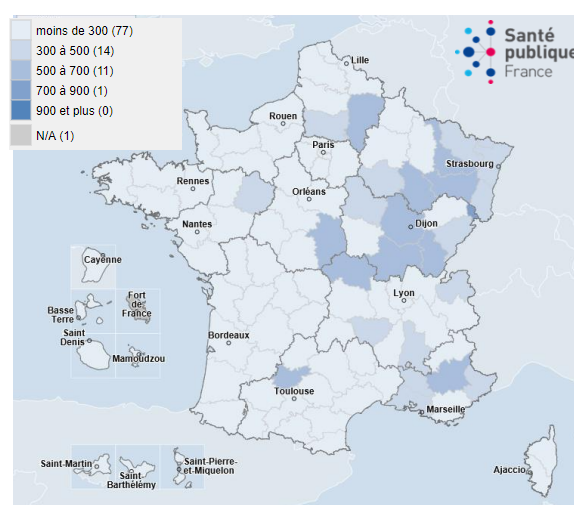
- En semaine 53, comme les précédentes semaines, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité des actes étaient enregistrés en Île-de-France (17%), Auvergne-Rhône-Alpes (15%), Grand Est (14%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (13%) et Bourgogne-Franche-Comté (10%).

Figure 20. 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 21. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 53/2020, 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, incluant les tests RT-LAMP, et antigéniques positifs), des passages aux urgences (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. Le R -effectif estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines auparavant (intégrant le délai entre la contamination et le test, et le fait que le calcul est effectué sur une période de 7 jours). L'indicateur SI-DEP peut être instable, notamment lorsque l'incidence est faible car il est influencé par les actions locales de dépistage. Les indicateurs calculés à partir des données de passages aux urgences et des hospitalisations sont plus stables, mais montrent des tendances plus tardives. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas.

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

- L'estimation du nombre de reproduction effectif au 02 janvier 2021 **est inférieure à 1 (0,99, IC95% [0,98-0,99]) 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, l'estimation du nombre de reproduction au 02 janvier est égale à 1 : **1,00** (IC95% [0,98-1,03]). À partir **des données d'hospitalisations (SI-VIC)**, l'estimation au 03 janvier est inférieure à 1 : **0,94** (IC95% [0,92-0,97]) (Figure 22).

- Au 02 janvier 2021, les estimations des **R -effectif à partir des données virologiques SI-DEP** sont significativement supérieures à 1 dans **7 régions métropolitaines** : Bretagne, Corse, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Tableau 6). Elles sont supérieures à 1 mais de façon non significative en Bourgogne-Franche-Comté et dans le Grand Est.

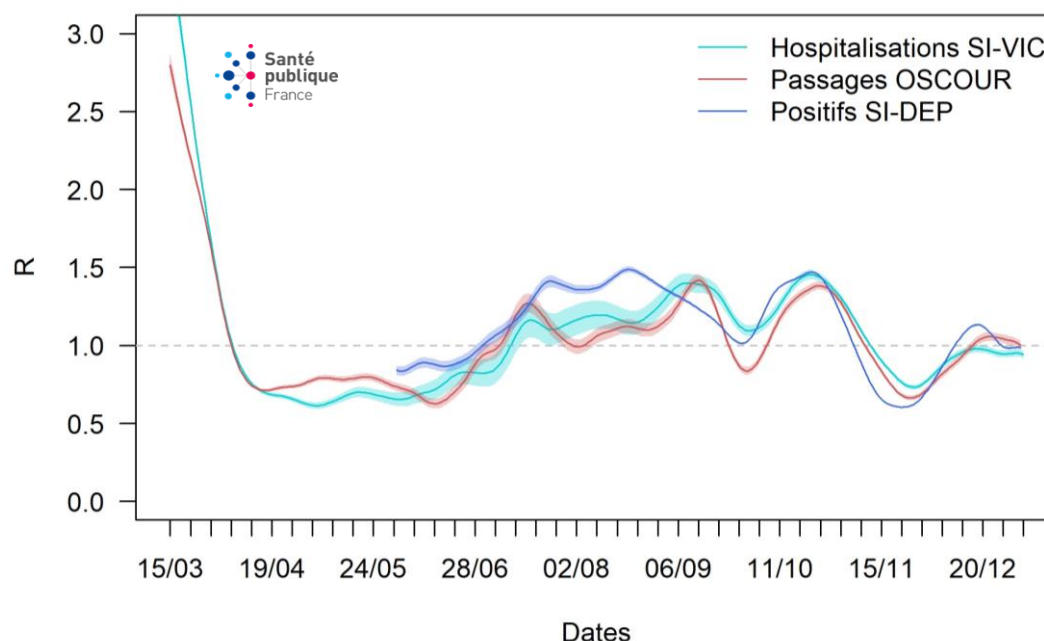
- À partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)**, les estimations du nombre de reproduction au 02 janvier 2021 sont significativement supérieures à 1 dans **en Bourgogne-Franche-Comté**. Elles sont supérieures à 1 mais de façon non significative dans 6 autres régions : Corse, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

- À partir des **hospitalisations pour COVID-19** rapportées dans **SI-VIC**, les estimations du nombre de reproduction au 03 janvier sont significativement supérieures à 1 **dans 3 régions métropolitaines** : Bretagne, Corse et Normandie. Elles sont supérieures à 1 mais de façon non significative dans les régions Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

- **En Outre-mer**, les estimations du nombre de reproduction à partir des données virologiques SI-DEP sont significativement supérieures à 1 en Martinique et à La Réunion et sont supérieures à 1, mais de façon non significative en Guyane et à Mayotte. Les estimations du nombre de reproduction sont supérieures à 1 mais de façon non significative en Guyane et à La Réunion à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (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 22. 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 02 janvier 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 6. Nombre de reproduction effectif du 02 janvier 2021 à partir des tests RT-PCR et antigéniques positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), et nombre de reproduction effectif du 03 janvier à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) par région, France

Territoire	Régions	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	0,88 (0,87-0,90)	0,99 (0,92-1,06)	0,87 (0,82-0,93)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,02 (0,99-1,04)	1,10 (1,01-1,20)	0,98 (0,90-1,06)
	Bretagne	1,14 (1,09-1,20)	0,89 (0,74-1,06)	1,27 (1,08-1,49)
	Centre-Val de Loire	0,97 (0,94-1,00)	0,98 (0,83-1,13)	0,89 (0,77-1,01)
	Corse	1,43 (1,25-1,62)	1,46 (0,73-2,45)	2,56 (1,48-3,93)
	Grand Est	1,01 (0,99-1,03)	1,00 (0,93-1,07)	0,92 (0,86-0,98)
	Hauts-de-France	0,99 (0,97-1,02)	1,06 (0,96-1,17)	0,81 (0,74-0,88)
	Ile-de-France	0,98 (0,96-0,99)	0,95 (0,89-1,02)	0,88 (0,83-0,94)
	Normandie	1,08 (1,04-1,11)	1,08 (0,92-1,25)	1,14 (1,01-1,27)
	Nouvelle-Aquitaine	1,07 (1,04-1,10)	0,99 (0,89-1,10)	0,98 (0,87-1,09)
	Occitanie	1,06 (1,04-1,09)	1,01 (0,90-1,13)	0,99 (0,88-1,09)
	Pays de la Loire	1,04 (1,00-1,07)	0,84 (0,72-0,96)	1,01 (0,90-1,14)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,05 (1,03-1,07)	1,05 (0,97-1,13)	1,07 (0,99-1,14)
	France métropolitaine	0,99 (0,98-0,99)	1,00 (0,98-1,03)	0,94 (0,92-0,97)
France ultra-marine	Guadeloupe	NE	NC	NC
	Guyane	1,07 (0,98-1,17)	1,17 (0,82-1,59)	0,95 (0,64-1,31)
	La Réunion	1,17 (1,01-1,33)	1,32 (0,70-2,14)	NC
	Martinique	1,29 (1,03-1,58)	NA	NC
	Mayotte	1,08 (0,92-1,25)	NE	NC

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

NC : le nombre de reproduction n'est pas estimable de façon fiable en raison d'un nombre de cas insuffisant sur les 7 derniers jours ;

NA : données non disponibles pour cette région ; 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, **1 953** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

• Parmi les **268 607 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 7) :

- l'âge médian des patients est de 73 ans et 53% sont des hommes ;
- **45 980** patients sont décédés : **74%** étaient âgés de 75 ans et plus et **59%** étaient des hommes ;
- **197 503** patients sont retournés à domicile.

• Le **05 janvier 2021**, **24 904 cas de COVID-19** étaient hospitalisés en France, dont **2 625 en réanimation**.

Tableau 7. Nombre de personnes hospitalisées (dont en réanimation) pour COVID-19 le 05 janvier 2021 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

	Le 05 janvier 2021				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	24 904		2 625		197 503		45 980	
Classes d'âge *								
Total	24 721		2 604		195 999		45 715	
0-14 ans	47	<1	6	<1	2 465	1	4	<1
15-44 ans	765	3	101	4	25 151	13	353	1
45-64 ans	3 403	14	733	28	51 342	26	3 810	8
65-74 ans	5 048	20	1 036	40	38 623	20	7 598	17
75 et +	15 458	63	728	28	78 418	40	33 950	74
Régions *								
Total	24 871		2 616		197 472		45 954	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	4 207	17	386	15	28 570	14	6 925	15
Bourgogne-Franche-Comté	1 838	7	183	7	10 082	5	2 752	6
Bretagne	545	2	41	2	3 417	2	745	2
Centre-Val de Loire	912	4	111	4	5 609	3	1 360	3
Corse	19	<1	6	<1	515	<1	116	<1
Grand Est	3 111	13	296	11	21 634	11	6 170	13
Hauts-de-France	2 389	10	239	9	18 168	9	4 572	10
Île-de-France	4 753	19	564	22	55 247	28	12 326	27
Normandie	1 154	5	97	4	5 963	3	1 568	3
Nouvelle-Aquitaine	1 140	5	141	5	8 009	4	1 797	4
Occitanie	1 257	5	165	6	10 415	5	2 182	5
Pays de la Loire	901	4	65	2	6 231	3	1 401	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 504	10	304	12	19 209	10	3 668	8
Outre-Mer								
La Réunion	41	<1	3	<1	722	<1	52	<1
Martinique	17	<1	5	<1	369	<1	43	<1
Mayotte	6	<1	1	<1	555	<1	42	<1
Guadeloupe	50	<1	4	<1	768	<1	167	<1
Guyane	27	<1	5	<1	1 989	1	68	<1

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

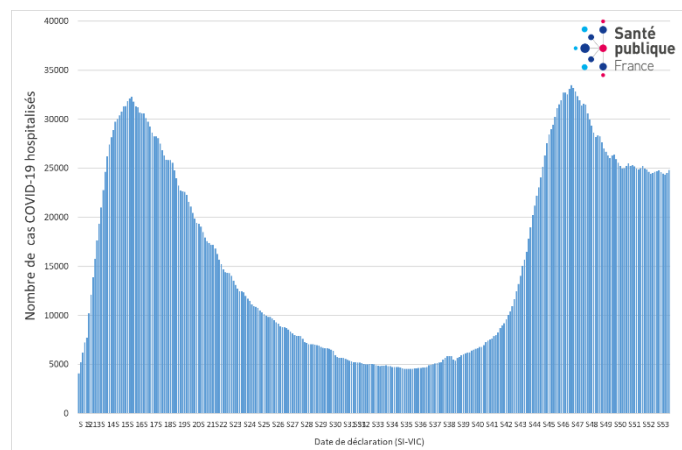
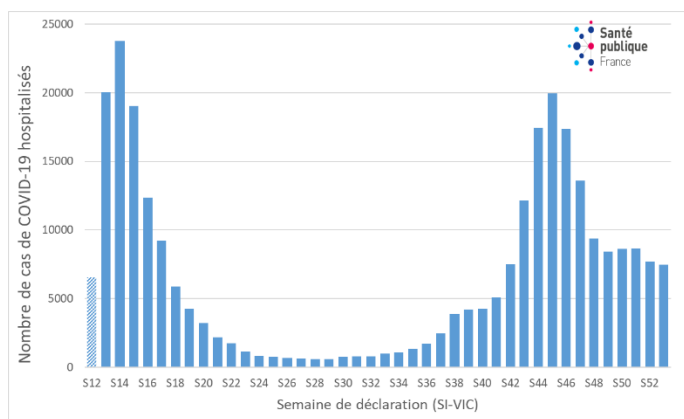
Source : SI-VIC

● Après une diminution en semaine 52, le nombre de déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 s'est stabilisé entre les semaines 52 et 53** : **7 460** nouvelles hospitalisations ont été déclarées en S53 contre 7 715 en S52, soit -3% (Figure 23a).

Le **taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19** était de **11,1/100 000 habitants** en S53 vs **11,5** en S52.

Figure 23a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 03 janvier 2021)

Figure 23b. Nombre de cas de COVID-19 en cours d'hospitalisation, par jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 03 janvier 2021)



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

Source : SI-VIC

● En semaine 53, le **taux hebdomadaire d'hospitalisations** était en hausse en **Corse**, (+300%, soit +9 hospitalisations), **Normandie** (+19%), **Bretagne** (+14%), **Pays de la Loire** (+12%), **Occitanie** (+11%), **Centre-Val de Loire** (+10%) et **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (+4%). Le taux était en baisse dans les autres régions.

● Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** en S53 ont été enregistrés en **Bourgogne-Franche-Comté** (22,2/100 000 habitants), **Grand Est** (19,3), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (17,1), **Auvergne-Rhône-Alpes** (14,2), **Hauts-de-France** (12,2) et **Centre-Val de Loire** (11,1) (Figure 24).

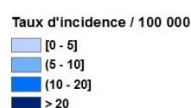
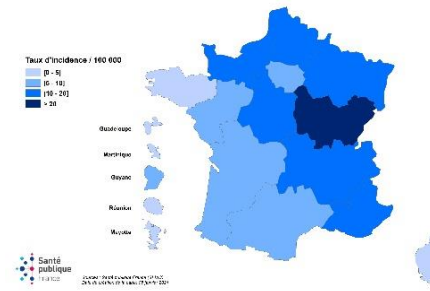
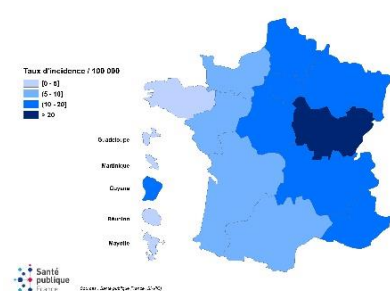
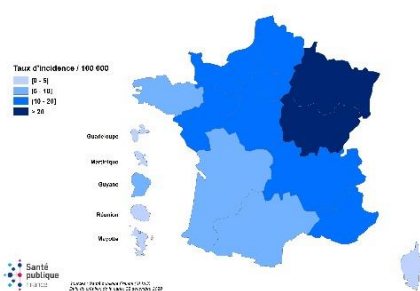
● Dans les **régions d'outre-mer**, en S53, le **plus fort taux d'hospitalisations** était observé en **Guyane** avec 10,0/100 000 habitants, en diminution par rapport à la S52 (12,4, soit -7 hospitalisations). Une tendance à la **stabilisation** était observée en **Martinique** (0,6 en S53 vs 0,8 en S52). Le taux d'hospitalisations **diminuait** en **Guadeloupe** (0,5 en S53 vs 1,3 en S52, soit -3 hospitalisations) et à **La Réunion** (0,8 vs 1,6, soit -7 hospitalisations). Il **augmentait** à **Mayotte** (3,9 vs 2,5, soit +4 hospitalisations).

Figure 24. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 14 décembre 2020 et le 03 janvier 2021 (S51 à S53), France

du 14 au 20 décembre 2020

du 21 au 27 décembre 2020

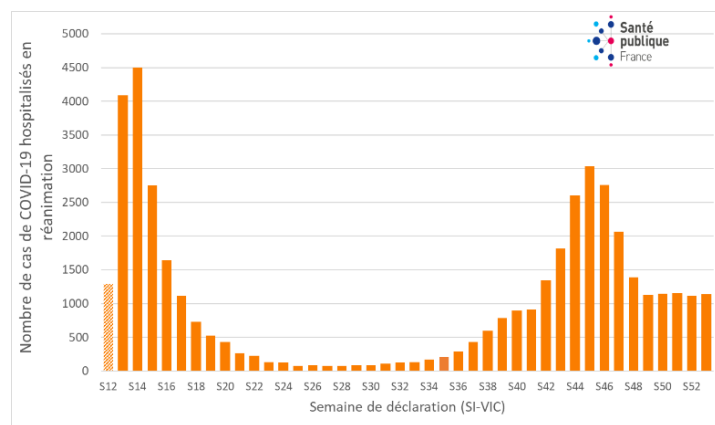
du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021



Source : SI-VIC

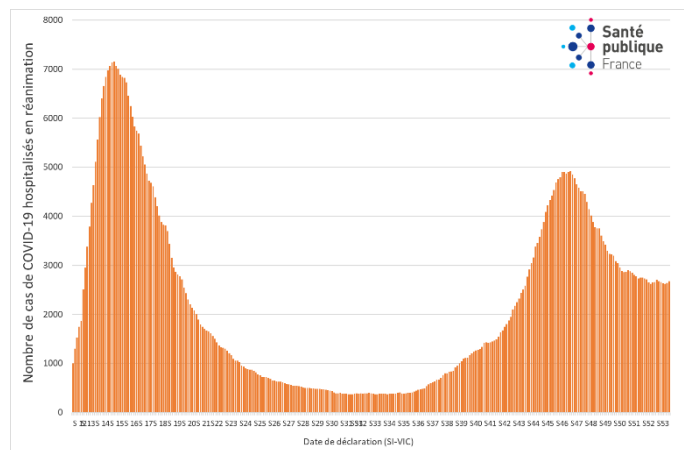
● Après avoir diminué entre les semaines 46 et 49, le nombre de **nouvelles admissions en réanimation s'est stabilisé depuis la semaine 50** : **1 135** nouvelles hospitalisations ont été déclarées en S53 contre 1 118 en S52 et 1 156 en S51, soit +2% entre S52 et S53 (Figure 25a). **Le taux hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation reste à 1,7/100 000 habitants en S53.**

Figure 25a. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 03 janvier 2021)



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

Figure 25b. Nombre de cas de COVID-19 en réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 03 janvier 2021)



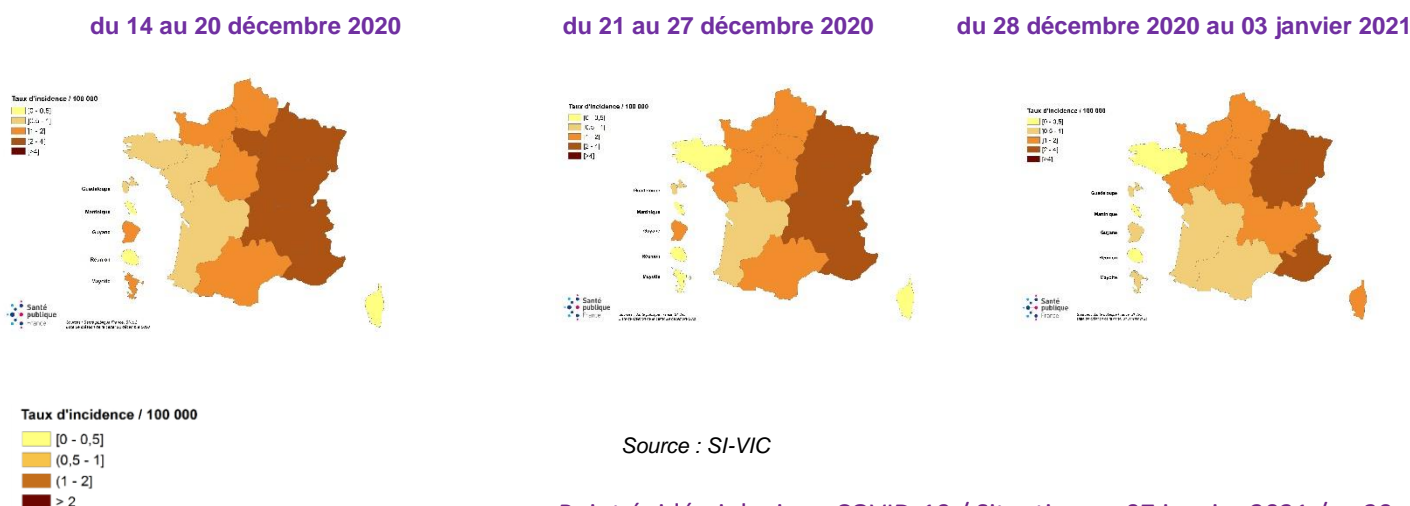
Source : SI-VIC

● En semaine 53, le **taux hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation a augmenté en Corse (+300%, soit +3 admissions en réanimation), Normandie (+47%), Centre-Val de Loire (+40%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+16%), Bretagne (+14%), Pays de la Loire (+8%) et Grand Est (+2%)**. Il s'est stabilisé en **Île-de-France** et en **Nouvelle-Aquitaine**. Il a diminué dans les autres régions de France métropolitaine.

● Les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en réanimation** étaient rapportés en **Bourgogne-Franche-Comté (3,1/100 000 habitants), Grand Est (3,0), Provence-Alpes-Côte d'Azur (2,6) et Auvergne-Rhône-Alpes (2,0)**. Les autres régions de France métropolitaine rapportaient des taux inférieurs à 2,0 pour 100 000 habitants (Figure 26).

● Dans les **régions d'outre-mer**, en S53, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 était observé à **Mayotte (0,7/100 000 habitants)**, stable par rapport à S52 (0,4, soit + 1 admission en réanimation). Les taux d'admissions en réanimation étaient en **diminution** en S53 par rapport à la semaine précédente en **Guyane (0,7 vs 1,4/100 000 habitants, soit -2 admissions en réanimation), en Guadeloupe (0,5 vs 0,8, soit -1 admission en réanimation), à La Réunion (0,1 vs 0,5, soit -3 admissions en réanimation) et en Martinique (0 vs 0,3, soit -1 admission en réanimation)**.

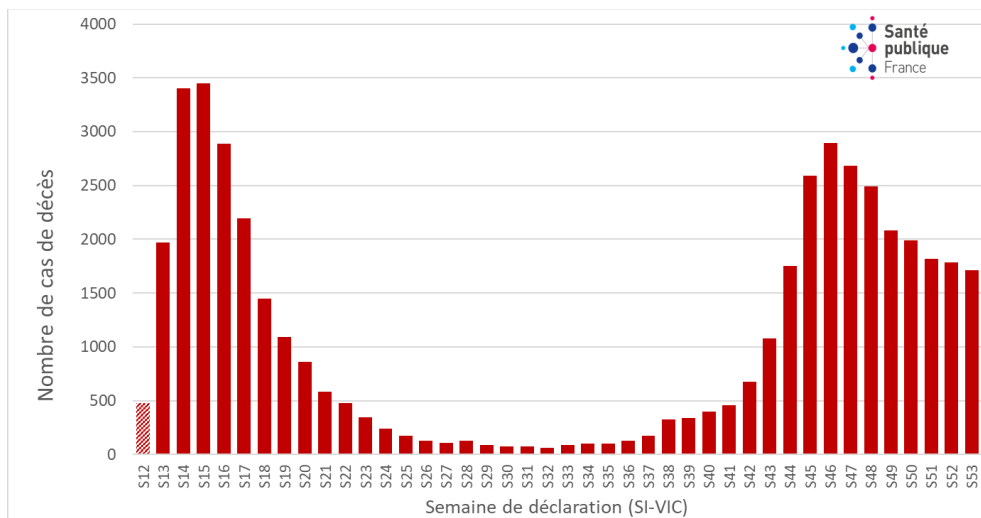
Figure 26. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 14 décembre 2020 et le 03 janvier 2021 (S51 à S53), France



Source : SI-VIC

- Le nombre de **déclarations de décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 s'est stabilisé depuis la semaine 51** : 1 711 décès ont été déclarés en S53 contre 1 786 en S52, soit -4,2% (Figure 27).

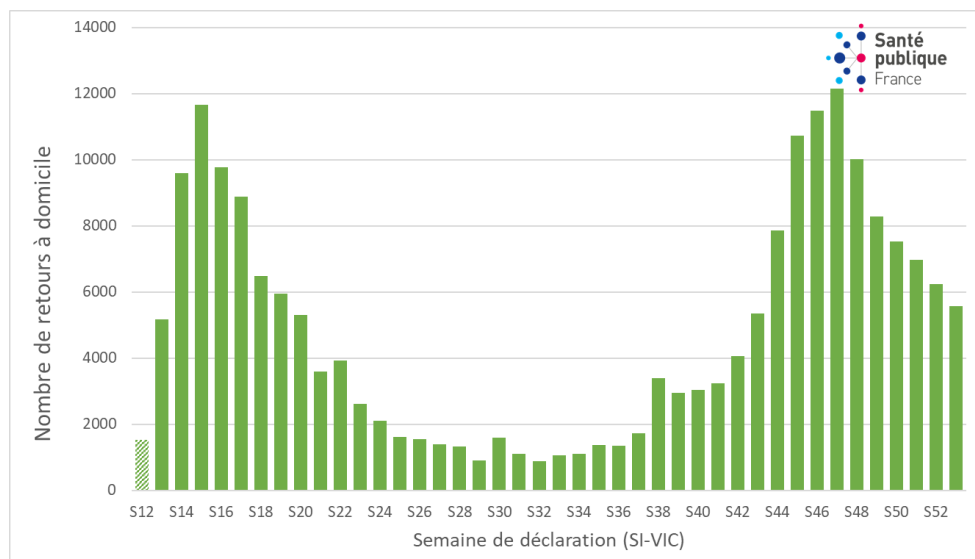
Figure 27. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 03 janvier 2021)



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

- La **diminution** des déclarations de **retours à domicile** survenus après une hospitalisation pour COVID-19 observée depuis la S48 se poursuit en S53, passant de 6 234 en S52 à 5 565 en S53, soit -11% (Figure 28).

Figure 28. 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 03 janvier 2021)

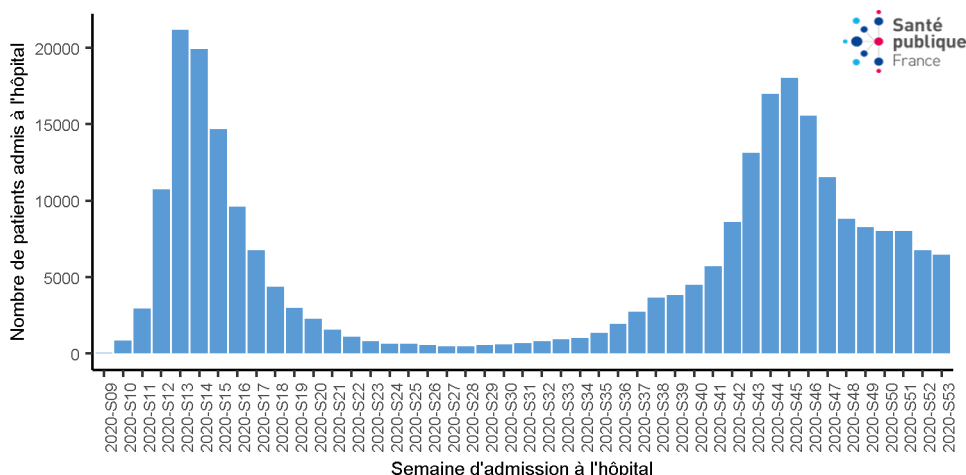


S12/2020 : Données incomplètes car démarrage de SI-VIC en cours de semaine
Source : SI-VIC

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

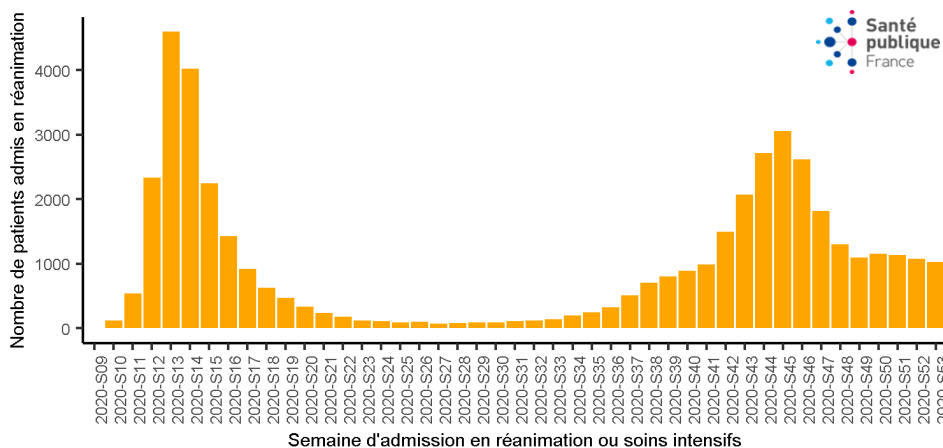
• Les graphiques précédents (Figures 23a, 25a, 27, 28) sont présentés par date de déclaration. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figures 29 et 30) ou par date de décès (Figure 31). Toutefois, les données de la S53 ne sont pas encore consolidées.

Figure 29. 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 05 janvier 2021)



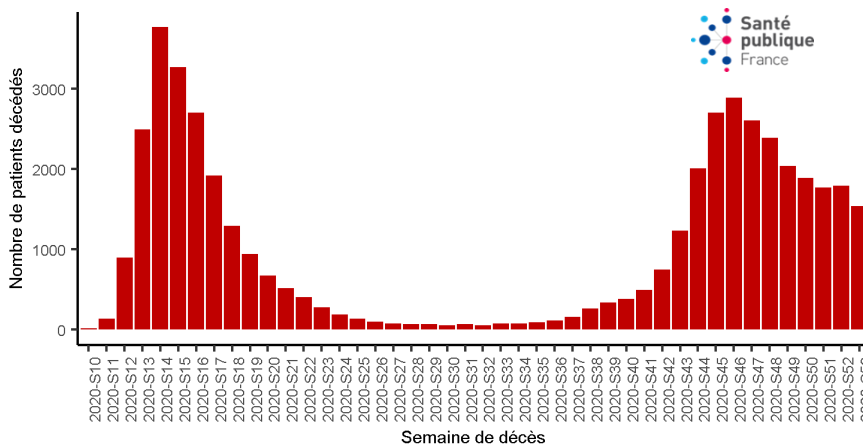
Semaine 53 : données non consolidées / Source : SI-VIC

Figure 30. 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 05 janvier 2021)



Semaine 53 : données non consolidées / Source : SI-VIC

Figure 31. Nombre hebdomadaire de décès à l'hôpital de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 02 mars 2020, France (données au 05 janvier 2021)



Semaine 53 : données non consolidées / Source : SI-VIC

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

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

- Entre le 05 octobre 2020 et le 05 janvier 2021, parmi les **4 591 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 ; 60 étaient des professionnels de santé.
- **89% des patients admis en réanimation présentaient au moins une comorbidité**, et cette proportion était de **84% parmi ceux âgés de moins de 65 ans**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'**obésité** (IMC \geq 30kg.m⁻²) (45% des cas signalés dont l'IMC était renseigné), l'**hypertension artérielle** (45%) et le **diabète** (31%) (Tableau 8).
- Parmi les 3 415 patients pour lesquels l'information était renseignée, 46% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 3 651 patients ; 46% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 42% d'une ventilation invasive et 3% d'une assistance extracorporelle (ECMO/ECCO₂R) au cours de leur séjour en réanimation.
- **823 décès** ont été rapportés à ce jour, dont 2 chez des professionnels de santé. **L'âge médian des personnes décédées était de 74 ans** (IIQ : [68-79]) ; 82% des personnes décédées étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 805 patients ; parmi eux, 760 (94%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (54%), l'obésité (40% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (37%) (Tableau 8). Entre le 05 octobre 2020 et le 05 janvier 2021, 2 484 sorties de réanimation ont été rapportées.

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

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=4 591)		Cas décédés en réanimation (n=823)	
	n	%	n	%
0-14 ans	15	<1	0	-
15-44 ans	260	6	20	3
45-64 ans	1 433	31	126	15
65-74 ans	1 715	38	303	37
75 et +	1 147	25	373	45
Non renseigné	21		1	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	501	11	45	6
Au moins une comorbidité	3 979	89	760	94
Obésité (IMC \geq 30) ³	1 826	45	288	40
Hypertension artérielle	2 007	45	433	54
Diabète	1 397	31	261	32
Pathologie cardiaque	1 110	25	295	37
Pathologie pulmonaire	947	21	207	26
Immunodépression	347	8	93	12
Pathologie rénale	386	9	106	13
Cancer	305	7	93	12
Pathologie neuromusculaire	138	3	42	5
Pathologie hépatique	107	2	39	5
Autre	720	16	138	17
Non renseigné	111		18	

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

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

³La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC est renseigné (n=4 040 et n=712).

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

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

- Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 03 janvier 2021, 2 729 signalements de COVID-19 nosocomiaux ont impliqué 17 374 patients (138 décès liés), 11 791 professionnels et 10 visiteurs. Parmi ces signalements, 1 830 correspondaient à des cas groupés (au moins 3 cas liés).
- Le nombre de signalements nosocomiaux diminue depuis la semaine S46, et le nombre de cas groupés reste fluctuant (Tableau 9). Ces tendances seront confirmées dans les semaines à venir.

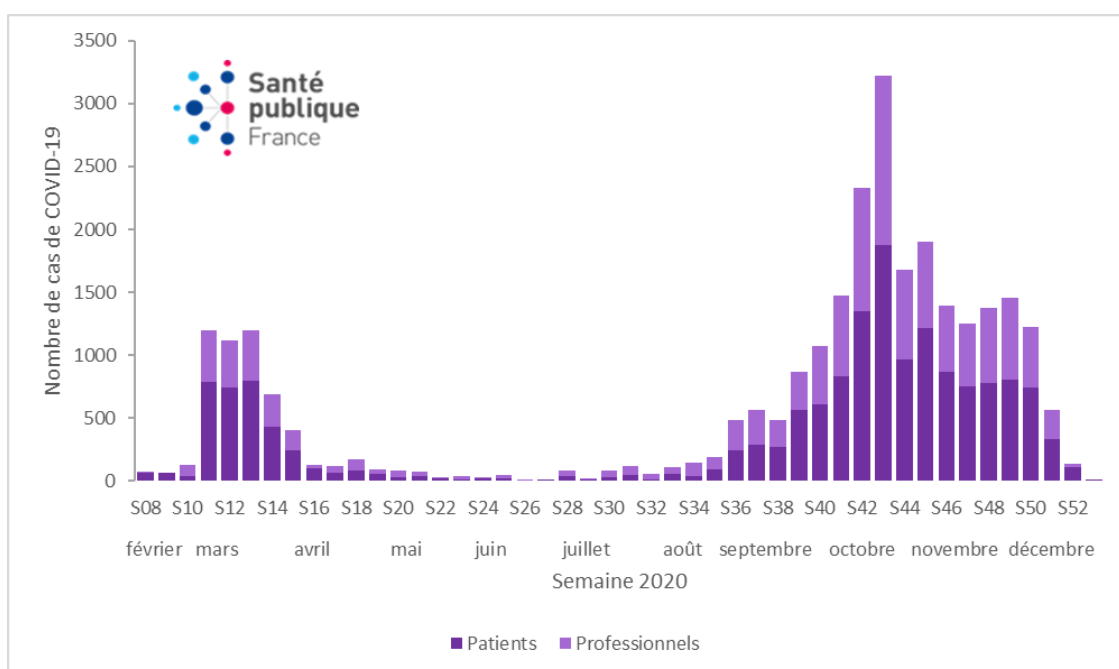
Tableau 9. Description des signalements (SIN) de cas nosocomiaux de COVID-19, par semaine du premier cas, depuis le 1^{er} janvier 2020 et par semaine de S46 à S53, France

	S46	S47	S48	S49	S50	S51	S52	S53*	Depuis le 01/01/2020
Nombre de SIN COVID-19 nosocomiaux	136	101	125	116	110	66	42	7	2 729
Nombre d'établissement signaleurs	104	87	94	99	83	60	34	7	867
Nombre de décès liés à l'infection COVID-19	3	2	1	3	0	1	0	0	138
Nombre de SIN de cas groupés	89	75	91	92	86	48	19	2	1 830

* Données non consolidées
SIN : signalement d'infection nosocomiale

- Parmi les signalements de cas groupés survenus en établissements de santé (n=1 830) jusqu'en semaine 53 incluse, la part des professionnels est stable dans le temps, représentant en moyenne 40% de l'ensemble des cas. L'évolution du nombre de signalements de cas groupés suit la dynamique de l'épidémie en France (Figure 32).

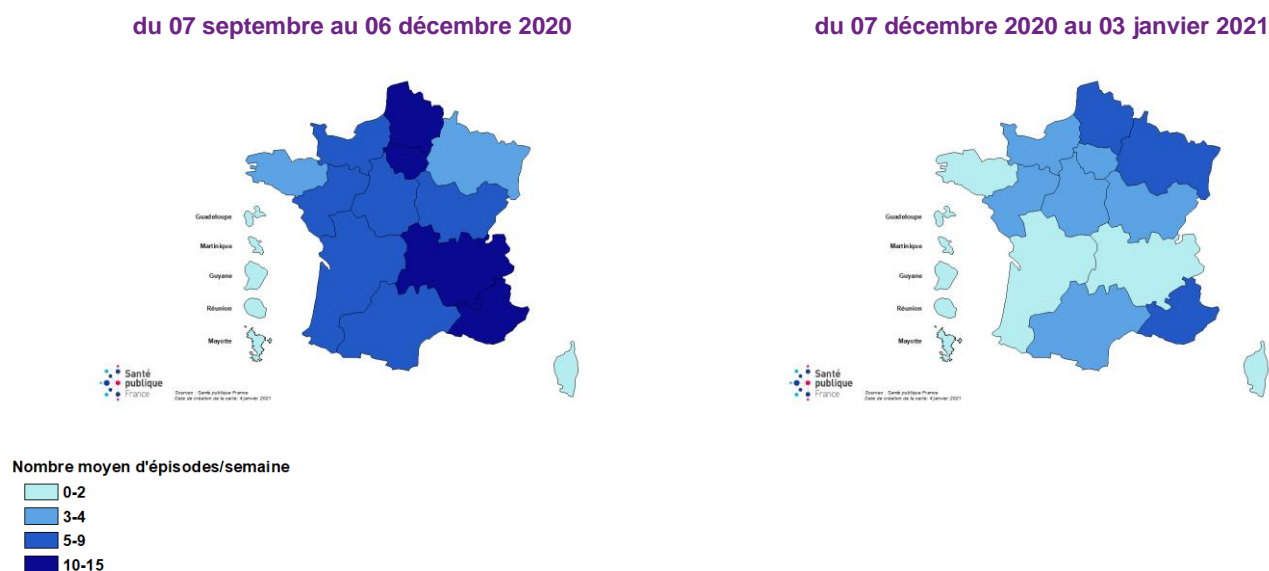
Figure 32. Nombre de patients et de professionnels positifs dans les signalements d'infections nosocomiales de COVID-19, par semaine du premier cas, entre le 01 janvier 2020 et le 03 janvier 2021, France



Semaine 53 : données non consolidées

- Parmi les cas groupés, lorsque l'information est disponible (n=1 406), pour plus de la moitié des épisodes (n=766, 54%), le cas index est un patient, un professionnel pour 38% (n=531) ou un visiteur/la famille pour 7% (n=94). L'origine du cluster est parfois multifactorielle.
- Parmi les 1 265 signalements pour lesquels l'information est disponible, les hypothèses évoquées pour expliquer les contaminations peuvent être multiples (n=2 224) et sont principalement : la découverte fortuite d'un cas (n=495, 22%), le non-respect strict des mesures barrières (incluant les difficulté d'application des bonnes pratiques) (n=449, 20%), les pauses et transmissions entre les personnels (n=295,13%), les visiteurs/les familles (n=248, 11%). Les autres causes sont identifiées dans moins de 10% des signalements.
- Pour les 1 609 signalements pour lesquels l'information est disponible, les principales mesures correctives décrites (n=2 799) sont le dépistage (n=1 233, 44%), le renforcement des mesures barrières (n=792, 28%) et la mise en place de précautions complémentaires gouttelettes (n=275, 10%).
- Le nombre moyen d'épisodes par semaine et par région est en diminution en décembre par rapport à la période précédente dans la majorité des régions, mais reste encore important dans les régions Hauts-de-France, Grand Est et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Figure 33).

Figure 33. Nombre moyen de signalements hebdomadaire de cas groupés de COVID-19, par région, selon la date de survenue du premier cas, entre le 07 septembre 2020 et le 03 janvier 2021 (n=1 349), France



SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

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

● Entre le 1^{er} mars 2020 et le 05 janvier 2021, **66 282 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **45 980 décès** étaient survenus au cours d'une hospitalisation et **20 302 décès** en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements médico-sociaux (EMS) (données au 03 janvier 2021).

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

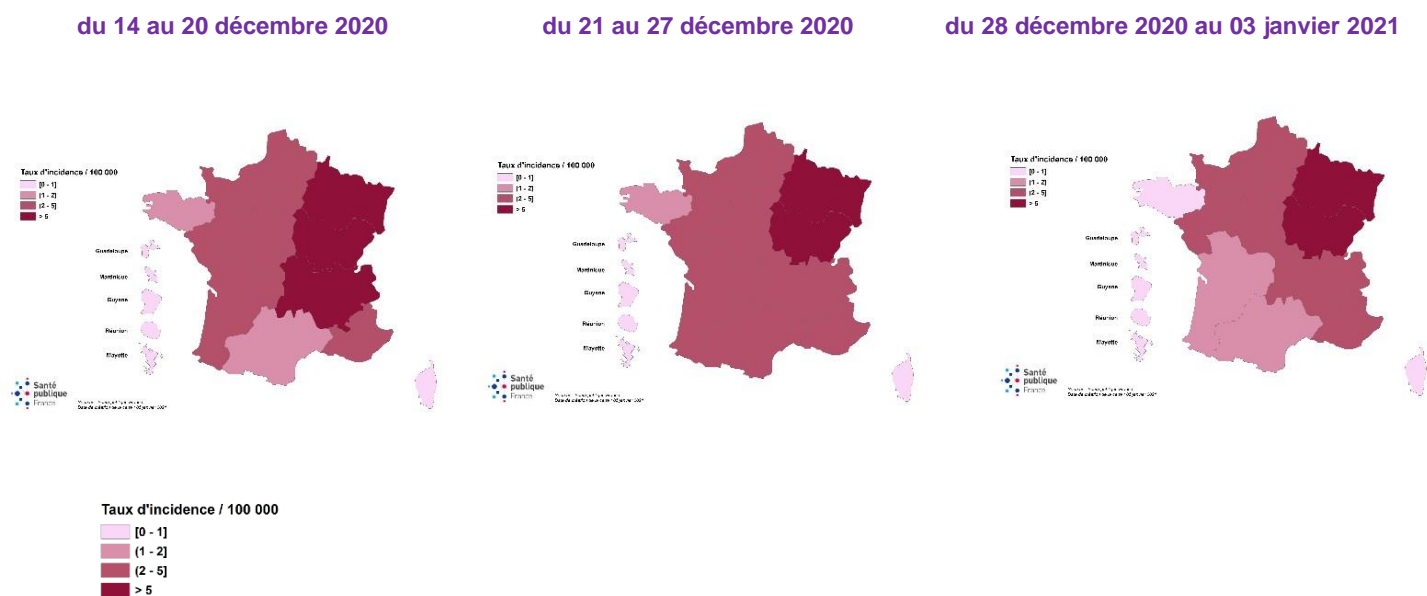
● Au niveau national, après consolidation des données, **le nombre hebdomadaire de décès est resté stable en semaine 52**, avec 2 344 décès vs 2 421 en S51 (-3,2%, données consolidées). En semaine 53, **2 035 décès ont été recensés**, mais les données n'étant pas consolidées, cette tendance ne peut pas encore être interprétée. En S52, étaient constatées une légère diminution pour les décès survenus en ESMS (-7%), et une stagnation des décès survenus en hospitalisation (-2%). En S53, les décès survenus à l'hôpital sont restés stables (-4%, données consolidées). L'évolution des décès en ESMS entre les semaines 52 et 53 ne peut pas être interprétée, car les données ne sont pas encore consolidées.

● Le **taux hebdomadaire de décès** à l'échelle nationale était de **3,03 pour 100 000 habitants** en S53 (vs 3,50 en S52 et 3,61 en S51 – données consolidées pour S51 et S52).

● **En semaine 53**, les **plus forts taux de décès** dus à la COVID-19 **par région** rapportés à la population étaient observés en Bourgogne-Franche-Comté (8,6/100 000 habitants), Grand Est (6,0), Auvergne-Rhône-Alpes (3,8) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (3,8) (Figure 34).

● Entre les semaines 51 et 52 (données consolidées), le taux de décès diminuait ou restait stable dans 7 régions métropolitaines vs 12 régions la semaine précédente. Le taux de décès augmentait en Occitanie (+27%), Nouvelle-Aquitaine (+22%), Pays de la Loire (+17%), Hauts-de-France (+16%), Centre-Val de Loire (+14%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (+13%). Malgré des données encore non consolidées pour la S53, 2 régions rapportent d'ores et déjà une augmentation du taux de décès entre les semaines 52 et 53 : la Normandie (+33%, données consolidées) et l'Île-de-France (+14%, données non consolidées).

Figure 34. Taux hebdomadaires de décès dus à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 14 décembre 2020 au 03 janvier 2021 (S51 à S53), par région, France



Semaine 53 : données non consolidées pour les EHPA et autres ESMS
Source : SI-VIC et ESMS

► Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 27 806 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 10).

- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92% avaient 65 ans et plus.

- Les hommes représentaient 54% de ces décès.

- 54% de ces certificats de décès contenaient une mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée.

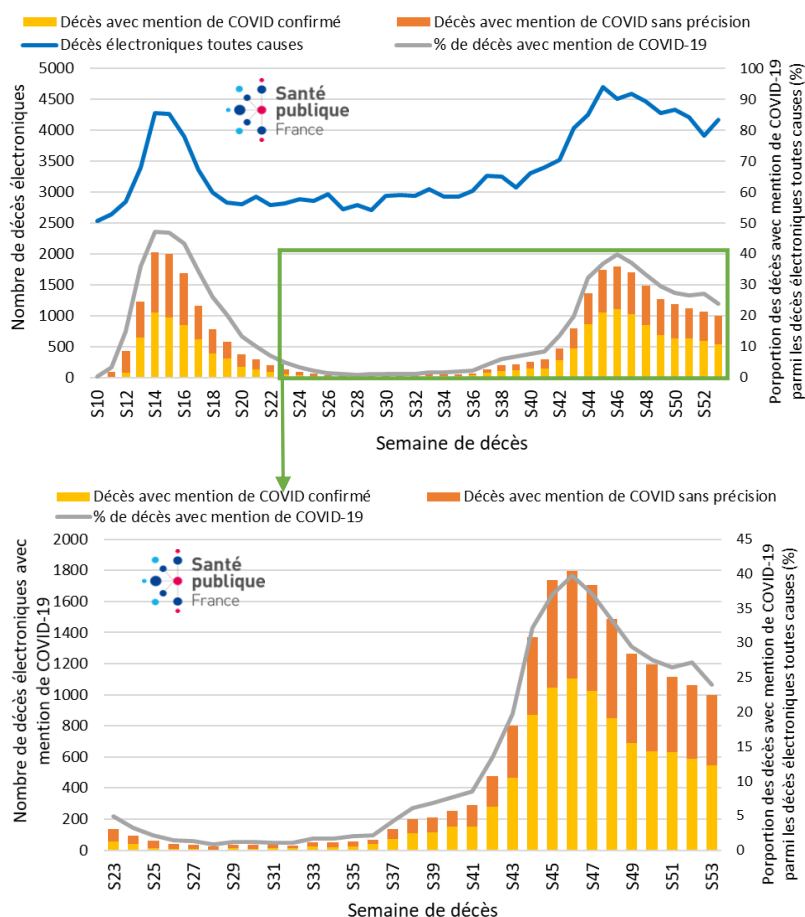
- Des comorbidités étaient renseignées pour 18 083 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 35% de ces décès et une mention d'hypertension artérielle pour 22%.

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

- **Pour la semaine 53 (du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021), 997 décès contenaient une mention de COVID-19 dans le certificat, représentant 23,9% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 35). Ce nombre de décès est toujours en légère diminution par rapport à la semaine précédente (-66 décès, soit -6%, par rapport à la S52).** La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 54,6%, proportion stable par rapport à la semaine précédente (55,4% en S52).

- Parmi les 997 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 797 (80%) étaient âgées de 75 ans et plus, 136 (14%) étaient âgées de 65 à 74 ans et 58 (6%) étaient âgées de 45 à 64 ans. On note le décès de 6 personnes âgées de 15 à 44 ans.

Figure 35. Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 03 janvier 2021, France (données au 05 janvier 2021)



Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 10. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 04 janvier 2021, France (données au 05 janvier 2021)

Sexe	n	%
Hommes	15 154	54
Femmes	12 651	45

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	3	100	3	0
15-44 ans	60	34	114	66	174	1
45-64 ans	553	29	1 386	71	1 939	7
65-74 ans	1 211	30	2 798	70	4 009	14
75 ans ou plus	7 899	36	13 782	64	21 681	78
Tous âges	9 723	35	18 083	65	27 806	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	6 290	35
Hypertension artérielle	4 031	22
Diabète	2 921	16
Pathologie respiratoire	2 380	13
Pathologie rénale	2 299	13
Pathologies neurologiques *	1 559	9
Obésité	1 007	6
Immunodéficience	414	2

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

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

► Mortalité toutes causes

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

● **Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis la S40/2020** (du 28 septembre au 04 octobre) **jusqu'en S52** (du 21 au 27 décembre), avec une hausse jusqu'en S45 (du 02 au 08 novembre), puis une diminution amorcée à partir de la S47 (du 16 au 22 novembre) (Figure 36). On note toutefois une stabilisation des effectifs sur les semaines 49 et 50 (du 30 novembre au 13 décembre), avant une nouvelle diminution jusqu'en semaine 52.

L'excès de mortalité, au niveau national, était compris entre +6% et +8% en semaines 40 à 42, +21% en S43, +26% en S44, +33% en S45, +31% en S46, +25% en S47, +21% en S48, +20% en S49, +19% en semaine 50 et +14% en semaine 51. 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 52 sera précisée la semaine prochaine.

● **Au niveau régional** (Figure 37), la dynamique du nombre de décès sur les dernières semaines est hétérogène selon les régions. Alors que la diminution des effectifs de décès depuis la S46 s'est poursuivie jusqu'en S52 en Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur, le nombre de décès s'est stabilisé, depuis la S49 en Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Hauts-de-France. Les effectifs de décès en Centre-Val de Loire, en progression depuis la S49, semblent diminuer en S52. Enfin, dans les régions Île-de-France, Normandie et Occitanie, les effectifs de décès semblent revenir dans les marges de fluctuation habituelle à partir de la S51 (à confirmer avec la consolidation des données).

● **Les effectifs de décès en S51 en Auvergne-Rhône-Alpes restent élevés.** L'excès de mortalité dans cette région a atteint un niveau d'excès exceptionnel entre les semaines 44 et 48 et reste à un niveau d'excès très élevé en semaines 49 et 50. **Un excès très élevé est également noté en S48 en Bourgogne-Franche-Comté et en S49 dans le Grand Est.**

● **Au total, le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en S41 dans 2 régions, en S42 dans 4 régions, en S43 dans 8 régions, en S44 et S45 dans 10 régions, en S46 dans 12 régions, en S47 dans 11 régions, en S48 dans 10 régions, en S49 dans 9 régions, en S50 dans 11 régions, en S51 dans 6 régions et en S52 dans 5 régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.**

● **À l'échelon départemental, 33 départements présentaient un excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue en S43, 31 départements en S44, 48 départements en S45, 47 départements en S46, 38 départements en semaines 47 à 49, 31 départements en S50, 28 départements en S51 et 16 départements en S52** (Figure 38).

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

NB. Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil et du long week-end du 1^{er} janvier 2021, les données des dernières semaines sont encore incomplètes, en particulier sur les semaines 50 à 52, 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 36. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 17-2014 à la semaine 52-2020, France

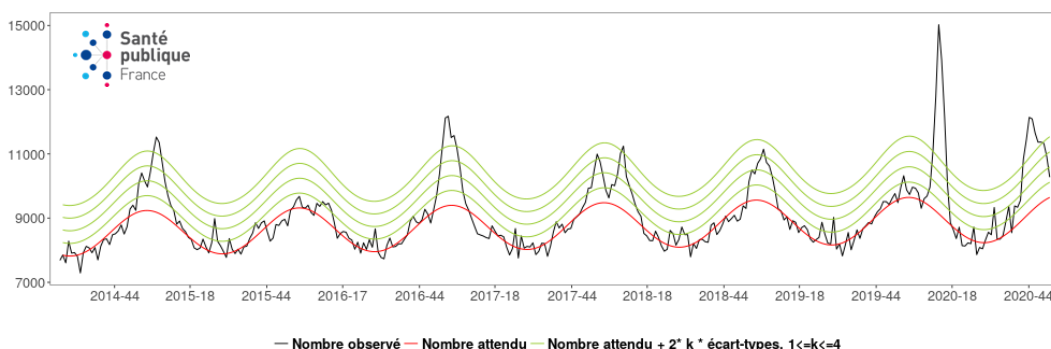
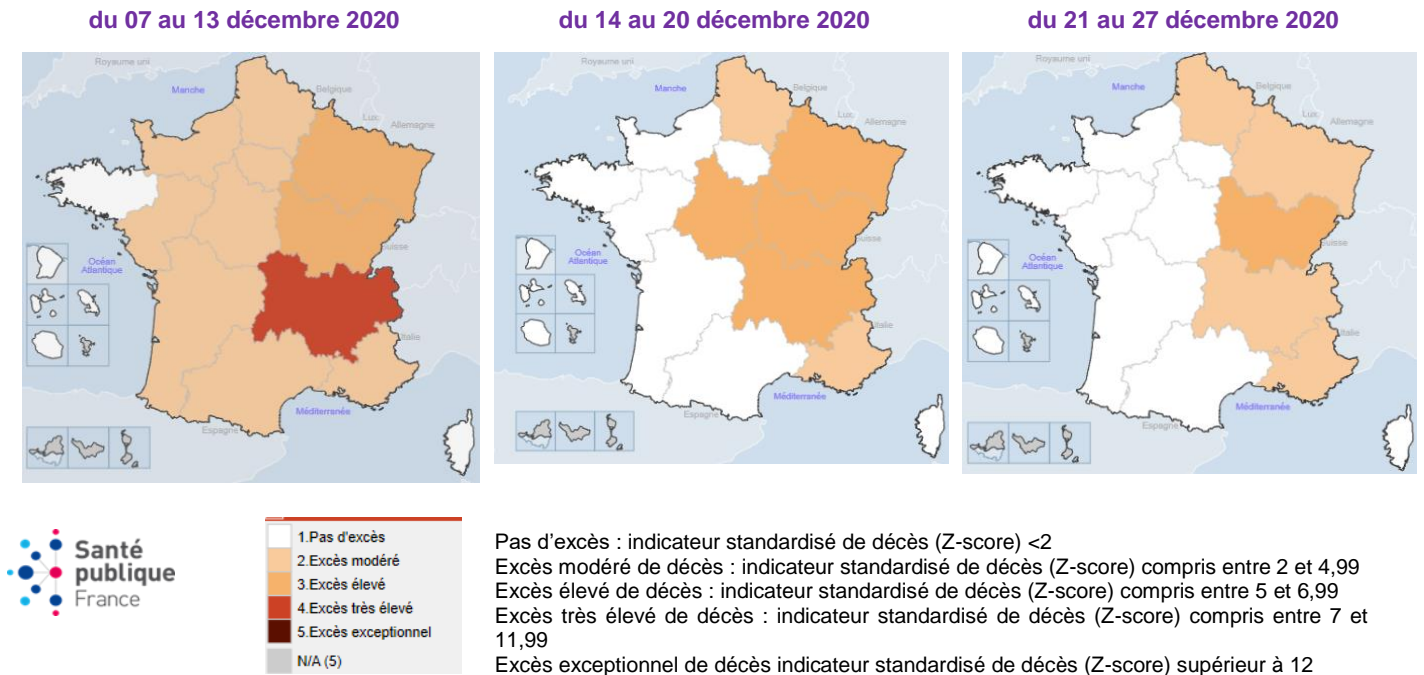
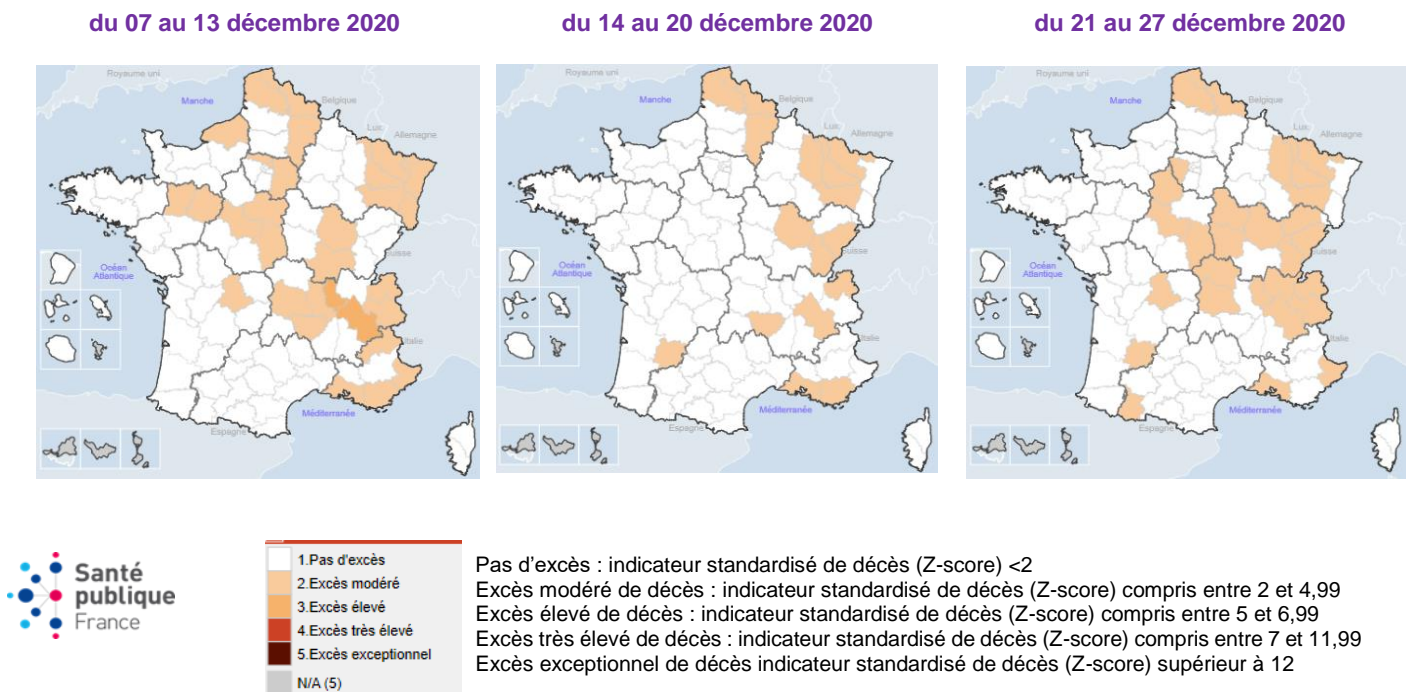


Figure 37. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 50, 51 et 52 de 2020, par région, France (données au 05 janvier 2021)



Sources : Santé publique France - Insee

Figure 38. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 50, 51 et 52 de 2020, par département, France (données au 05 janvier 2021)



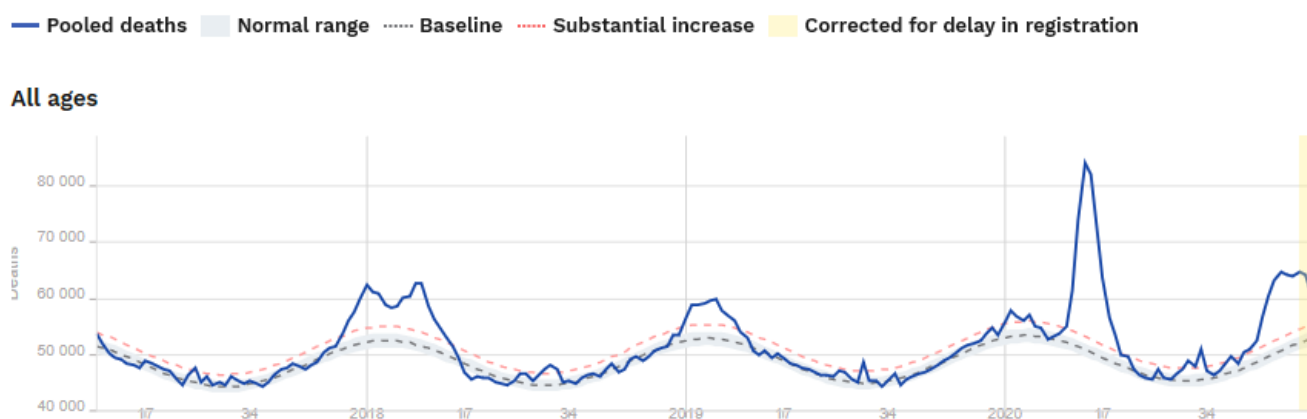
Sources : Santé publique France - Insee

► 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, qui s'est accrue à partir de la S43 jusqu'en S46 (Figure 39). Le nombre de décès s'est stabilisé jusqu'en S49, avant d'aborder une diminution en S50, qui s'est poursuivie en S51 et S52. Le nombre de décès en S52 semble revenir dans les marges de fluctuation habituelle. **Les effectifs sur les deux dernières semaines sont toutefois à prendre avec prudence, compte tenu de la période des fêtes de fin d'année, susceptible d'accroître les délais de transmission des données.**

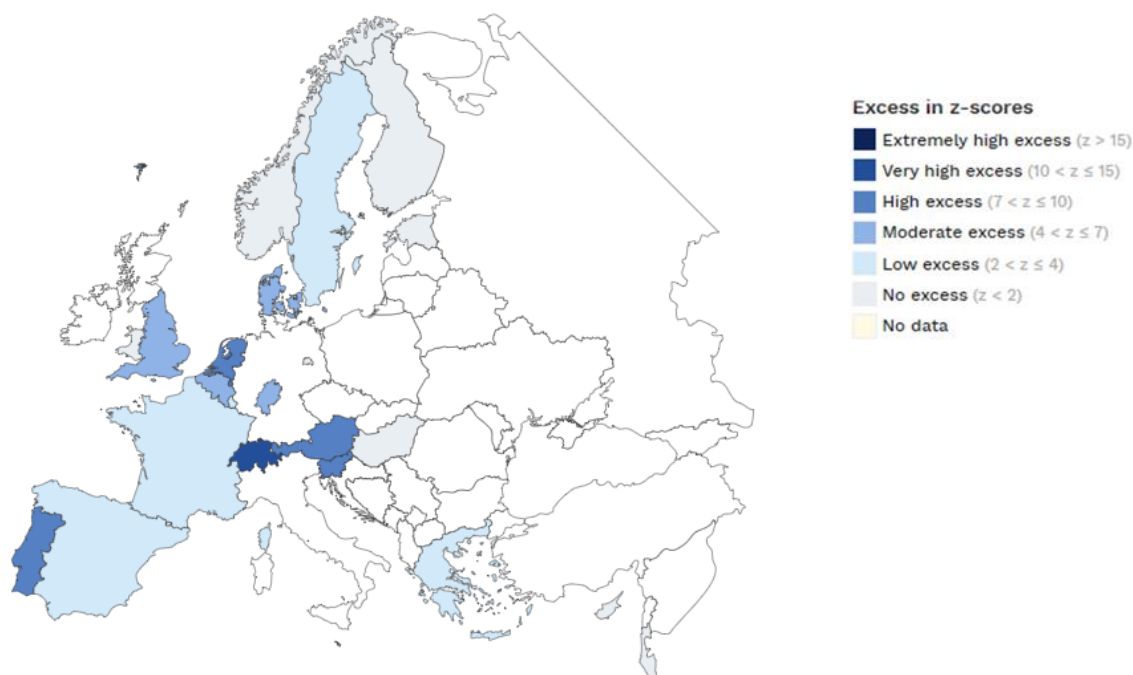
Un excès de mortalité était observé dans dix-sept pays/régions en S48 et S49, dans quinze pays en S50 et dans quatorze pays en S51 (Angleterre, Danemark, Suède, Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, Allemagne (Hesse), France, Grèce, Autriche, Suisse, Slovénie, Portugal et Espagne) (Figure 40).

Figure 39 . Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 26 pays/régions européens, de la semaine 03-2017 à la semaine 52-2020 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 30 décembre 2020)



Source : EuroMOMO

Figure 40. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 51-2020 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 30 décembre 2020)



Source : EuroMOMO

VACCINATION CONTRE LA COVID-19 ET EFFICACITÉ VACCINALE

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

Le nombre de personnes vaccinées est l'un des indicateurs principaux de la campagne de vaccination. Afin de permettre un suivi de l'évolution de la vaccination des différents publics prioritaires et populations-cibles, cet indicateur sera accompagné d'un suivi de la couverture vaccinale. Il s'agira d'estimer pour chaque public pour lequel les données le permettront (par exemple, les résidents en EHPAD et professionnels travaillant dans ces structures), à différentes échelles géographiques, la proportion des personnes vaccinées, pour la dose initiale et pour les doses de rappel.

Cette photographie de la couverture vaccinale se doublera d'une évaluation de l'efficacité du vaccin et son impact sur l'épidémie, dès que le recul depuis le début de la vaccination sera suffisant pour comparer le taux de survenue de la maladie chez les personnes vaccinées et les personnes non vaccinées.

La production de ces indicateurs démarrera avec la publication du nombre de personnes vaccinées ainsi que sa distribution géographique, et va gagner progressivement en finesse en fonction de la montée en charge du système d'information Vaccin Covid.

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

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

PRÉVENTION

► Adoption des mesures de prévention et santé mentale

Les données proviennent de l'**Enquête Santé publique France CoviPrev**, [enquêtes Internet](#) répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de 2 000 personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (Access panel), de mars à décembre 2020. La vague 19 (14-16 décembre 2020) de l'enquête CoviPrev a été réalisée au moment du deuxième déconfinement.

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

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

Retrouvez tous les **outils de prévention** destinés aux professionnels de santé et au grand public sur le site de [Santé publique France](#).

Des informations sur la **vaccination** contre la COVID-19 sont également disponibles et mises à jour régulièrement dans les volets [Professionnels](#) et [Grand public](#) du site Vaccination Info Service.fr

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

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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



Se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydro-alcoolique



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



Respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



Porter un masque quand la distance d'un mètre ne peut pas être respectée et dans tous les lieux où cela est obligatoire



Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)



Aérer les pièces 10 minutes, 3 fois par jour



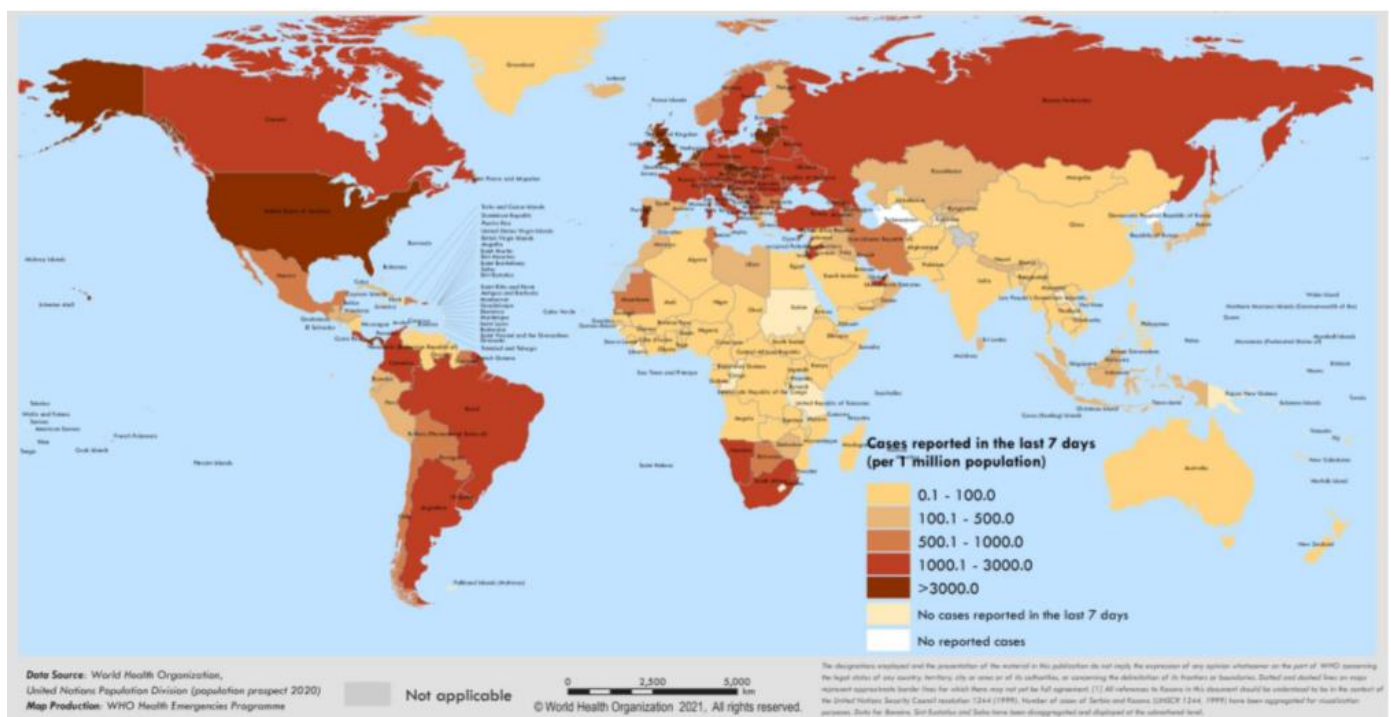
Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

SITUATION INTERNATIONALE

● Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **85 780 171 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés **dans le monde - dont 1 853 525 décès** – au 06 janvier 2021. Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Amériques** et en **Europe**, à l'origine de 47% et 38% des cas de COVID-19 rapportés, et de 42% et 43% des décès respectivement en semaine 53 (du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021) (Figure 41).

Comparativement à la semaine 52, toutes les régions OMS observent une baisse du nombre de cas en semaine 53, sauf l'Afrique où ce nombre est en hausse (+13%) et le Pacifique Ouest où il est stable. Le nombre de décès est en augmentation en Afrique (+28%) et en région Pacifique Ouest (+10%), ainsi qu'en Europe (+3%) et en Amérique (+3%). Les pays qui décrivent le plus grand nombre de cas en semaine 53 sont : les États-Unis (+1 325 424 nouveaux cas), le Royaume-Uni (+343 784), le Brésil (+252 018), la Russie (+186 539), l'Inde (+136 115) et l'Allemagne (+124 808), suivis de l'Italie, la Turquie, l'Afrique du Sud, la France, la Colombie et la République tchèque.

Figure 41. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde sur les 7 derniers jours pour 1 million d'habitants, données du 28 décembre 2020 au 3 janvier 2021 (semaine 53)



Source : OMS

● Dans la région des **Amériques**, le nombre de nouveaux cas hebdomadaires a dépassé 1 935 000 et on compte 32 283 nouveaux décès, ce qui représente respectivement une diminution de 1% et une hausse de 3% par rapport à la semaine précédente (S52). Le nombre le plus élevé de nouveaux cas et de décès a été signalé aux États-Unis d'Amérique (1 325 424 nouveaux cas, soit 4 004 nouveaux cas/million d'habitants), au Brésil (252 018 nouveaux cas, soit 1 186 nouveaux cas/million hab.) et en Colombie (80 173 nouveaux cas, soit 1 576 nouveaux cas/million hab.). Les plus grands nombres de nouveaux décès ont été signalés aux États-Unis d'Amérique (17 239 nouveaux décès, soit 52 nouveaux décès/million hab.), au Brésil (4 923 nouveaux décès, soit 23 nouveaux décès/million hab.) et au Mexique (4 670 nouveaux décès, soit 23 nouveaux décès/million hab.). Les États-Unis représentaient 68% de tous les nouveaux cas et 53% des décès dans la région des Amériques. Pour plus de détails sur la zone Amériques, [cliquez ici](#).

● En **Asie**, les indicateurs de l'épidémie continuent d'être en déclin, une tendance observée depuis mi-septembre. Les nombres de nouveaux cas les plus élevés ont été signalés en Inde (136 115 nouveaux cas, soit 99 nouveaux cas/million hab.), en Indonésie (51 636 nouveaux cas, soit 189 nouveaux cas/million hab.), au Japon (23 642 nouveaux cas, soit 187 nouveaux cas/million hab.), en Malaisie (13 473 nouveaux cas, soit 416 nouveaux cas/million hab.) et aux Philippines (7 911 nouveaux cas, soit 72 nouveaux cas/million hab.). Les pays ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux décès au cours de la semaine 53 étaient l'Inde, l'Indonésie, le Japon, les Philippines, le Bangladesh et la Corée du Sud. En Asie du Sud-Est, près de 208 592 nouveaux cas ont été signalés la semaine dernière, soit une baisse de 10% par rapport à la semaine précédente ; les nouveaux décès étaient légèrement en baisse (-3%).

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

● En **Océanie**, le nombre de nouveaux cas est stable. En Australie et en Nouvelle-Zélande 166 et 37 nouveaux cas ont été respectivement recensés au cours de la semaine 53. Pour plus de détails sur l'Océanie, [cliquez ici](#).

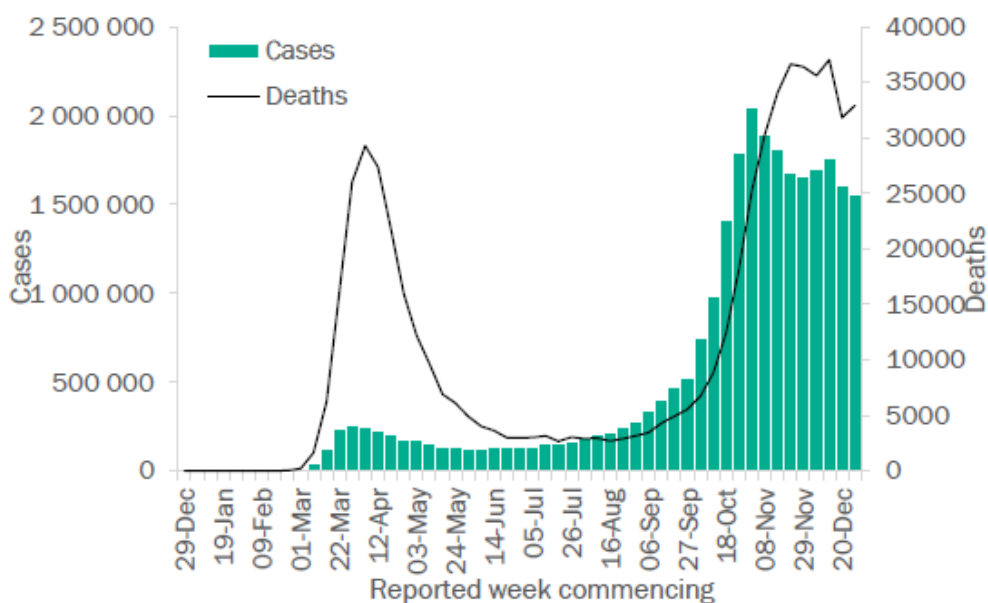
● Au **Moyen-Orient**, plus de 154 000 nouveaux cas et plus de 3 000 nouveaux décès ont été notifiés, soit une diminution de 1% et 12% respectivement par rapport à la semaine 52. Les cas et les décès ont diminué dans cette région pour la sixième semaine consécutive. Le plus grand nombre de nouveaux cas a été signalé en République islamique d'Iran (42 511 nouveaux cas, soit 506 nouveaux cas/million hab.), au Liban (16 936 nouveaux cas, soit 2 841 nouveaux cas/million hab.) et au Pakistan (14 880 nouveaux cas, soit 67 nouveaux cas/million hab.). Ces trois pays représentaient près de la moitié des cas (48%) observés au cours de la semaine 53 dans la région. Le plus grand nombre de nouveaux décès a été signalé en République islamique d'Iran (864 nouveaux décès, soit 10 nouveaux décès/million hab.) et au Pakistan (442 nouveaux décès, soit 2 nouveaux décès/million hab.). Pour plus de détails sur le Moyen-Orient, [cliquez ici](#).

● En **Afrique**, en semaine 53, plus de 130 000 nouveaux cas ont été signalés (soit +13% par rapport à la semaine précédente) et plus de 3 000 décès (+4% par rapport à la semaine précédente). L'Afrique du Sud continue de représenter la plus grande proportion (72%) des nouveaux cas hebdomadaires : au cours de la semaine écoulée, 93 978 nouveaux cas, soit 1 585 nouveaux cas/million hab., en partie en lien avec l'émergence du nouveau variant 501Y.V2 (Cf chapitre « Point sur les variants émergents du SARS-CoV-2 au niveau international »). Les autres pays rapportant le plus grand nombre de cas sont la Tunisie (11 749 nouveaux cas, soit 1 015 nouveaux cas/million hab.), le Maroc (11 579 nouveaux cas, soit 321 nouveaux cas/million hab.), l'Égypte (9 563 nouveaux cas, soit 97 nouveaux cas/million hab.) et le Nigeria (5 587 nouveaux cas, soit 28 nouveaux cas/million hab.), ce dernier rapportant une 2^e vague et une accélération du nombre de cas depuis 3 semaines. Les nombres les plus élevés de nouveaux décès ont été signalés en Afrique du Sud (2 654 nouveaux décès, soit 45 nouveaux décès/million hab.), en Mauritanie (122 nouveaux décès, soit 26 nouveaux décès/million hab.) et au Royaume d'Eswatini (64 nouveaux décès, soit 55 nouveaux décès/million hab.). Pour plus de détails sur l'Afrique, [cliquez ici](#).

● La Région **Europe** a continué de signaler en semaine 53 un grand nombre de cas, avec plus de 1,5 million de nouveaux cas et 32 898 nouveaux décès, soit une diminution de 3% des cas et une augmentation de 3% des décès par rapport à la semaine 52 (Figure 42). Les nouveaux cas hebdomadaires ont diminué au cours des deux dernières semaines. La région Europe a signalé, en semaine 53, la proportion la plus élevée de nouveaux décès dans le monde (43%) parmi toutes les régions. En semaine 53, les pays ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux cas étaient le Royaume-Uni (343 784 nouveaux cas, soit 5 064 nouveaux cas par million d'habitants), la Russie (186 539 nouveaux cas, soit 1 278 nouveaux cas/million hab.) et l'Allemagne (124 808 nouveaux cas, soit 1 490 nouveaux cas/million hab.), suivis de l'Italie, la France, la Turquie, l'Espagne, la République tchèque, la Pologne et les Pays-Bas. Le plus grand nombre de décès a été signalé dans les trois mêmes pays : en Allemagne (4 494 nouveaux décès, soit 54 nouveaux décès/million hab.), au Royaume-Uni (4 165 nouveaux décès, soit 61 nouveaux décès/million hab.) et en Russie (3 728 nouveaux décès, soit 26 nouveaux décès/million hab.).

Pour plus de détails sur l'Europe, [cliquez ici pour ECDC](#) (mise à jour en fin de semaine) et [OMS](#)

Figure 42. Nombre de cas et de décès COVID-19 pour la région Europe, par semaine de déclaration, de décembre 2019 à décembre 2020 (semaine 53)



Source : OMS

NB. Les données présentées ne tiennent pas compte des spécificités des systèmes de surveillance et des capacités diagnostiques des différents pays.

Pour en savoir + sur la situation internationale :

- en Europe : ECDC - [Weekly Surveillance Report](#)
- dans le monde : OMS - [Weekly Epidemiological Update](#)

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

Plusieurs nouveaux variants du SARS-CoV-2 ont été identifiés au cours des derniers mois. Deux d'entre eux font l'objet d'une attention particulière : VOC 202012/01, identifié pour la première fois au Royaume-Uni, et 501Y.V2, repéré pour la première fois en Afrique du Sud.

► VOC 202012/01 (Royaume-Uni)

- **Le 14 décembre 2020, le Royaume-Uni a signalé à l'OMS la circulation d'un variant particulier du SARS-CoV-2**, identifié rétrospectivement sur un premier cas fin septembre dans le Kent (Sud-Est de l'Angleterre). Ce variant est dénommé **VOC 202012/01** pour « *Variant Of Concern, year 2020, month 12, variant 01* ». Des travaux préliminaires suggèrent que la transmissibilité de ce variant est plus élevée que celle des variants circulant actuellement, mais aucun élément n'indique à ce jour qu'il serait à l'origine de formes plus sévères chez les personnes infectées ou qu'il pourrait échapper à la réponse immunitaire.
- **Au 28 décembre 2020, 3 384 cas VOC 202012/01 étaient recensés au Royaume-Uni**, majoritairement dans 3 régions où l'incidence de la COVID-19 est par ailleurs la plus élevée depuis plusieurs semaines (région de Londres, Sud-Est et Est de l'Angleterre).
- L'évaluation de risque rapide de l'*European Centre for Disease Control*, en date du 29 décembre, estime que la probabilité d'introduction et de circulation de ce variant hors du Royaume-Uni est très élevée.
- **Plusieurs pays dans le monde (environ 38 pays, 12 de plus que la semaine dernière)** ont déjà rapporté des cas avec ce variant, dont une majorité de pays en Europe (16 pays). La liste non exhaustive de ces pays est la suivante : Belgique, Chypre, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Islande, Irlande, Italie, Liechtenstein, Pays-Bas, Malte, Norvège, Portugal, Espagne, Royaume-Uni et Suède; hors UE : Australie, Brésil, Canada, Chine, Chili, Inde, Israël, Japon, Jordanie, Liban, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Singapour, Corée du Sud, Suisse, Taiwan, Turquie, Émirats Arabes Unis, États-Unis et Vietnam. Une liste ECDC est disponible dans leur évaluation de risque : [cliquez ici](#).

► 501Y.V2 (Afrique du Sud)

- **En Afrique du Sud, le gouvernement signalait, le 18 décembre 2020, l'émergence d'un autre variant désigné 501Y.V2**. Ce nouveau variant a été détecté par une plateforme de recherche (KRISP) qui conduit une surveillance génomique de routine du SARS-CoV-2 à partir d'échantillons collectés dans plus de 50 établissements de santé différents du Cap oriental, du Cap occidental et du KwaZulu-Natal.
- **L'analyse phylogénétique de 2 589 génomes entiers du SARS-CoV-2 d'Afrique du Sud** recueillis du 05 mars au 25 novembre 2020 avait identifié 190 cas de ce type. Ce variant serait apparu début août. Début novembre, il était le variant dominant dans les provinces du Cap oriental et du Cap occidental.
- Des travaux préliminaires suggèrent que ce variant serait associé à une charge virale plus élevée et à une propagation plus rapide, ce qui pourrait être associé à une transmissibilité plus élevée. Aucun élément n'indique à ce jour qu'il serait à l'origine de formes plus sévères chez les personnes infectées ou qu'il pourrait échapper à la réponse immunitaire.
- **Au 30 décembre 2020, plus de 300 cas de ce variant 501Y.V2 ont été confirmés en Afrique du Sud**. Il représentait la majorité (90%) des virus séquencés depuis la semaine du 16 novembre.
- **Dans le monde, au 05 janvier 2021, au moins 10 pays (liste non exhaustive)** rapportaient des cas confirmés avec ce variant : Royaume-Uni, Finlande, France, Suisse, Autriche, Japon, Corée du Sud, Zambie, Australie et bien sûr l'Afrique du Sud.

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

- Évaluation de risque de l'ECDC : <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-risk-related-to-spread-of-new-SARS-CoV-2-variants-EU-EEA.pdf>

- Synthèse de l'OMS : <https://www.who.int/csr/don/31-december-2020-sars-cov2-variants/en/>

- Position du CDC américain : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/science-and-research/scientific-brief-emerging-variants.html>

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 53 (du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021), **les indicateurs épidémiologiques de suivi de l'épidémie de la COVID-19 montraient une poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé en France**. La semaine 53 marque le début de la période pendant laquelle pourrait être observée une augmentation des indicateurs épidémiologiques en lien avec les rassemblements festifs de fin d'année. **La tendance des deux prochaines semaines sera à cet égard déterminante.**

Au niveau national, en semaine 53, le recours au dépistage est en nette diminution, dans toutes les classes d'âge, par rapport aux semaines 51 et 52, pendant lesquelles une très forte augmentation de l'activité de dépistage avait été constatée (-39% entre S52 et S53, +27% entre S51 et S52, +76% entre S50 et S51). En semaine 53, le taux de dépistage était de 2 647/100 000 habitants (soit 1 776 800 personnes testées). Il était le plus élevé chez les 15-44 ans (3 649) et chez les 75 ans et plus (2 913). Le dépistage était en forte diminution chez les personnes asymptomatiques (-44% entre S52 et S53) après les augmentations observées en semaines 51 et 52 (+97% entre S50 et S51, +40% entre S51 et S52). Cette diminution était également observée mais dans une moindre mesure chez les personnes symptomatiques (-11%).

En semaine 53, le taux d'incidence des cas confirmés de COVID-19 était de 144 pour 100 000 habitants (vs 123 en S52). Le nombre de nouveaux cas confirmés était de 96 743, soit une **augmentation de 17%** par rapport à la semaine précédente (82 734 cas en S52). **Avec 13 820 cas confirmés en moyenne chaque jour en France sur la semaine 53, le nombre de cas confirmés se maintient à un niveau élevé**. L'augmentation était observée dans toutes les classes d'âge, mais plus modérément chez les 75 ans et plus (+4%). En semaine 53, et ce depuis S46, **les personnes âgées de 75 ans et plus demeuraient les plus touchées** par le SARS-CoV-2 (incidence de 185/100 000 habitants en S53), suivies de celles âgées de 15-44 ans (182) puis de 45-64 ans (147). Parmi l'ensemble des cas diagnostiqués en semaine 53, la proportion des personnes présentant des symptômes (52% des cas) était en hausse en comparaison à la semaine précédente (46%).

Le **taux de positivité au niveau national (5,4%)** était en forte augmentation par rapport à celui de la semaine précédente (2,8%, soit +2,6 points). À noter que le taux de positivité en S53 se rapprochait de celui observé en S50 (6,1%). Cette augmentation du taux de positivité doit être interprétée dans le contexte de l'augmentation du recours au test pour les personnes asymptomatiques à l'approche des fêtes de fin d'année. Il ne peut à lui seul être interprété comme une dégradation de la situation épidémique. Cependant, l'augmentation du nombre de cas confirmés dans un contexte de diminution du nombre de personnes testées est en **faveur d'une réelle augmentation de l'incidence** entre les semaines 52 et 53.

En médecine générale, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était **en légère augmentation** en comparaison à celui de la semaine précédente (75/100 000 habitants en S53 vs 54 en S52).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était en hausse en semaine 53 (+16% entre S52 et S53, -10% entre S51 et S52). La tendance des indicateurs SOS Médecins étant stable depuis S49, cette hausse devra être confirmée la semaine prochaine afin d'exclure une simple fluctuation due aux vacances scolaires.

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), le nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel a atteint un pic en semaine 45, a diminué jusqu'en semaine 49, puis s'est stabilisé les semaines suivantes. Une légère diminution du nombre de cas confirmés de COVID-19 est observée en semaines 52 et 53, sachant que les données de la S53 ne sont pas consolidées. Le nombre de nouveaux décès liés à la COVID-19 survenus chez les résidents était en diminution depuis la semaine 46 et semble se stabiliser ces dernières semaines. Il est nécessaire d'attendre la consolidation des données des dernières semaines pour confirmer cette tendance.

Le nombre de **passages pour suspicion de COVID-19 aux urgences** était en **légère augmentation** en semaine 53, augmentation observée depuis S51 (+4% en S53 ; +3% en S52 ; +11% en S51).

En milieu hospitalier, en semaine 53, les taux hebdomadaires d'hospitalisations et de nouvelles admissions en réanimation étaient stables par rapport à la semaine 52 (respectivement -3% et +2%). **Le nombre de patients hospitalisés en France pour COVID-19 restait élevé**, avec **24 904** cas de COVID-19 hospitalisés le 05 janvier 2021, dont **2 625 en réanimation**.

En France métropolitaine, les dernières **estimations du R-eff calculées à partir des trois sources sont proches de 1** (0,99 pour les données virologiques (tests PCR et tests antigéniques, SI-DEP), 0,94 pour les données d'hospitalisations (SI-VIC) et 1 pour les passages aux urgences (OSCOUR®) pour suspicion de COVID-19). Les tendances des R-effectifs, et notamment du R-eff calculé sur les données virologiques, sont à interpréter avec prudence cette semaine encore du fait des congés et des fêtes de fin d'année, qui auraient pu conduire notamment à des modifications de recours aux dépistages ou à des délais d'enregistrement. Les valeurs de R-eff, qui permettent de décrire la dynamique de l'épidémie, ne doivent pas être interprétées de façon isolée mais être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse de la situation locale.

Le **nombre hebdomadaire de décès**, incluant les décès survenus en milieu hospitalier et dans les établissements médico-sociaux (décès survenus à domicile non inclus), est resté stable en semaine 52 en comparaison de la semaine précédente (2 344 vs 2 421 décès en S51, -3%). Cependant, la période des congés peut contribuer à allonger le délai de consolidation des données. Cette stabilisation devra être confirmée la semaine prochaine. En semaine 53, 2 035 décès ont été recensés mais les données des décès en ESMS étant non consolidées, cette donnée ne peut pas encore être interprétée.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre 2020). Au niveau national, l'excès de mortalité a atteint un niveau exceptionnel en semaine 45 (+33%) et en semaine 46 (+31%). L'excès était de +19% en S50 et +14% en semaine 51. 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 52 sera précisée la semaine prochaine.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

La majorité des régions métropolitaines restaient fortement touchée par l'épidémie en semaine 53. Une augmentation du taux d'incidence a été observée dans toutes les régions métropolitaines, en parallèle d'une diminution du taux de dépistage. Les plus forts taux d'incidence étaient à nouveau observés dans l'Est de la France dans les **régions les plus impactées** par cette 2^e vague : **Bourgogne-Franche-Comté** (246/100 000 habitants), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (232), **Grand Est** (228), **Auvergne-Rhône-Alpes** (171). Ces quatre régions présentaient également les taux de positivité les plus élevés.

En semaine 53, les taux hebdomadaires d'hospitalisations étaient stables dans toutes les régions de France métropolitaine, excepté en Corse où le taux a augmenté. **Les taux d'hospitalisations les plus élevés** ont été enregistrés en **Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes**.

En semaine 53, le taux hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation a augmenté en Corse, Centre-Val de Loire et Normandie. Il a diminué ou est resté stable dans les autres régions de France métropolitaine. **Les plus forts taux hebdomadaires d'admissions en réanimation étaient rapportés en Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes**.

En semaine 53, les plus **forts taux de décès** (données hospitalières consolidées et données ESMS non consolidées) rapportés à la population étaient observés en **Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes**.

En semaine 52, un excès du **nombre de décès toutes causes** et tous âges confondus était enregistré dans 5 régions: **Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur**. L'excès de mortalité, qui avait été plus particulièrement marqué en Auvergne-Rhône-Alpes (niveau d'excès exceptionnel entre les semaines 44 et 48), a diminué à un niveau d'excès élevé en semaine 51. Ce niveau d'excès élevé était également atteint dans les régions Grand Est (S51) et Bourgogne-Franche-Comté (S51 et S52).

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

En Guyane, les indicateurs virologiques étaient en augmentation en semaine 53 (augmentation des taux d'incidence et de positivité, taux de dépistage stable). Le taux d'hospitalisations était en diminution (10,0/100 000 habitants en S53 vs 12,4 en S52).

En Guadeloupe, les indicateurs virologiques étaient en augmentation, en particulier le taux d'incidence et le taux de dépistage (taux doublé par rapport à la semaine précédente). Le taux d'hospitalisations a diminué (0,5 en S53 vs 1,3 en S52).

En Martinique, les indicateurs virologiques étaient en augmentation, en particulier le taux d'incidence et le taux de dépistage (taux doublé par rapport à la semaine précédente). Le taux d'hospitalisations s'est stabilisé (0,6 en S53 vs 0,8 en S52).

À La Réunion, les indicateurs virologiques étaient en augmentation. Le taux d'hospitalisations a diminué (0,8 en S53 vs 1,6 en S52).

À Mayotte, les indicateurs virologiques étaient en augmentation, ainsi que le taux d'hospitalisations (3,9 en S53 vs 2,5 en S52).

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 57% des personnes ayant été hospitalisées en réanimation et 91% des personnes décédées de la COVID-19 à l'hôpital depuis le début de l'épidémie. Elles représentaient 68% des personnes hospitalisées en réanimation le 05 janvier 2021.

La surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation lors de la seconde vague indiquait une proportion élevée d'hommes (71%), de personnes de 65 ans et plus (63%) et de cas présentant une comorbidité (89%), dont les plus fréquentes étaient l'obésité, l'hypertension artérielle et le diabète. Pour 42% des patients hospitalisés en réanimation pour COVID-19, un recours à la ventilation invasive avait été nécessaire.

Les enfants sont très peu représentés chez les patients hospitalisés pour COVID-19 et parmi les décès (moins de 1%). Une surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) permet d'estimer l'incidence de ces cas en lien avec la COVID-19 (données disponibles dans le [Point épidémiologique du 31 décembre 2020](#)).

La surveillance spécifique des **professionnels travaillant dans les établissements de santé**, mise en place depuis le 1^{er} mars 2020, rapportait 59 724 cas d'infections au SARS-CoV-2 au 28 décembre 2020 (données disponibles dans le [Point épidémiologique du 31 décembre 2020](#)).

Dans le cadre de la surveillance des infections nosocomiales (e-SIN), entre le 1^{er} janvier 2020 et le 03 janvier 2021, **2 729 signalements de cas de COVID-19 nosocomiaux**, survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un établissement de santé, ont été enregistrés. Étaient impliqués 17 374 patients, 11 791 professionnels et 10 visiteurs, et 138 décès liés à la COVID-19 chez des patients ont été rapportés. Parmi ces signalements, 1 830 correspondaient à des cas groupés (au moins 3 cas liés). Après consolidation des données, le nombre hebdomadaire de cas groupés signalés restait important, notamment dans les Hauts-de-France, le Grand Est et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les données des semaines récentes sont en cours de consolidation.

En semaine 53, on observe une **augmentation du nombre de cas ainsi qu'une augmentation du nombre moyen de personnes-contacts par cas**. On constate également un changement des caractéristiques des contacts à risque : **augmentation des personnes-contacts de 60 ans et plus autour de cas âgés de moins de 60 ans et augmentation des contacts à risque entre personnes n'appartenant pas au même foyer** (bien qu'ils puissent appartenir à la même famille).

Ces évolutions sont probablement la conséquence des fêtes de fin d'année, en particulier Noël, et pourraient conduire à une augmentation du nombre de cas dans les prochains jours, en particulier chez les 60 ans et plus.

Les chaînes de transmission semblent toutefois mieux identifiées, la proportion de cas précédemment connus comme personne-contact étant en augmentation, ce qui pourrait indiquer une augmentation de la proportion des transmissions entre proches à l'occasion des fêtes, et une plus grande facilité à retracer une liste complète des personnes-contacts durant cette période.

► Variants émergents du SARS-CoV-2

Un nouveau variant du SARS-CoV-2 a été détecté au Royaume-Uni et signalé à l'OMS le 14 décembre 2020. Ce nouveau variant est défini par de multiples variations des gènes codant pour les protéines de spicule (S) ainsi que d'autres régions génomiques. Ce variant a été nommé VOC 202012/01 pour *Variant Of Concern, year 2020, month 12, variant 01*. Des travaux préliminaires sont en faveur d'une transmissibilité de ce variant plus élevée que celle des virus SARS-CoV-2 circulant actuellement en France, mais aucun élément ne témoigne à ce jour d'une sévérité plus forte de la COVID-19 chez les personnes infectées ou d'une possibilité d'échappement à la réponse immunitaire.

En Afrique du Sud, l'émergence d'un autre variant désigné 501Y.V2 était signalée le 18 décembre 2020. Il présente lui aussi plusieurs variations des gènes codant pour la protéine de spicule, y compris une modification également présente dans le variant britannique. Des travaux préliminaires suggèrent que la transmissibilité de ce variant serait aussi plus élevée, mais aucun élément ne témoigne à ce jour de formes plus sévères de l'infection.

Au 06 janvier 2021, 19 cas d'infections au variant VOC 202012/01 (variant identifié au Royaume-Uni) et **trois cas d'infections au variant 501Y.V2** (variant identifié en Afrique du Sud) ont été confirmés en France métropolitaine.

La mise en place de la surveillance de ces variants émergents se renforce. Il est probable que la diffusion de ces variants sur le territoire national soit actuellement sous-estimée, et la présence d'au moins 2 cas de variant VOC 202012/01 sans lien direct avec le Royaume-Uni suggère un début de transmission communautaire. Plusieurs actions sont dès à présent initiées par Santé publique France et le CNR Virus des infections respiratoires pour mieux évaluer et suivre la diffusion sur le territoire national de ces variants émergents. En particulier, une enquête rapide mobilisant un réseau de virologues hospitaliers coordonnée par l'ANRS Maladies infectieuses émergentes est programmée pour la fin de cette semaine.

Une vigilance particulière est également apportée au suivi de l'épidémie chez les moins de 30 ans. Au Royaume-Uni, les premières données suggèrent que les variants émergents ont notamment contribué à une augmentation d'incidence dans cette population.

► Prévention

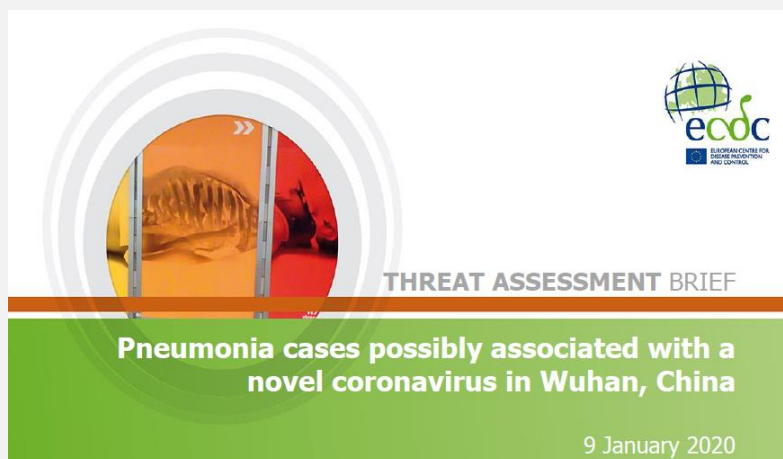
Les dernières données concernant l'adoption des mesures de prévention et santé mentale, issues de la vague 19 (14-16 décembre 2020) de l'enquête CoviPrev ont été publiées dans le Point épidémiologique du 24 décembre 2020.

La campagne de vaccination a débuté le 27 décembre 2020, et s'est intensifiée depuis le 04 janvier 2021. Elle a visé dans un premier temps essentiellement les résidents en EHPAD et certains professionnels de ces établissements. Un élargissement des cibles vaccinales est en cours ainsi qu'un déploiement des vaccins dans l'ensemble des régions afin d'augmenter la couverture vaccinale de la population-cible.

Pour en savoir +

- sur la vaccination : [Vaccination Info Service](#)
- sur la santé mentale et les ressources disponibles :
<https://www.psycom.org/> ;
<https://www.santepubliquefrance.fr/coronavirus/sante-mentale>

Il y a un an, le 09 janvier 2020, l'ECDC publiait sa première évaluation de risque concernant des cas de pneumonie possiblement associés à un nouveau coronavirus à Wuhan en Chine.



SOURCES DES DONNÉES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

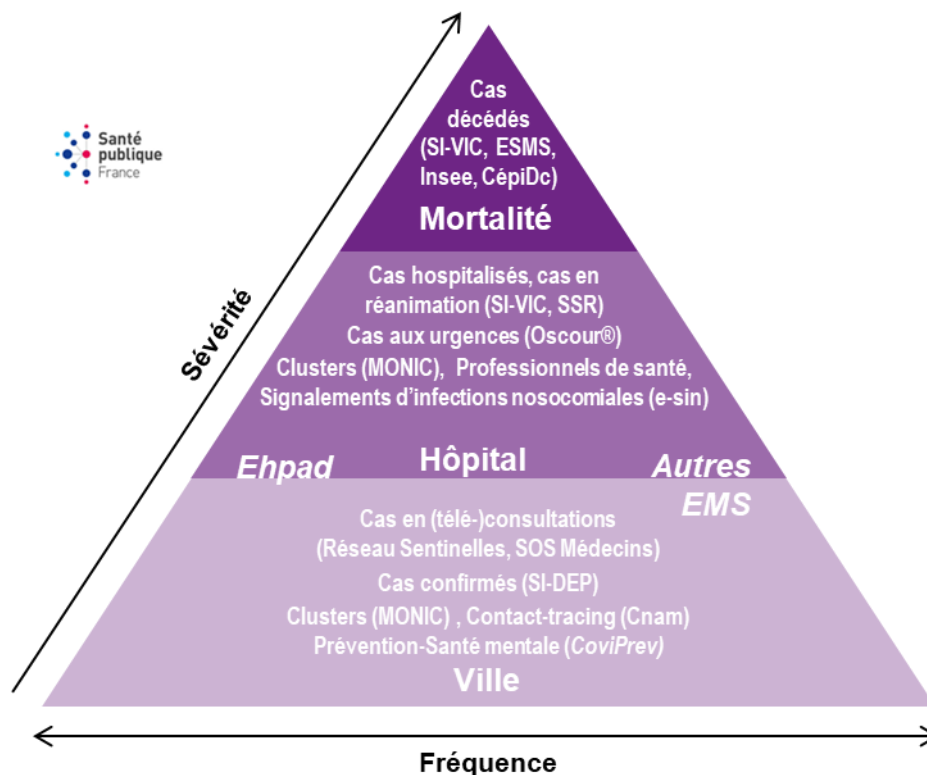
Mortalité toutes causes (Insee) : nombre de décès toutes causes par âge, avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).

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

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

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

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



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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES

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

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

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

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Fanny Chereau, Christine Campèse, Nicolas Méthy, Judith Benrekassa, Daniel Lévy-Bruhl.

Systèmes de surveillance : Fatima Aït El Belghiti, Jonathan Bastard, Anne Berger-Carbonne, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Mathias Bruyand, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Kostas Danis, Julien Durand, Myriam Fayad, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Scarlett Georges, Katia Hamdad, Yu Jin Jung, Yann Le Strat, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Michael Padget, Gaëlle Pédrone, Isabelle Pontais, Isabelle Pujol, Claire Sauvage, Alexandra Septfons, Pierre-Etienne Toulemonde, Sophie Vaux, Florian Verrier.

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

Contact presse

Vanessa Lemoine

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

Diffusion

Santé publique France

12 rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice

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

Date de publication

07 janvier 2021