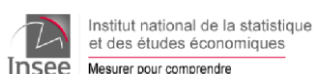


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 : médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Cnam, Inserm,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



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 28 janvier 2021

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 27 janvier 2021.**

► Points clés

En semaine 03, augmentation de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé et très préoccupant dans le contexte de la présence de variants plus transmissibles

- Augmentation du nombre de nouveaux cas confirmés
- Importante augmentation des hospitalisations et admissions en service de réanimation
- Régions toujours les plus touchées : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes

Mortalité

- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée

Variants émergents du SARS-CoV-2

- 299 cas d'infection au variant 20I/501Y.V1 identifiés dans toutes les régions métropolitaines
- 40 cas d'infection au variant 20H/501Y.V2 identifiés dans 9 régions

Santé mentale

- Étude CoviPrev : maintien à un niveau élevé des états anxieux et dépressifs dans la population

Prévention

- Vaccination (Vaccin Covid) : 1 130 753 personnes ayant reçu au moins une dose au 26 janvier 2021
- Étude CoviPrev : augmentation de l'intention de vaccination contre la COVID-19 (54% vs 40% mi-décembre)
- Nécessité de renforcer l'adoption des mesures barrières et de limiter les contacts
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 03 (du 18 au 24 janvier 2021)

	S03	S02*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	141 238	128 995	+9%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	7,1%	6,6%	+0,5 point
Taux de dépistage (/100 000 habitants) du SARS-CoV-2 (SI-DEP)	2 952	2 888	+2%
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 796	2 718	+3%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	7 221	6 135	+18%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	11 155	9 631	+16%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 706	1 418	+20%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres EMS)	2 567	2 453	Non consolidée

* Donnée consolidées

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars 2020 au 26 janvier 2021

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	298 337
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	74 106

► Point de situation en semaine 03 (du 18 au 24 janvier 2021)

En semaine 03 (du 18 au 24 janvier 2021), les indicateurs épidémiologiques de suivi de l'épidémie de COVID-19 montraient une augmentation de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé et très préoccupant dans le contexte de la présence de variants plus transmissibles.

Au niveau national, en semaine 03, 1 981 432 personnes ont été testées et 141 238 ont été confirmées positives au SARS-CoV-2, soit **20 177 nouveaux cas confirmés en moyenne chaque jour**. Les indicateurs virologiques montraient une **augmentation du taux d'incidence et une stabilisation du taux de dépistage**. En semaine 03, **les personnes de 75 ans et plus restaient les plus touchées par le SARS-CoV-2**, mais le nombre de cas confirmés dans cette classe d'âge se stabilisait après l'augmentation observée la semaine précédente.

Les indicateurs du suivi des contacts semblaient indiquer une stabilisation des contacts à risque intergénérationnels et une augmentation du nombre de cas et de personnes-contacts.

Moins d'un quart des nouveaux cas avait été identifié précédemment par le dispositif de contact-tracing. **Ceci est préoccupant dans le contexte d'une diffusion de variants émergents plus transmissibles.**

Si les indicateurs pour la médecine libérale étaient stables en semaine 03, les **taux hebdomadaires de passages aux urgences, d'hospitalisations et de nouvelles admissions en réanimation continuaient d'augmenter**. Le nombre de patients hospitalisés en France pour COVID-19 était élevé, avec **27 041 personnes hospitalisées au 26 janvier 2021, dont 3 081 en réanimation**.

Le **nombre hebdomadaire de décès**, incluant les décès survenus en milieu hospitalier et dans les établissements médico-sociaux, restait élevé **en semaine 02** (données S03 non consolidées). Ainsi, plus de **74 000 décès liés à la COVID-19** ont été rapportés du 1^{er} mars 2020 au 26 janvier 2021.

Au 27 janvier 2021, **299 cas d'infection au variant 20I/501Y.V1 et 40 cas d'infection au variant 20H/501Y.V2 ont été rapportés en France**. Ce recensement n'est que partiel, et les résultats consolidés de l'enquête Flash menée les 07 et 08 janvier 2021 sur les tests RT-PCR positifs au SARS-CoV-2 montraient que les cas de COVID-19 liés au variant 20I/501Y.V1 représentaient 3,3% des cas diagnostiqués par RT-PCR en France, soit environ 4 200 cas en semaine 01 parmi les cas rapportés dans SI-DEP.

Concernant la **santé mentale**, l'enquête CoviPrev (18-20 janvier 2021) montre que **la situation épidémique et les mesures prises pour la contrôler affectent de façon importante la santé mentale de la population**, en particulier en termes de symptomatologie anxio-dépressive.

Les **mesures barrière et de distanciation physique** 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'application systématique de ces mesures est encore plus importante dans le contexte de la présence de variants émergents dont la contagiosité est supérieure à celle des variants actuellement majoritaires.**

La **campagne de vaccination se poursuit** et s'adresse prioritairement aux personnes les plus vulnérables et aux professionnels de santé. **Au 26 janvier 2021**, selon les données issues de Vaccin Covid (données du 27 janvier 2021), **1 130 753 personnes avaient reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France**.

Les données de l'enquête CoviPrev du 18 au 20 janvier 2021 montrent que **près de la moitié des personnes interrogées avait l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19**, en augmentation par rapport à l'enquête précédente mi-décembre (54% vs 40%). Les efforts doivent se poursuivre pour informer la population sur les vaccins (tolérance, disponibilité des nouveaux vaccins et des doses, efficacité...).

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

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
PRÉSENCE DU VARIANT 20I/501Y.V1 EN FRANCE	
Résultats de l'enquête Flash CNR Virus des infections respiratoires / Santé publique France	
des 07 et 08 janvier 2021	15
IMPACT DES COUVRE-FEUX ANTICIPÉS SUR LA DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE	
DE COVID-19 À L'ÉCHELLE DES DÉPARTEMENTS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE	17
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	19
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	25
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	28
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	29
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	31
SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES	
PÉDIATRIQUES.....	37
SURVEILLANCE DES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	39
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ	41
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	48
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS	
DE SANTÉ MENTALE.....	51
SITUATION INTERNATIONALE.....	57
VARIANTS ÉMERGENTS DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL	60
SYNTHÈSE	63
SOURCES DES DONNÉES	68

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

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

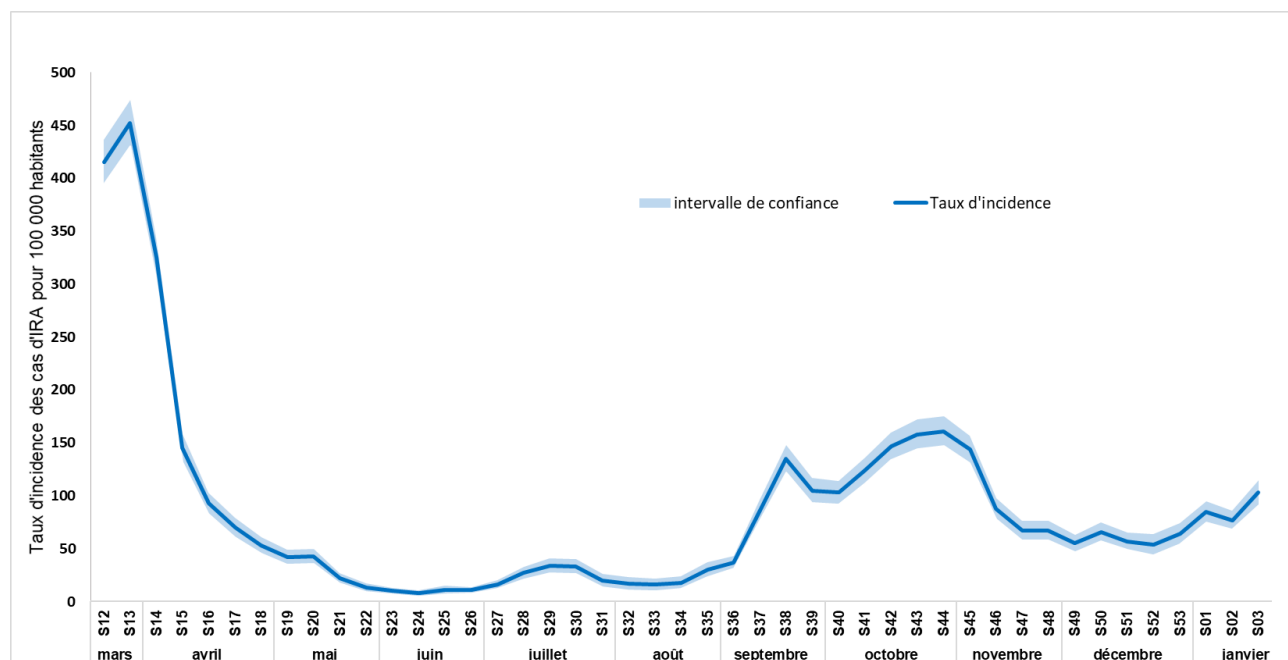
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le Réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes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

• **En semaine 03** (du 18 au 24 janvier 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 103/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [91-115]) en France métropolitaine, en augmentation par rapport à celui de la semaine 02 : 77/100 000 habitants (IC95% : [68-86]) (Figure 1).

• **En semaine 03**, sur les 43 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, 4 prélèvements se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2, 9 étaient positifs pour un rhinovirus, 2 pour un métapneumovirus, 2 pour un virus respiratoire syncytial (VRS). Aucun virus grippal n'a été détecté.

• Depuis la semaine 37, sur les 665 prélèvements effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés sur prélèvement nasopharyngé, 243 (37%) étaient positifs pour un rhinovirus, 114 (17%) pour le SARS-CoV-2, 9 pour un métapneumovirus et 5 pour un VRS. Deux prélèvements se sont avérés positifs pour un virus grippal de type B/Victoria en semaine 49 et en semaine 02.

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



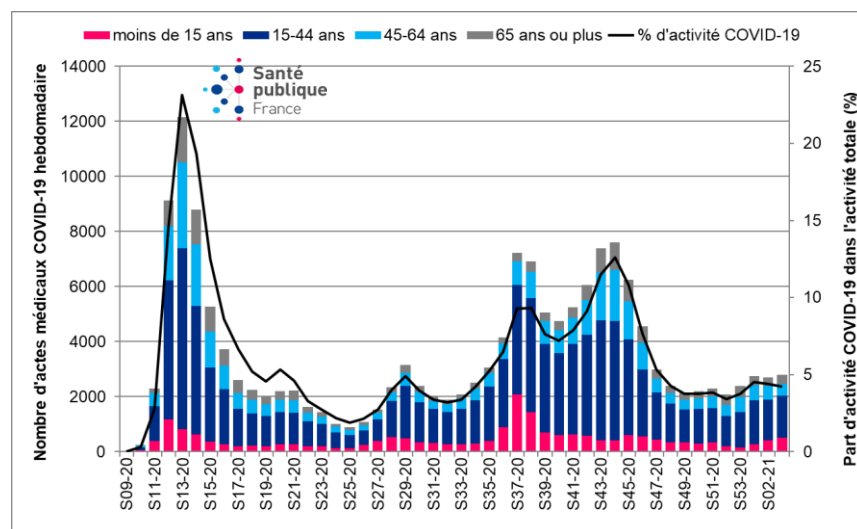
Semaine 03 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

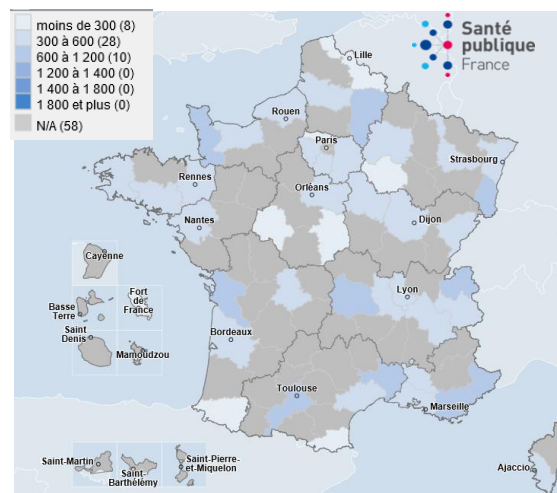
- Depuis le 03 mars 2020, **171 016 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 26 janvier 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 03** (du 18 au 24 janvier 2021), **2 796 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période.
- La majorité des passages était enregistrée en Île-de-France (16%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (15%), Nouvelle-Aquitaine (13%), Auvergne-Rhône-Alpes (12%) et Hauts-de-France (10%).
- Ce chiffre restait stable par rapport à la semaine précédente avec **2 796 actes** enregistrés (vs 2 718 actes en S02, soit +3%, données consolidées).
- Ces actes restaient en hausse chez les enfants (+25% soit +104 actes) et étaient stables chez les 15-74 ans et les 75 ans et plus. La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge** était comparable à celle de la semaine précédente, sauf pour les 0-14 ans où on observait une légère augmentation : 0-4 ans : 6%, 5-14 ans : 13%, 15-44 ans : 55%, 45-64 ans : 15%, 65-74 ans : 4%, 75 ans et plus : 7%.
- **Au niveau régional**, les nombres d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en baisse dans plusieurs régions. Cette baisse était plus marquée en Centre-Val de Loire (-26% soit -24 actes) et Pays de la Loire (-15% soit -25 actes). Dans 5 régions, on observait une hausse des actes : Provence-Alpes-Côte d'Azur (+16% soit +59 actes), Nouvelle-Aquitaine (+11% soit +35 actes), Île-de-France (+6% soit +25 actes), Hauts-de-France (+8% soit +19 actes) et Auvergne-Rhône-Alpes (+6% soit +18 actes).
- La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était stable à 4,2% (vs 4,4% en S02) (Figure 2).

Figure 2. Nombre hebdomadaire d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 24 février 2020, France



Source : SOS Médecins

Figure 3. Taux hebdomadaire d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes médicaux SOS Médecins, par département, semaine 03-2021, France



Source : SOS Médecins

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

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

La surveillance virologique basée sur les laboratoires permet de déterminer et suivre l'évolution, dans le temps et par région ou département, des taux d'incidence (nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population), des taux de positivité (nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 rapporté au nombre de personnes testées) et des taux de dépistage (nombre de personnes dépistées rapporté à la population).

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

Depuis le 13 mai 2020, la surveillance repose sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), dont la montée en charge a été progressive. SI-DEP vise au suivi exhaustif de toutes les personnes testées en France pour le diagnostic et le dépistage de la COVID-19 dans les laboratoires de ville, les laboratoires hospitaliers et par les autres professionnels de santé. Sont pris en compte dans les indicateurs SI-DEP les tests RT-PCR, les tests antigéniques réalisés en laboratoire (TDR, depuis le 17 octobre) ainsi que ceux réalisés hors laboratoire (TROD, depuis le 16 novembre). Du fait de l'intégration incomplète des TA TROD dans la base SI-DEP lors de l'introduction de ces tests, le décompte des cas confirmés a pris en compte les cas de COVID-19 confirmés par TA et transmis par l'Assurance maladie par la base ContactCovid (soit 41 291 cas jusqu'au 19 novembre 2020). Dans cette partie, les tests RT-LAMP sont assimilés à des tests RT-PCR.

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

Les données intégrées dans le système SI-DEP permettent théoriquement d'estimer le nombre réel de cas de COVID-19 en France. Ce nombre peut cependant être sous-estimé du fait de l'absence de dépistage systématique de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

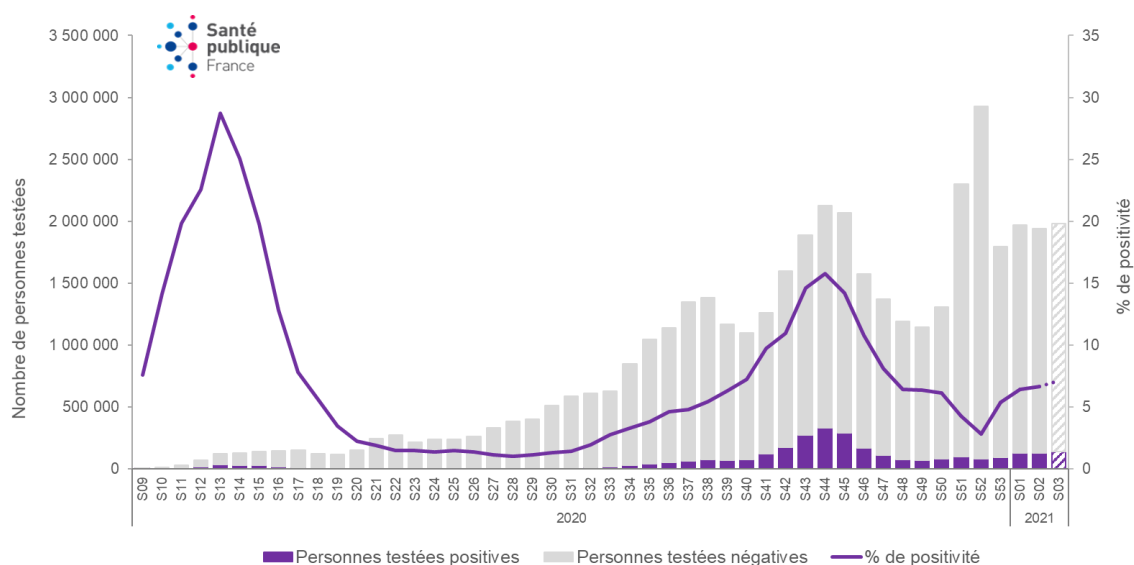
Cas confirmé de COVID-19 : une personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir [définition de cas](#)).

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

- Au niveau national, en semaine 03, 1 981 432 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 1 938 696 en S02, soit +2%). En S03, 141 238 **nouveaux cas confirmés** ont été rapportés, **nombre en augmentation** par rapport à celui de la semaine 02 où 128 995 nouveaux cas avaient été rapportés, soit +9% (Figures 4 et 5).

- Au 27 janvier 2021, **un total de 3 106 859 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

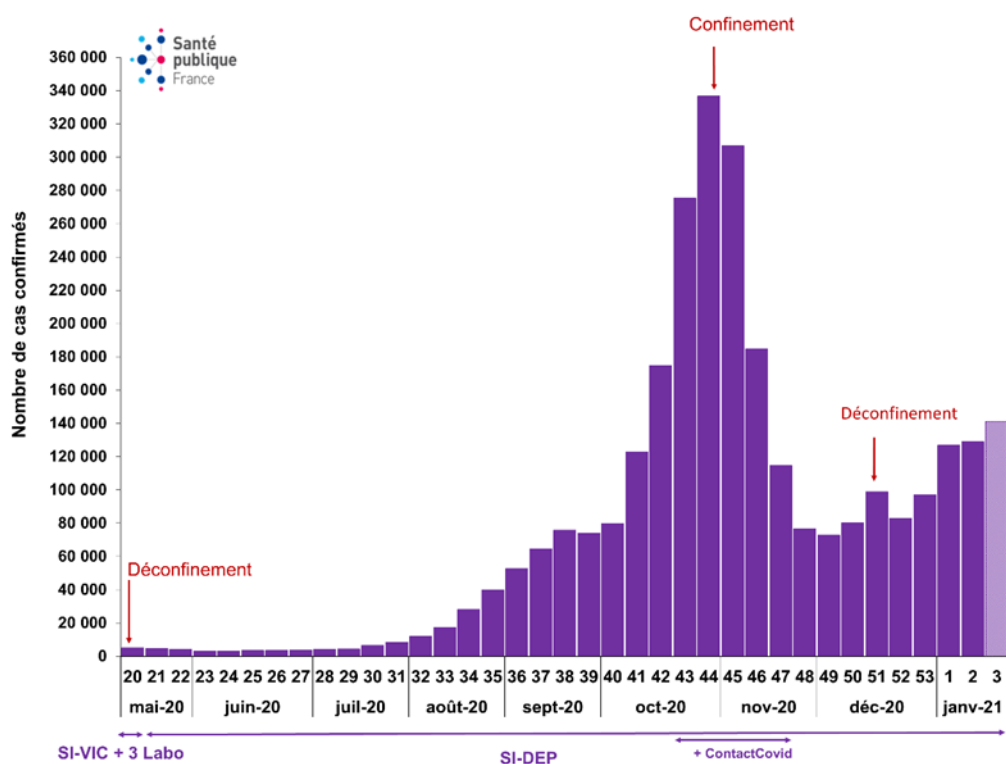
Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 27 janvier 2021)



Semaine 03 : 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 24 janvier 2021, France (données au 27 janvier 2021)



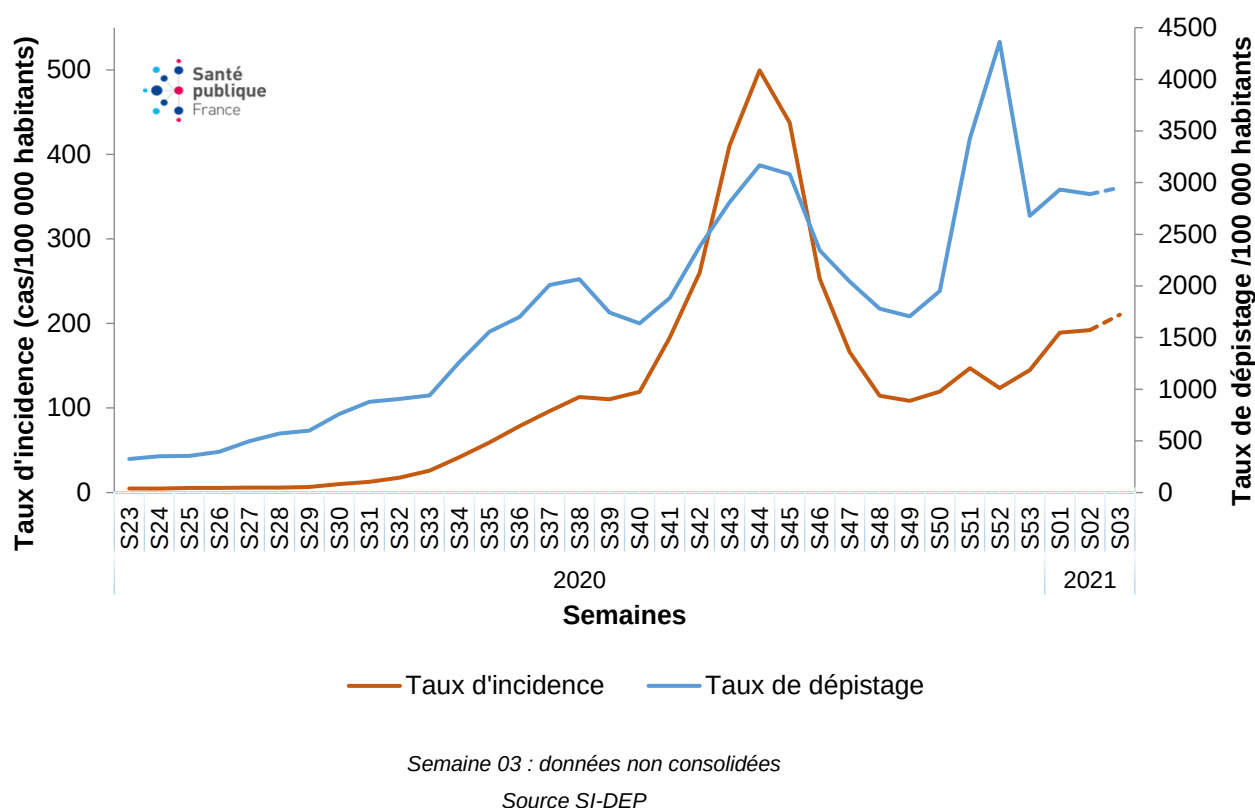
Semaine 03 : données non consolidées

- En S03, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **7,1%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), en légère augmentation par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (6,7% en S02, soit +0,5 point) (Figure 4).

- **Le taux national d'incidence** des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **210 cas/100 000 habitants** en S03, **en augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (192 cas/100 000 hab. en S02, +9,5%) (Figure 6).

- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **2 952/100 000 habitants**, **relativement stable** par rapport à la semaine 02 (2 889/100 000 hab., +2,0%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 27 janvier 2021)



- **La proportion des tests effectués en S03** et intégrés dans la base SI-DEP de Santé publique France le jour même où le lendemain du prélèvement était de 97%, stable par rapport à la semaine précédente.

Analyse par classes d'âge

- **En semaine 03**, au niveau national, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 117 chez les 0-14 ans, 254 chez les 15-44 ans, 217 chez les 45-64 ans, 158 chez les 65-74 ans et 265 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).

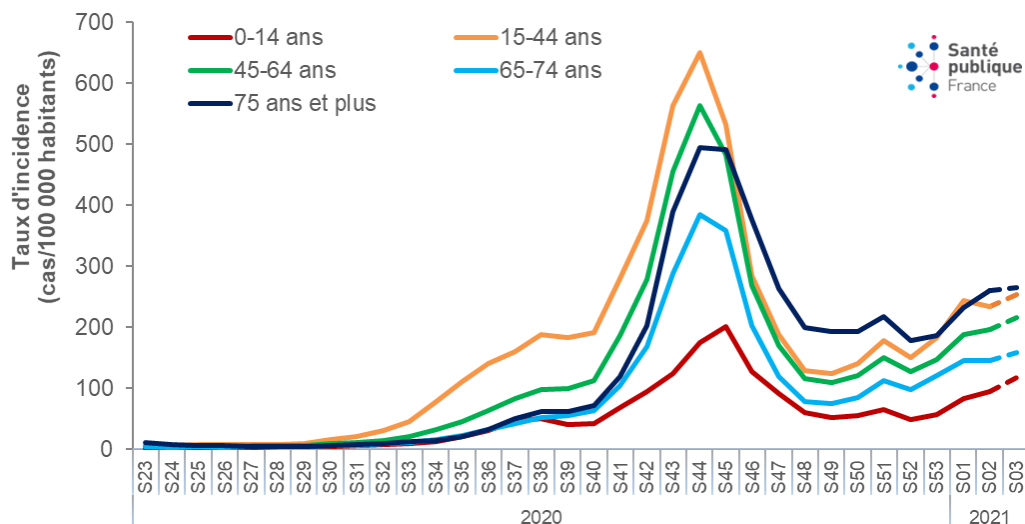
- **Le taux d'incidence a augmenté par rapport à la S02 dans toutes les classes d'âges**. L'augmentation la plus forte était chez les 0-14 ans (+25%), suivis par les 45-64 ans (+10%), les 15-44 ans et les 65-74 ans (+8% chacun) et les 75 ans et plus (+2%) (Figure 7a). Parmi les plus jeunes, les taux d'incidence suivaient la même dynamique avec +34% chez les 0-9 ans et +15% chez les 10-19 ans.

- En semaine 03, par rapport à la S02, le **taux de dépistage était en augmentation chez les 0-14 ans (+28%) et les 15-44 ans (+4%)**. Il était en légère diminution chez les 65-74 ans et les 75 ans et plus (-4% chacun) et chez les 45-64 ans (-2%) (Figure 7b).

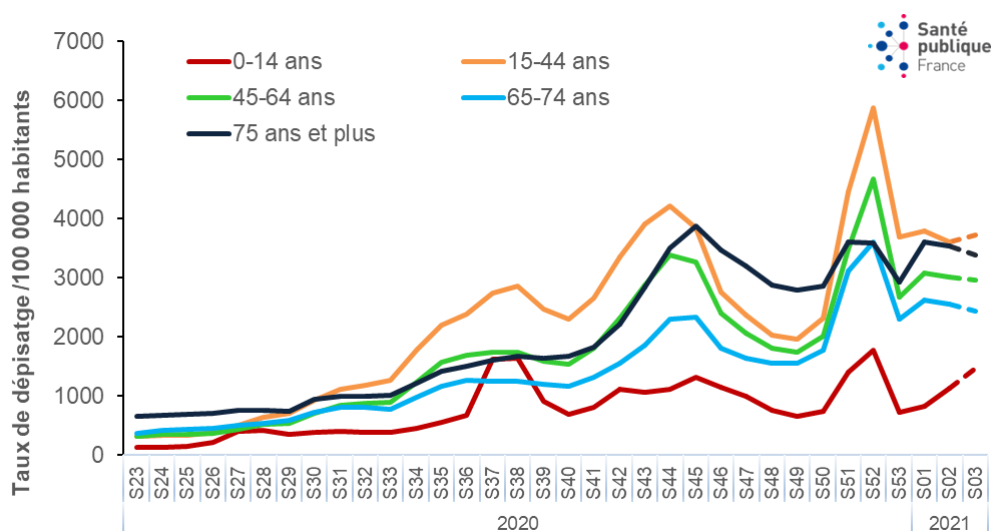
- **Le taux de positivité** des personnes testées était en légère diminution par rapport à la S02 chez les 0-14 ans (-0,2 point). Il était en légère hausse dans le reste des classes d'âge : chez les 15-44 ans (+0,3 point), les 45-64 ans (+0,8 point), les 65-74 ans (+0,7 point) et les 75 ans et plus (+0,5 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 27 janvier 2021)

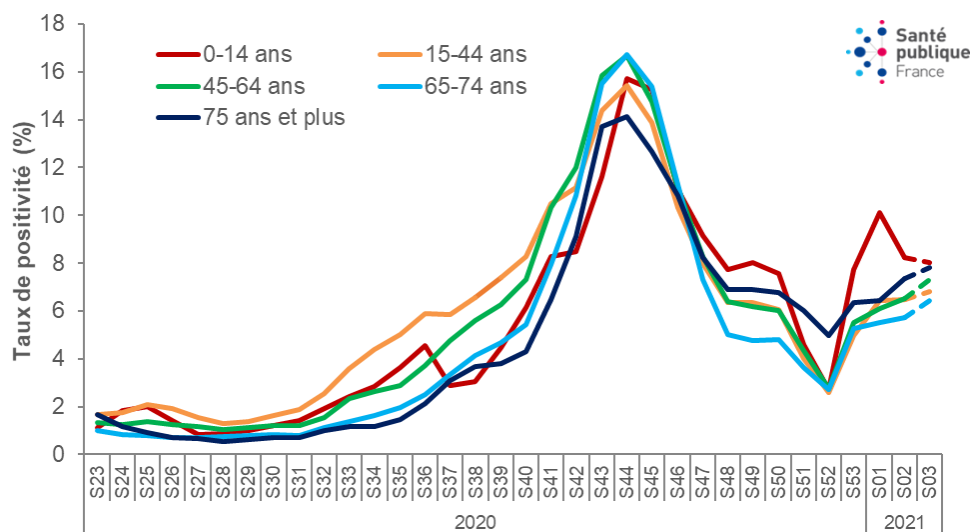
7a



7b



7c



Semaine 03 : données non consolidées

Source : SI-DEP

Dépistage selon la présence de symptômes

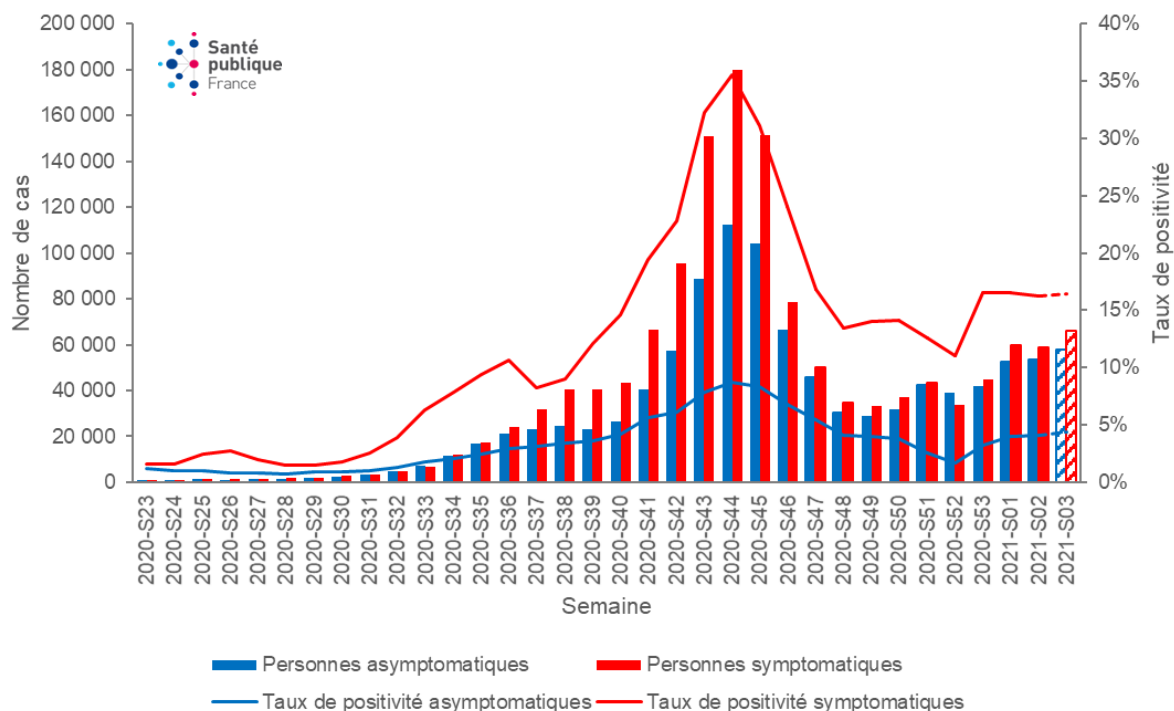
- **Parmi l'ensemble des personnes testées en S03** (quel que soit le résultat du test), 77% se déclaraient sans symptômes, proportion stable par rapport à la S02 (78%). Le nombre de personnes testées selon la présence ou non de symptômes était stable en S03 par rapport à la S02 chez les asymptomatiques : 1 321 141 en S03 (vs 1 311 389 en S02, soit +0,7%) et était en augmentation chez les symptomatiques : 401 680 en S03 (vs 361 856 en S02, soit +11%).

- **En S03, 53% des cas présentaient des symptômes** (données disponibles pour 124 038 cas). Cette proportion est stable par rapport à la S02, où elle était de 52% (Figure 8).

- En S03, par rapport à la S02, **une augmentation du nombre de cas était observée chez les personnes testées asymptomatiques** (57 998 vs 53 723 en S02, soit +8%) **et chez les personnes testées symptomatiques** (66 040 vs 58 927 en S02, soit +12%) (Figure 8).

- **En S03, le taux de positivité était de 16,4% chez les personnes symptomatiques, stable par rapport à la S02 (16,3%). Il était de 4,4% chez les asymptomatiques (4,1% en S02) (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 (2 491 316 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23-2020, France métropolitaine (données au 27 janvier 2021)



Semaine 03 : 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**, 138 639 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 03, en hausse par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S02 avec 126 492 nouveaux cas, +2%). **Le taux de positivité** était de **7,2%** en S03, en légère hausse par rapport à la S02 (6,7% en S02, soit +0,5 point). **Le taux d'incidence** des cas confirmés **était en hausse** en S03 avec **214 cas/100 000 habitants** (vs 195 en S02, +9,6%). **Le taux de dépistage** était de **2 975/100 000 habitants** en S03, stable par rapport à la semaine précédente (2 912 en S02, +2%).

- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés **était, en semaine 03, au-dessus du seuil de 100/100 000 habitants dans 92 départements métropolitains (91 départements en S02)**. Les départements présentant les taux d'incidence (/100 000 habitants) les plus élevés étaient les Alpes-Maritimes (455), les Bouches-du-Rhône (397), le Var (343), la Lozère (317), le Jura (310), la Drôme (301) et le Tarn (293) (Figure 9a).

- Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés dans la Drôme (11,1%), la Lozère (10,9%), l'Ardèche (10,8%), la Haute-Loire (10,7%), l'Ain (10,1%) et le Territoire de Belfort (9,8%). **Le taux de positivité** était supérieur à 10% dans cinq départements en S03 (deux en S02) (Figure 9b).

- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage (/100 000 habitants)** en S03 étaient les Bouches-du-Rhône (4 989), les Alpes-Maritimes (4 985), Paris (4 484), le Var (4 222) et la Haute-Corse (3 988) (Figure 9c).

En outre-mer

- **En Guadeloupe**, les indicateurs SI-DEP étaient **en légère hausse** en semaine 03, avec un taux d'incidence de 31/100 000 habitants (27 en S02) et un taux de positivité de 3,2% (3,1% en S02).

- **En Martinique** les indicateurs SIDEV étaient **stables** en S03, avec un taux d'incidence de 20/100 000 habitants (20 en S02) et un taux de positivité de 2,1%, comme en S02.

- **À Saint-Martin**, en S03, le taux d'incidence était stable à 224/100 000 habitants (224 en S02) et le taux de positivité de 5,2% en diminution par rapport à la semaine précédente (8,9% en S02).

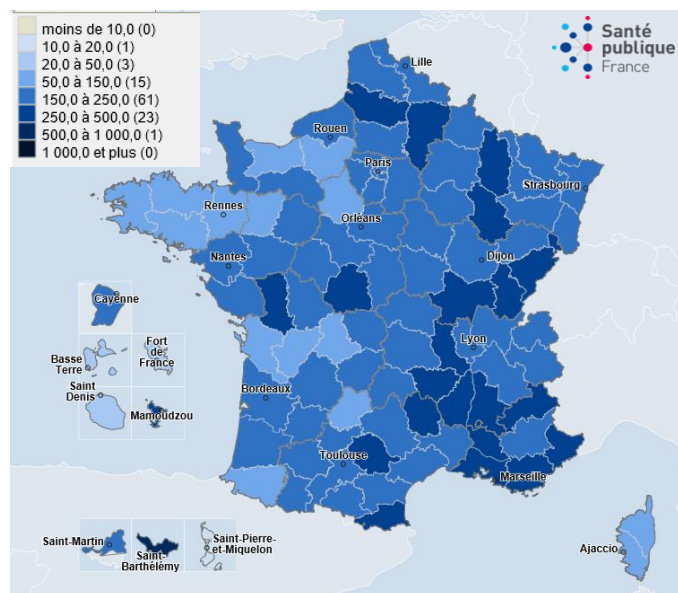
- **En Guyane**, les indicateurs étaient en **baisse** en S03 : le taux d'incidence était de 216/100 000 habitants (280 en S02) et le taux de positivité de 8,5% (10,5% en S02).

- **À Mayotte**, les indicateurs étaient en **hausse** en S03 : le taux d'incidence était de 267/100 000 habitants (193 en S02) et le taux de positivité de 13,7% (13,0% en S02).

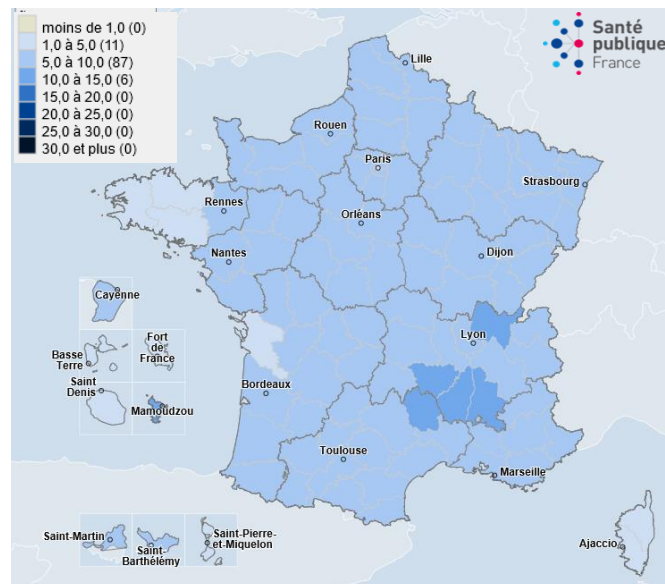
- **À La Réunion**, les indicateurs étaient en **hausse** en S03 : le taux d'incidence était de 40/100 000 habitants (27 en S02) et le taux de positivité de 2,3% (1,6% en S02).

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 18 au 24 janvier 2021, par département, France (données au 27 janvier 2021)

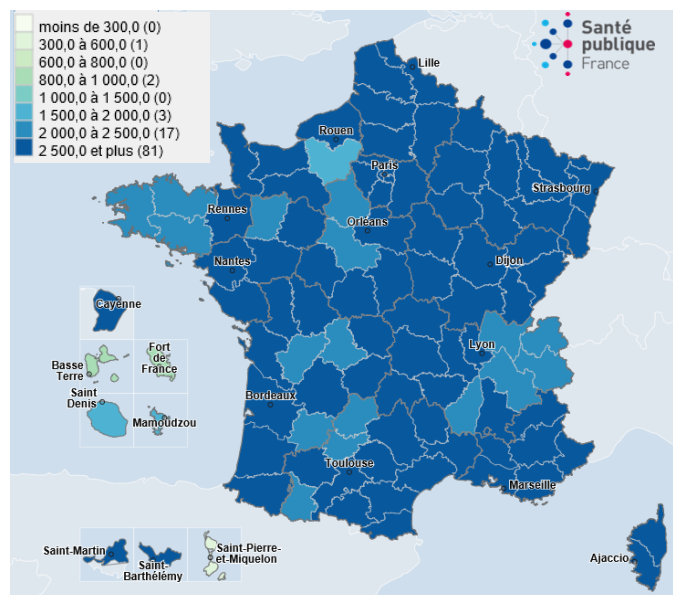
9a



9b



9c



Source : SI-DEP

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

► Cas de variants émergents

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

Le recours au CNR pour cette surveillance des variants émergents suit les recommandations de la [conduite à tenir pour la détection et l'investigation des cas suspects ou confirmés de variants](#) mise à jour le 08/01/2021 par Santé publique France et le CNR, et diffusée par le ministère chargé de la Santé. Chacun de ces cas fait l'objet d'une information de l'Agence régionale de santé concernée, avec mise en place des mesures de contact-tracing et de prévention.

• Au 27 janvier 2021, 339 cas d'infection à des variants émergents étaient recensés en France : 299 cas du variant 20I/501Y.V1 (identifié au Royaume-Uni) et 40 cas du variant 20H/501Y.V2 (identifié en Afrique du Sud) (Tableau 1). Aucun cas du nouveau variant 20J/501Y.V3 ayant émergé au Brésil n'a été identifié en France.

Ce décompte n'inclut pas les éventuels cas secondaires, voire tertiaires, recensés lors des investigations et qui n'auraient pas fait l'objet d'un séquençage.

• Un ou plusieurs cas confirmés du variant 20I/501Y.V1 sont recensés dans toutes les régions de France métropolitaine. Aucun cas n'a été rapporté en Outre-mer à ce jour (Figure 10a).

• Un ou plusieurs cas confirmés du variant 20H/501Y.V2 sont recensés dans sept régions de France métropolitaine (Grand Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire, Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie et Nouvelle-Aquitaine) et dans deux régions d'outre-mer (Mayotte et La Réunion) (Figure 10b).

Tableau 1. Nombre incident de cas d'infection de COVID-19 variants émergents, par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France de S50-2020 à S03-2021, France (données au 27 janvier 2021)

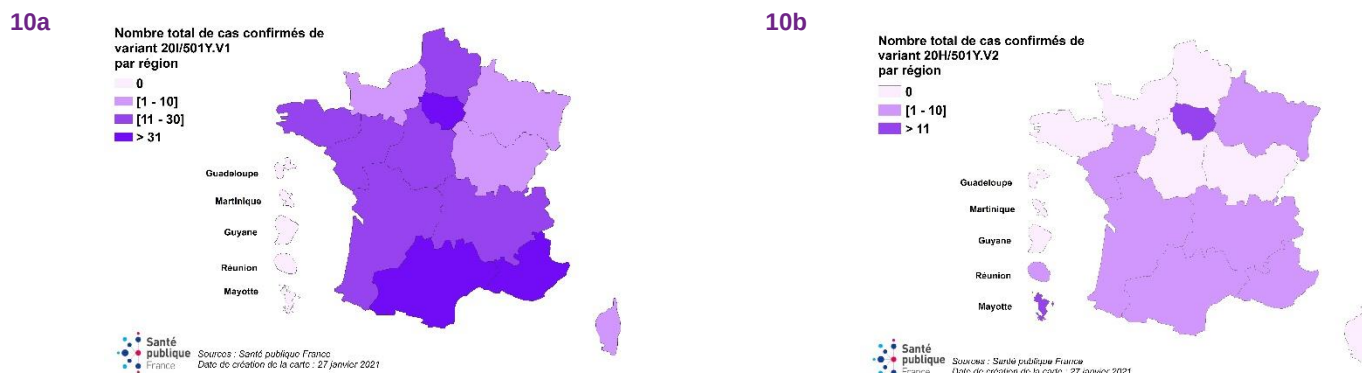
	Cas confirmés de variants émergents	dont variant 20I/501Y.V1	dont variant 20H/501Y.V2
NA*	32	19	13
S50	1	1	0
S51	3	2	1
S52	33	28	5
S53	57	56	1
S01	140	135	5
S02**	64	54	10
S03**	9	4	5
Total	339	299	40

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

**Les données des semaines 02 et 03 ne sont pas consolidées.

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

Figure 10. Répartition des cas d'infection de COVID-19 (10a) variant 20I/501Y.V1 et (10b) variant 20H/501Y.V2, par région*, rapportés à Santé publique France jusqu'au 27 janvier 2021, France



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

- En semaine 53-2020, 351 séquençages ont été réalisés par le CNR. Les données des semaines 01 (949 séquençages) et 02 (430 séquençages) ne sont pas consolidées mais traduisent une très forte augmentation de cette activité de séquençage (Tableau 2).

Tableau 2. Nombre de virus séquencés par le CNR, par motif de séquençage, par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France de S50-2020 à S02-2021 (n=2 090), France

	Motif de séquençage				
	Nombre total de virus séquencés par le CNR	Cas en provenance du Royaume-Uni ou contact d'un cas en provenance du Royaume-Uni	Cas en provenance d'Afrique du Sud ou contact d'un cas en provenance d'Afrique du Sud	Cas dont le résultat du test RT-PCR est discordant (cible S non détectée), en provenance ou non du Royaume-Uni	Surveillance habituelle
S50	62	0	0	1	61
S51	79	0	0	2	77
S52	219	46	3	99	71
S53	351	92	4	114	141
S01*	949	65	14	545	325
S02*	430	23	2	240	165

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

PRÉSENCE DU VARIANT 20I/501Y.V1 EN FRANCE - Résultats de l'enquête Flash CNR Virus des infections respiratoires / Santé publique France des 07 et 08 janvier 2021

Afin d'établir une première cartographie du degré de diffusion du variant 20I/501Y.V1 en France, une première enquête Flash a été proposée à tous les laboratoires de biologie médicale (LBM) publics et privés par le CNR Virus des infections respiratoires (Laboratoire associé de Lyon, Pr Bruno Lina) et Santé publique France ; elle a été conduite les 07 et 08 janvier 2021 en collaboration avec un réseau de virologues hospitaliers coordonné par l'ANRS Maladies Infectieuses Émergentes. L'objectif de cette enquête était d'identifier, parmi les prélèvements avec résultat de RT-PCR COVID-19 positif, d'éventuels cas d'infection au variant 20I/501Y.V1 du SARS-CoV-2.

Cette recherche reposait sur une approche en deux étapes appliquée aux prélèvements COVID-19 traités par RT-PCR lors de ces deux journées par les LBM participants. Dans un premier temps, un kit RT-PCR (TaqPath™ COVID-19 CE-IVD RT-PCR Kit) commercialisé par la société Thermo Fisher Scientific® (TFS) a été utilisé comme décrit par le laboratoire associé au CNR Virus des infections respiratoires afin de détecter des suspicions de variants [1]. En effet, le variant 20I/501Y.V1 porte plusieurs mutations dont huit sont localisées dans le gène S : la mutation del21765-21770 provoque la perte du signal pour l'une des trois cibles détectables par le kit TFS, générant des résultats de RT-PCR dits « discordants ». Dans un second temps et afin de confirmer ces suspicions, les échantillons avec résultat discordant étaient analysés par séquençage pour confirmation du variant 20I/501Y.V1.

À cette enquête ont participé **135 laboratoires (+46 par rapport aux résultats préliminaires présentés en S02), répartis sur 12 régions de France métropolitaine**, représentant 36% de l'activité de RT-PCR COVID-19 lors de ces deux journées, ou encore **41% des RT-PCR rendues positives au niveau national**. Les laboratoires privés (n=36) étaient à l'origine de 75% des prélèvements totaux inclus dans cette enquête.

Un total de 552 RT-PCR positives suspectes avec le kit TFS a été rapporté, soit 4,63% du total des RT-PCR positives. Parmi ces 552 résultats de RT-PCR ainsi qualifiés de suspects, 482 (87,3%) ont été transmis pour séquençage. Au sein de ces 482 prélèvements séquencés, 424 séquences étaient exploitables (qualité d'ARN viral suffisante) pour analyse bioinformatique, dont 298 (70,3%) ont été confirmées comme correspondant à un variant 20I/501Y.V1. Les résultats sont synthétisés dans le Tableau 3.

Tableau 3. Résultats à l'échelle nationale, Enquête Flash, 07-08 janvier 2021, France métropolitaine

Nombre de laboratoires participants	135
Nombre de prélèvements RT-PCR inclus	183 363
Nombre de prélèvements avec un résultat RT-PCR positif	11 916
Nombre de résultats de RT-PCR TFS discordants	552
Nombre de prélèvements séquencés	482
Nombre de séquences exploitables	424
Nombre de variants confirmés après séquençage	298

En appliquant la proportion de variants 20I/501Y.V1 confirmés par séquençage (70,3%) à la proportion de RT-PCR positives suspectes (4,6%), cette première enquête Flash permet d'estimer que le **variant 20I/501Y.V1 était responsable de 3,3% des cas de COVID-19 diagnostiqués par RT-PCR en France au moment de l'enquête**.

Par région du laboratoire préleveur, cette proportion de variant 20I/501Y.V1 allait de 0,2% en Bourgogne-Franche-Comté à 6,9% en Île-de-France, traduisant une **présence hétérogène du variant 20I/501Y.V1 sur le territoire** (Tableau 4).

[1] Bal A *et al.* Two-step strategy for the identification of SARS-CoV-2 variant of concern 202012/01 and other variants with spike deletion H69-V70, France, August to December 2020. [\[Preprint\]](#)

Tableau 4. Principaux résultats de l'enquête par région du laboratoire préleveur, Enquête Flash, 07-08 janvier 2021, France métropolitaine

Région du laboratoire préleveur	(a) RT-PCR positives (N)	(b) RT-PCR TFS discordantes (N)	(c) Prélèvements séquencés (N)	(d) Séquences exploitables (N)	(e) Variants confirmés (N)	(f) Proportion de variants confirmés rapportée aux séquences exploitables (%)	(g) Proportion estimée de variants confirmés rapportée aux RT-PCR positives (%) **
Auvergne-Rhône-Alpes	2 405	68	60	46	26	56,5	1,6
Bourgogne-Franche Comté	585	39	38	37	1	2,7	0,2
Bretagne	307	18	7	7	1	14,3	0,8
Centre -Val de Loire	523	23	23	20	16	80,0	3,5
Grand Est	805	40	30	18	4	22,2	1,1
Hauts-de-France	482	16	11	9	7	77,8	2,6
Ile-de-France	2 149	158	145	132	124	93,9	6,9
Nouvelle Aquitaine	512	13	3	3	2	66,7	1,7
Normandie	428	9	9	9	5	55,6	1,2
Occitanie	339	10	8	4	4	100,0	2,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 881	105	96	88	75	85,2	4,8
Pays de la Loire	513	19	18	17	6	35,3	1,3
France (non attribuable) *	987	34	34	34	27	79,4	2,7
Total France Métropolitaine (hors Corse)	11 916	552	482	424	298	70,3	3,3

* Résultats issus de plusieurs laboratoires spécialisés traitant des prélèvements issus de tout le territoire.

** Cette estimation est calculée en appliquant la proportion de variants confirmés rapportée aux séquences exploitables (f) à la proportion de RT-PCR TFS discordantes rapportée à l'ensemble des RT-PCR positives (b)/(a).

Une seconde édition de l'enquête Flash, basée préférentiellement sur un criblage de la mutation 501Y pour les laboratoires qui bénéficient d'une RT-PCR permettant de suspecter un variant 20I/501Y.V1, 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3, ou basée sur les discordances par RT-PCR Thermo Fisher Scientific® pour les autres laboratoires, a commencé le 27 janvier 2021 et les résultats seront disponibles d'ici 15 jours.

Santé publique France remercie l'ensemble des laboratoires de biologie médicale participants, dont la mobilisation forte et rapide a permis d'établir cette première estimation.

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

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

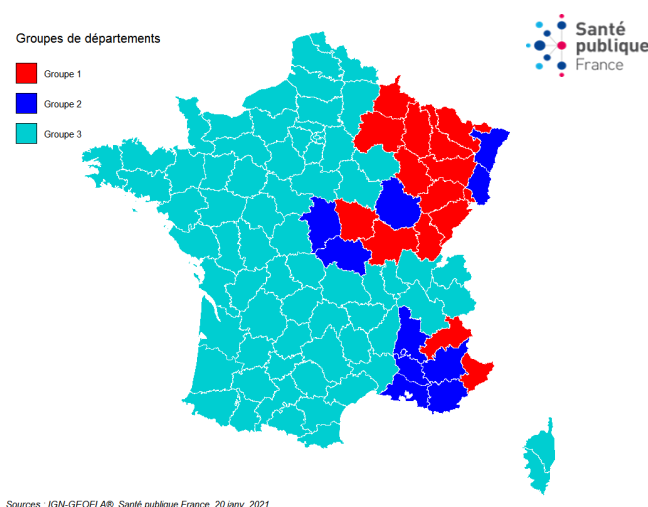
Les départements ont donc été classés en trois groupes :

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

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

Groupe 3 : 71 départements avec couvre-feu dès 18h à partir du 16 janvier 2021.

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



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

• En semaine 01, une augmentation du taux d'incidence sur 7 jours glissants est observée dans les trois groupes de départements, moins marquée cependant dans le groupe 1 (Figure 12). Par rapport à la semaine 53 de 2020, la variation du taux d'incidence était en effet de +15 % dans le groupe 1, de +24 % dans le groupe 2 et de +36 % dans le groupe 3 (Tableau 5).

• En semaine 02, on constate une diminution de 13% du taux d'incidence dans le groupe 1, qui est passé de 308/100 000 hab. en S01 à 268/100 000 hab. en S02. Dans les deux autres groupes, le taux d'incidence entre S01 et S02 était relativement stable dans le groupe 2 (+1%) et en augmentation dans le groupe 3 (+5%).

• En semaine 03, on observe une tendance inversée par rapport à la semaine précédente, avec des taux d'incidence à nouveau en augmentation dans le groupe 1 (+5%) et, de manière encore plus marquée, dans le groupe 2 (+15%) et le groupe 3 (+9 %).

• Concernant les taux de positivité estimés en S03, les tendances observées étaient identiques à celles des taux d'incidence, avec également une augmentation plus prononcée dans les groupes 2 (+10%) et 3 (+7%) que dans le groupe 1 (+5%) par rapport à S02. Le taux de dépistage était globalement stable dans les trois groupes sur la dernière semaine.

Figure 12. Évolution du taux d'incidence sur 7 jours glissants par groupe de départements, du 27 juin 2020 au 24 janvier 2021, France métropolitaine (données au 27 janvier 2021)

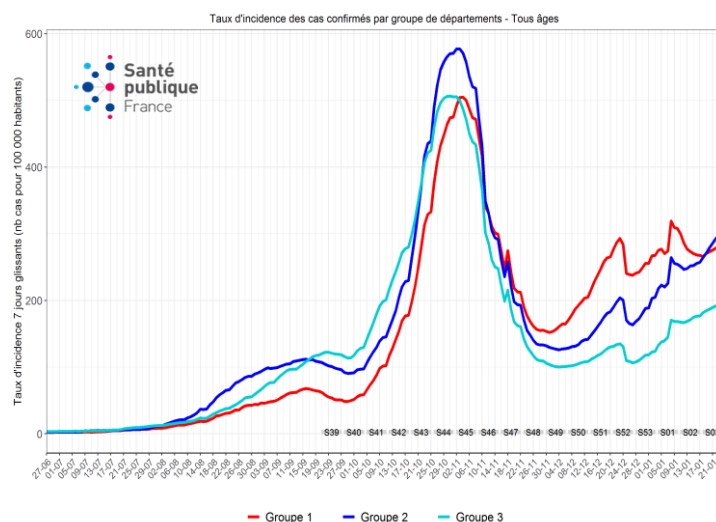


Tableau 5. Variations hebdomadaires des taux d'incidence, de positivité et de dépistage par groupe de départements, du 21 décembre 2020 au 24 janvier 2021, France métropolitaine (données au 27 janvier 2021)

			S52	S53	S01	S02	S03
Taux d'incidence (pour 100 000 hab.)	Groupe 1	Taux d'incidence	238	268	308	268	281
		S vs S-1 (%)	-	+12,5	+15,0	-13,1	+5,1
	Groupe 2	Taux d'incidence	164	205	254	257	296
		S vs S-1 (%)	-	+25,3	+24,1	+1,1	+15,1
	Groupe 3	Taux d'incidence	106	124	168	177	193
		S vs S-1 (%)	-	+16,6	+36,0	+4,9	+9,3
Taux de positivité (%)	Groupe 1	Taux de positivité (%)	4,8	8,1	8,4	8,1	8,5
		S vs S-1 (%)	-	+70,4	+3,4	-2,9	+4,7
	Groupe 2	Taux de positivité (%)	3,2	6,5	7,1	7,3	8,0
		S vs S-1 (%)	-	+100,7	+8,9	+3,0	+10,3
	Groupe 3	Taux de positivité (%)	2,5	4,8	6,1	6,4	6,8
		S vs S-1 (%)	-	+94,8	+25,5	+5,1	+7,1
Taux de dépistage (pour 100 000 hab.)	Groupe 1	Taux de dépistage	5 004	3 302	3 673	3 288	3 299
		S vs S-1 (%)	-	-34,0	+11,2	-10,5	+0,3
	Groupe 2	Taux de dépistage	5 048	3 152	3 594	3 527	3 681
		S vs S-1 (%)	-	-37,6	+14,0	-1,9	+4,4
	Groupe 3	Taux de dépistage	4 286	2 565	2 780	2 775	2 831
		S vs S-1 (%)	-	-40,2	+8,4	-0,2	+2,0

Une amélioration de la situation épidémiologique avait été observée en S02 dans le groupe 1, qui pouvait être en partie liée à la mise en place du couvre-feu anticipé dans ce groupe de départements. L'évolution de la situation était déjà plus favorable dans ce groupe que dans les deux autres au cours de la semaine précédente, alors qu'il était trop tôt pour que l'effet du couvre-feu anticipé puisse se faire ressentir. Cette différence est potentiellement liée à des comportements plus prudents de la population pendant les fêtes dans ces départements, où la circulation virale particulièrement active avait fait l'objet de campagnes de communication locales.

En S03 (du 18 au 24 janvier), on note une augmentation du taux d'incidence dans le groupe 1 malgré le maintien du couvre-feu. **Même s'il est possible que le couvre-feu anticipé ait permis d'atténuer cette augmentation, il apparaît que cette mesure n'a pas suffi à contenir l'évolution défavorable de la circulation virale.** Dans le groupe 2, les premiers effets éventuels du couvre-feu anticipé étaient théoriquement observables dès la S03. Sur cette semaine, une augmentation de l'incidence était observée (+15%) dans ce groupe de manière plus marquée que dans le groupe 3 (+9%) pour lequel la mise en place du couvre-feu anticipé le 16 janvier n'avait pas encore pu produire ses effets éventuels. **Ces éléments ne sont pas en faveur d'un impact positif du couvre-feu anticipé dans les départements du groupe 2, même si une évolution encore plus défavorable aurait pu être observée en l'absence de celui-ci.**

ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

Le suivi des personnes contacts des cas de SARS-CoV-2 vise à : 1- limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas ; 2 - détecter et briser 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 (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France. Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale de l'assurance maladie) dans le cadre des actions de suivi des contacts (base de données individuelles ContactCovid) complètent les données de surveillance pour évaluer la situation épidémiologique.

La [définition des contacts à risque](#) est disponible sur le site de Santé publique France.

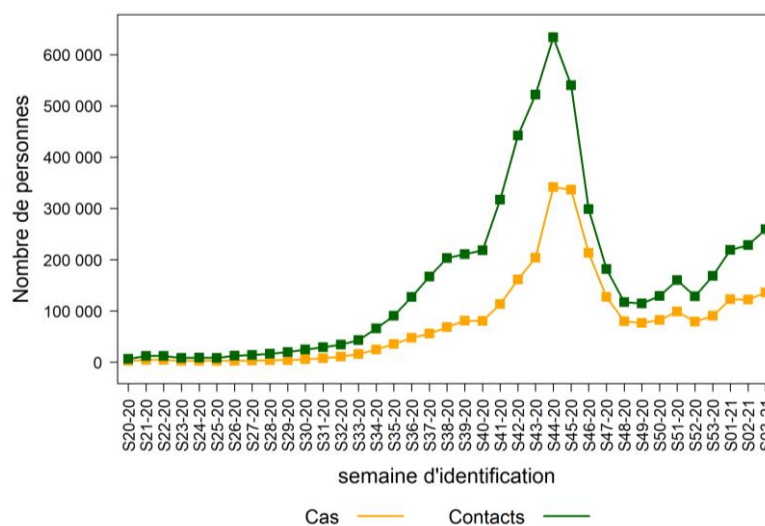
Dans ce chapitre, les tests RT-LAMP sont assimilés à des tests RT-PCR.

À Mayotte, le contact-tracing est mis en œuvre autour de tous les cas enregistrés dans SI-DEP. Cependant, pour des raisons structurelles, toutes les données ne figurent pas dans ContactCovid, et ne reflètent donc pas l'activité complète de contact-tracing sur le département. Les bilans de données sont réalisés par l'ARS (incluant les données de ContactCovid). Les données présentées ici pour ce département sont donc celles collectées par l'ARS.

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

- Au cours de la semaine 03, le nombre de nouveaux cas a augmenté (136 242 cas vs 122 226 en S02, soit +11,5%), ainsi que le nombre de nouvelles personnes-contacts à risque : 259 319 vs 228 767 en S02, soit +13,4% (Figure 13).
- À Mayotte, 244 nouveaux cas ont été rapportés, ainsi que 421 nouvelles personnes-contacts.
- En semaine 03, le **pourcentage de nouveaux cas diagnostiqués par test antigénique poursuit sa diminution (25,2% en S03 vs 26,8% en S02)**, après la forte hausse observée pendant les fêtes de fin d'année. Au niveau régional, la majorité des cas diagnostiqués par test antigénique l'était en Île-de-France (27% du total national), Provence-Alpes-Côte d'Azur (17%) et Auvergne-Rhône Alpes (12%). La plupart des régions ont diagnostiqué davantage de cas par tests RT-PCR que par tests antigéniques, mais ces derniers ont représenté 44% des diagnostics confirmés en Guadeloupe et 38% en Île-de-France durant cette semaine.

Figure 13. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai 2020 au 24 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 03, l'âge moyen des cas est resté stable (44 ans, cette valeur variant entre 44 et 46 ans depuis S46 de 2020), de même que celui des personnes-contacts (34 ans). Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus a poursuivi sa diminution à 7,8%, après la valeur maximale observée durant les fêtes de fin d'année (10,5% en S53).

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

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

- **En semaine 03, la proportion de cas et de personnes-contacts à risque ayant pu être investigués par l'Assurance maladie est restée à un niveau élevé** (92% pour les cas et 94% pour les personnes-contacts).

- En S03, la proportion des cas investigués était la plus basse en Guadeloupe et à La Réunion (79% dans ces deux régions) ainsi qu' en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (87% dans ces deux régions).

- En S03, la proportion des personnes-contacts à risque investiguées était égale ou supérieure à 90% dans toutes les régions.

- À Mayotte 93% des cas rapportés ont été investigués et toutes les personnes-contacts de ces cas ont également été investiguées.

- À l'échelle nationale, la proportion de cas ayant pu être investigués restait plus importante chez ceux âgés de moins de 75 ans (> 90%) que ceux âgés de 75 ans et plus (82%).

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

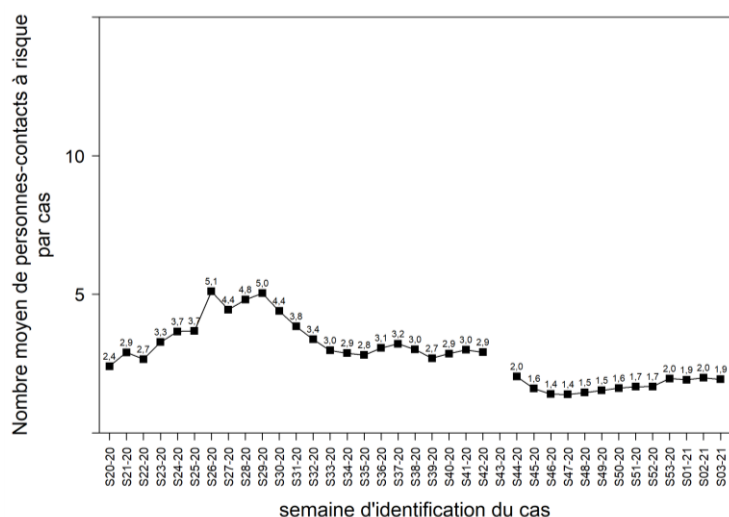
- **Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas est resté stable à 1,9 en S03** (Figure 14).

- La proportion de cas ne rapportant aucune personne-contact à risque (45,6% en S03) a poursuivi sa diminution après une hausse durant les fêtes de fin d'année (52,8% en S53). Au niveau régional, cette valeur s'échelonnait entre 38,9% (La Réunion) et 49,5% (Île-de-France).

- Parmi les cas déclarant au moins une personne-contact à risque, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était en légère diminution à 3,5 (vs 3,8 en S02).

- **Les sujets âgés de 14-64 ans représentaient 59% du total des cas ne rapportant aucun contact à risque**, contre 28% pour les 65 ans et plus. Les sujets âgés de 65 ans et plus ne représentaient que 7% des cas rapportant plus de 5 personnes-contacts à risque, contre 83% pour les 14-64 ans.

Figure 14. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine, du 13 mai 2020 au 24 janvier 2021, France



Note : indicateur non estimable pour la semaine 43-2020

Source : ContactCovid – Cnam

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

- Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas restait le plus faible chez les cas âgés de 75 ans et plus (0,6 personne-contact à risque par cas, comme en S02) et le plus élevé chez les cas âgés de 15 à 44 ans (2,5 personnes-contacts à risque par cas, comme en S02).
- Les cas de moins de 65 ans avaient peu de contact avec des personnes âgées de 65 ans et plus (<9,2%) (Figure 15).
- Pour la majorité des classes d'âge des cas et des personnes-contacts, le nombre de contacts à risque était toujours globalement intermédiaire entre la situation observée en S42 de 2020 (semaine de début du couvre-feu dans certains territoires) et celle observée en S46 de 2020 (début du deuxième confinement) (Figure 16).

Figure 15. Proportion de contacts de 65 ans et plus, suivant l'âge du cas index, du 13 mai 2020 au 24 janvier 2021, France

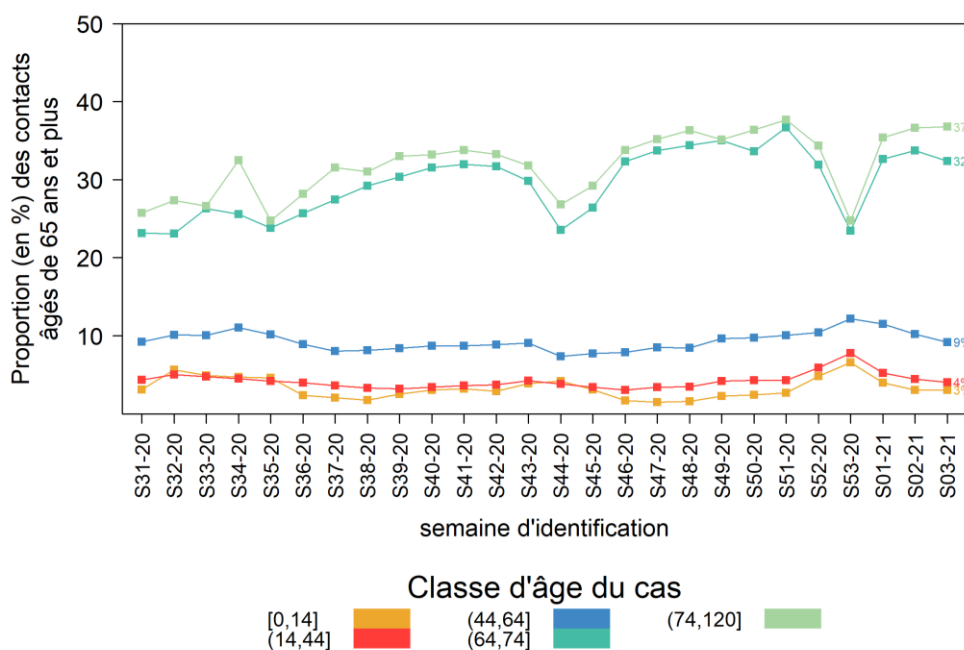
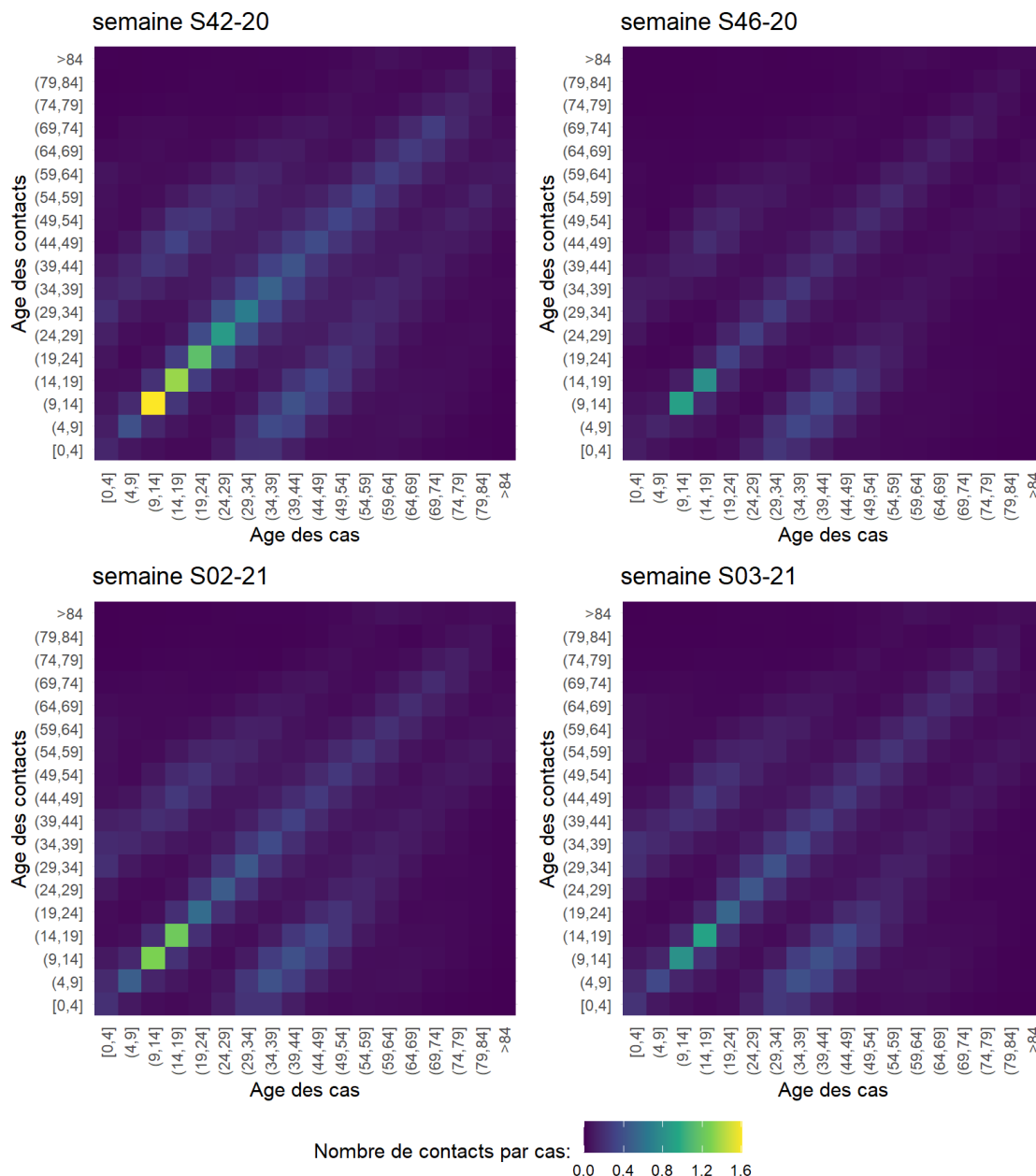


Figure 16. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts pour les semaines 42-2020 (semaine de début d'un couvre-feu dans certains territoires), 46-2020 (confinement), 02 et 03-2021, France



Note de lecture. Cette figure représente, pour une semaine donnée, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts. Cette figure est un proxy du rapprochement et de la fréquentation entre classes d'âge, présentée pour des semaines clés dans l'évolution de l'épidémie : situation au début des couvre-feux ou d'un confinement par exemple. La couleur des cases s'échelonne de violet sombre (faible interaction) à jaune (forte interaction). Les délais de consolidation des données peuvent induire des ajustements sur les valeurs rapportées durant la semaine n-1.

Valeurs calculées quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.

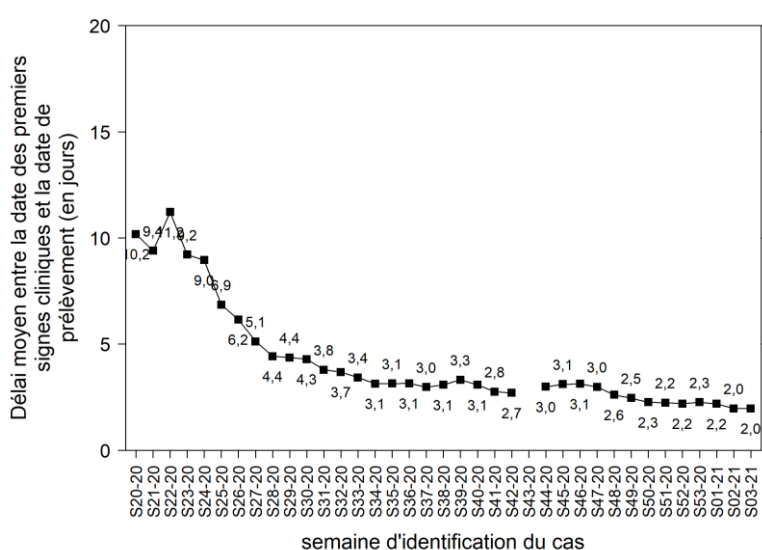
Source : ContactCovid – Cnam.

► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En semaine 03, 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 54% des cas), **le délai moyen de diagnostic est resté stable à 2,0 jours** (même valeur qu'en S02) (Figure 17). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

- En S03, les délais de diagnostic pour plusieurs régions ultramarines restaient supérieurs à la métropole, avec notamment un délai de 2,8 jours à La Réunion et de 2,7 jours en Guyane. L'indicateur ne peut être calculé pour Mayotte (Cf. note en introduction). Le faible nombre de cas dans les départements d'outre-mer rend cependant cet indicateur très volatile et sujet à des variations individuelles importantes.

Figure 17. Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques, par semaine, du 13 mai 2020 au 24 janvier 2021, France



Note : le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et de prélèvement renseignés. En semaine 03, cela représente 54% des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un Point épidémiologique à l'autre.

Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020.

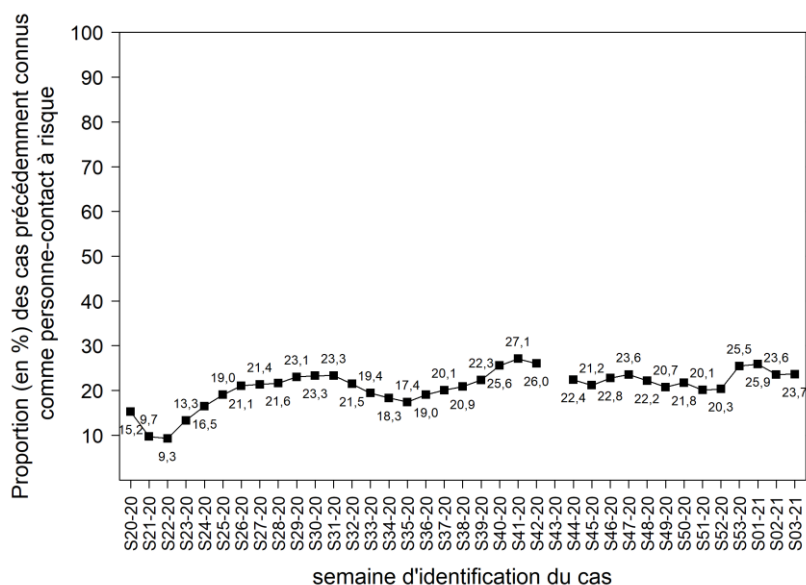
Source : ContactCovid – Cnam

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

- La proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas était stable (23,7% en S03 vs 23,6% en S02) (Figure 18). La proportion de cas précédemment connus comme personne-contact à risque était la plus faible en Guadeloupe (16%) et Île-de-France (16%), et la plus haute en Normandie (29%) et à La Réunion (30%) (Figure 19).

- La proportion des personnes-contacts devenues des cas était en nette diminution, passant de 14,3% à 12,5% (semaine d'identification des personnes-contacts : S02). Ce nombre était plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques (14,2%) que de cas asymptomatiques (8,0%).

Figure 18. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 24 janvier 2021, France

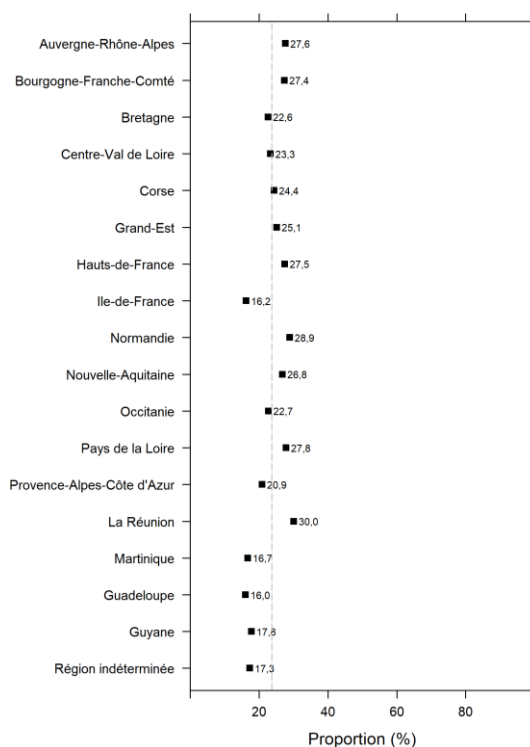


Note : les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un Point épidémiologique à l'autre.

Indicateur non estimable en semaine 43-2020.

Source : ContactCovid – Cnam

Figure 19. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque durant la semaine 03 (du 18 au 24 janvier 2021) par région, France



Note : délai moyen calculé quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.
La ligne verticale correspond à la moyenne nationale.

Source : ContactCovid – Cnam

► Mobilité des cas et des personnes-contacts

- En S03, la proportion de nouveaux cas revenant d'un voyage (hors département ou pays de résidence) était stable à 3%. Cette proportion n'a pas évolué depuis S51-2020 pour les personnes-contacts (autour de 1%).
- En S03, la proportion de personnes-contacts qui n'appartenaient pas au même foyer que le cas index était en légère diminution (62% vs 64% en S02).

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

► Données cumulées depuis début mars 2020

- Du 1^{er} mars 2020 au 24 janvier 2021, **24 802** 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 (Tableau 6).
- Il s'agissait de **15 334 (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD et autres EHPA) et **9 468 (38%) dans les autres ESMS** (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 6).
- Parmi les **15 334 signalements en EHPA**, 12 644 (82%) épisodes comprenaient **au moins un cas confirmé** parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 24 802 signalements en ESMS, **169 291 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents (Tableau 6). Parmi les **22 238 décès survenus dans les établissements**, 22 058 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 6. 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 24 janvier 2021, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	15 334	6 751	1 090	1 627	24 802
Cas confirmés ⁶	147 402	18 027	1 187	2 675	169 291
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	8 660	340	0	36	9 036
Décès ⁷ établissements	22 058	126	0	54	22 238
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	70 776	13 753	1 252	1 390	87 171

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 confirmés

⁷Cas possibles et confirmés décédés

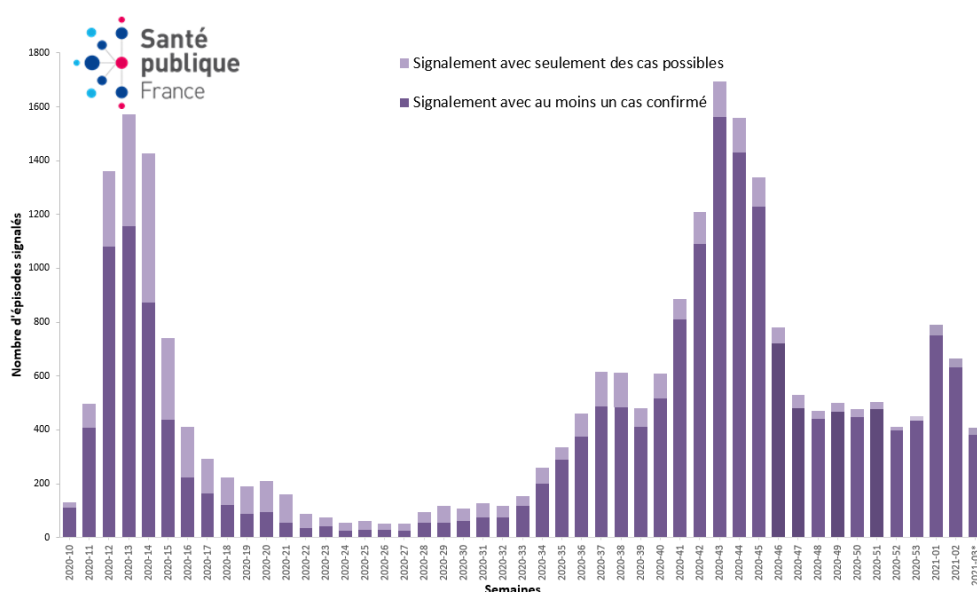
► Données recueillies depuis début juillet 2020

- Depuis début juillet 2020, le nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS a augmenté, pour atteindre un pic en S43 avec **1 693** signalements enregistrés (Figure 20), puis il a diminué entre les semaines 44 et 48 et s'est stabilisé les semaines suivantes. **On constate une augmentation du nombre de signalements** enregistrés en semaines 01 et 02-2021 par rapport aux semaines précédentes, avec respectivement 792 signalements et 666 signalements, vs 450 en S53. En semaine **03**, le nombre de signalements enregistrés est de 407 (données non consolidées).
- La proportion d'EHPA par région ayant signalé au moins un nouvel épisode en S03-2021 sur le territoire métropolitain est comprise entre 1% et 4%.
- Depuis le 20 juillet, parmi les 10 446 EHPA, 6 042 (58%) ont déclaré au moins un épisode. Parmi les 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 2 692 (30%) ont déclaré au moins un épisode.

- Depuis fin juillet, le nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS a augmenté, pour atteindre un pic en semaine 45 (22 007 cas), Depuis la semaine 46, le nombre de cas confirmés a diminué jusqu'en semaine 53 (7 029 cas en S53 vs 19 779 cas en S46). Le nombre de cas confirmés a augmenté en semaines 01 (9 263 cas) et 02 (10 381 cas). En semaine 03, 8 836 cas confirmés ont été enregistrés (données S03- non consolidées (Figure 21).

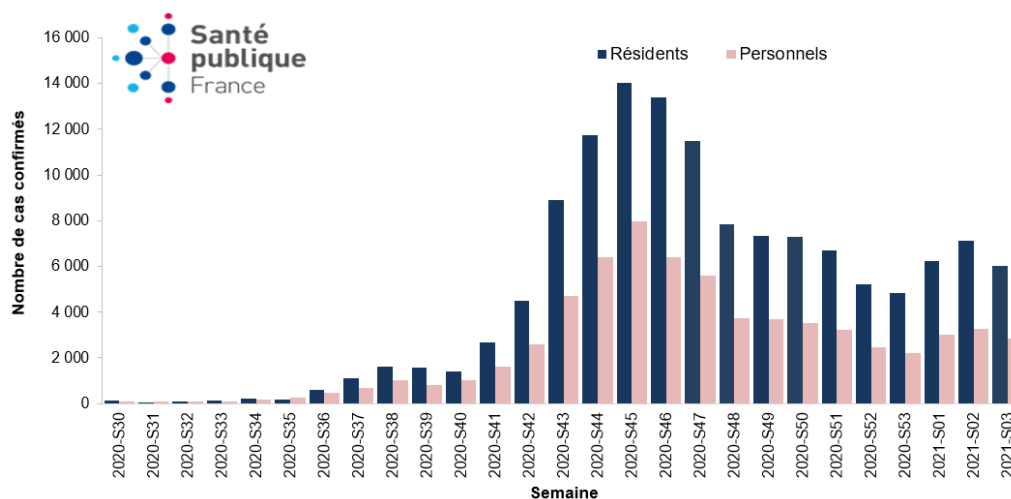
- Dans les EHPA, la proportion de nouveaux cas confirmés enregistrés chez les résidents depuis la semaine 01 est plus importante en région **Provence Alpes-Côte d'Azur** que dans les autres régions. En semaine 02, la proportion de nouveaux cas confirmés a diminué en région **Bourgogne-Franche-Comté** puis a augmenté en semaine 03 (Figure 22). Cette proportion a été calculée en rapportant le nombre de cas confirmés chez les résidents en EHPA au nombre total de résidents en EHPA par région.

Figure 20. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 en ESMS, par date de début des signes du premier cas, entre le 1^{er} mars 2020 et le 24 janvier 2021, France



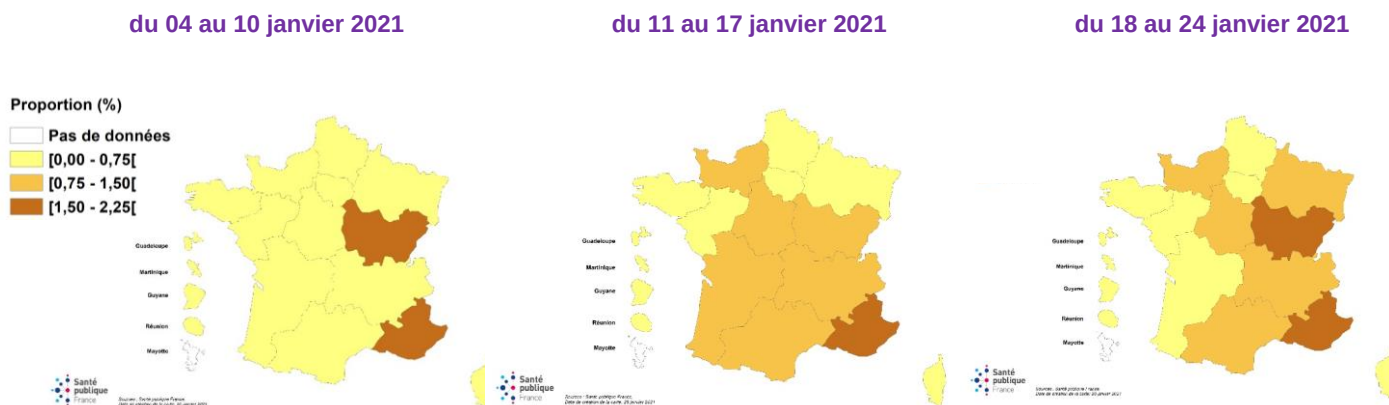
* Semaine 03 : données non consolidées

Figure 21. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 24 janvier 2021, France



* Semaine 03 : données non consolidées

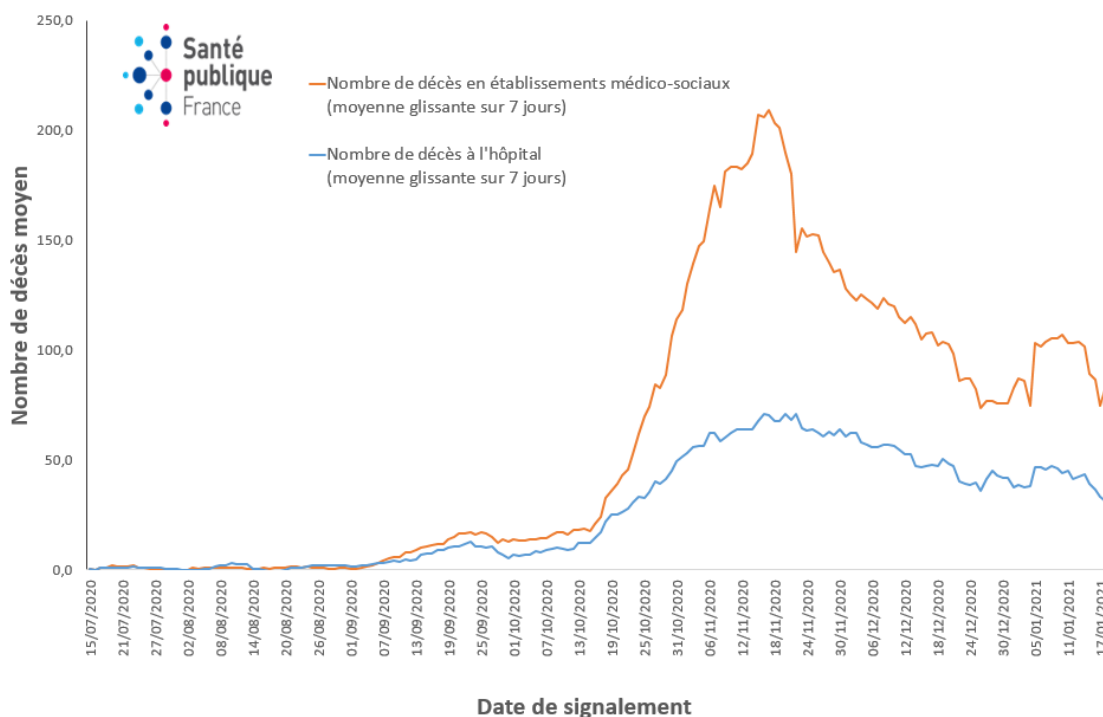
Figure 22. Proportion de nouveaux cas confirmés de COVID-19 chez les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) par semaine depuis le 04 janvier 2021, par région, France



• Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36, **le nombre de décès en établissement d'accueil dans les ESMS** a augmenté de la semaine 37 à la semaine 46 (S46 : 1 490 décès), a diminué jusqu'en semaine 48 puis s'est stabilisé. On constate que le nombre de décès a augmenté en semaine 53 avec 649 décès enregistrés puis **s'est stabilisé** en semaine 01, avec 708 décès enregistrés et 653 en semaine 02. En semaine 03, 392 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 pour les décès à l'hôpital depuis le 15 janvier 2021** (Figure 23). La consolidation des données permettra de confirmer l'évolution observée.

Figure 23. 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 24 janvier 2021, France



Dernières données de décès le 18 janvier 2021 pour l'estimation de la moyenne glissante sur 7 jours

Semaine 03 : données non consolidées

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

• Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **340 814 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 26 janvier 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période) (Figure 24).

• En semaine 03 (du 18 au 24 janvier 2021), **7 221 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (6 135 passages en S02, +18%). Ce nombre était en hausse pour la 2^e semaine consécutive.

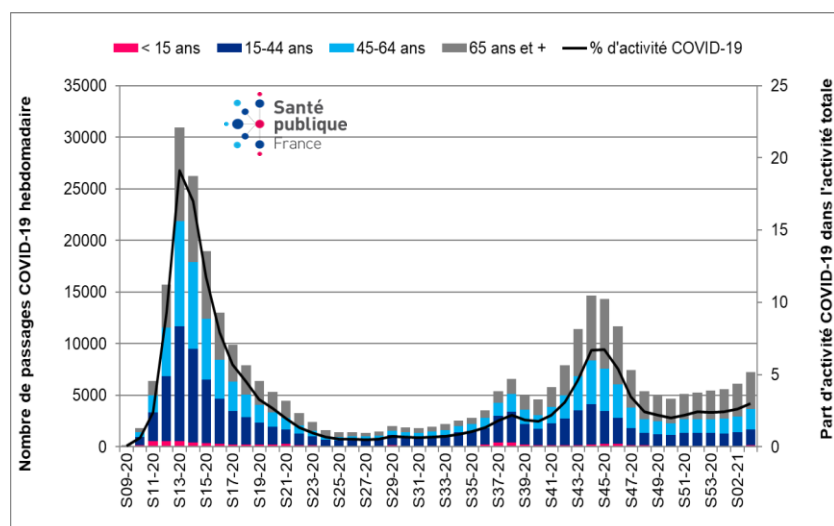
• La part d'activité était en légère hausse (3,0% en S03 vs 2,6% en S02). Le nombre d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était stable (58% en S03 vs 59% en S02).

• En semaine 03, le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en hausse dans toutes les classes d'âge. La **répartition du nombre de passages par classe d'âge** était comparable à la semaine précédente : 0-4 ans : 1%, 5-14 ans : 1%, 15-44 ans : 21%, 45-64 ans : 27%, 65-74 ans : 17%, 75 ans et plus : 33%.

• Au niveau régional, les passages pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en hausse dans la majorité des régions métropolitaines. Les hausses les plus importantes étaient observées en Île-de-France (+31% soit +293 passages), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+25% soit +236 passages), Hauts-de-France (+36% soit +139 passages) et Auvergne-Rhône-Alpes (+12% soit +101 passages). On observait également une hausse modérée des effectifs à **Mayotte** (+90% soit +9 passages).

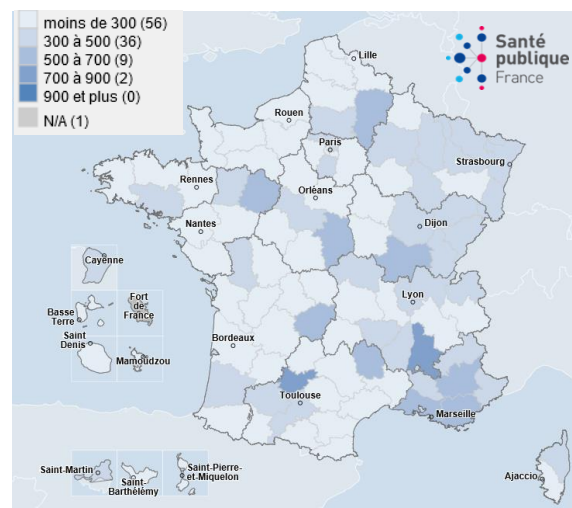
• En semaine 03, comme les précédentes semaines, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité des passages était enregistrée en Île-de-France (17%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (16%), Auvergne-Rhône-Alpes (13%) et Grand Est (10%).

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



Source : OSCOUR®

Figure 25. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 03-2021, France



Source : OSCOUR®

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

NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori [1], avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests RT-PCR, incluant les tests RT-LAMP, et antigéniques positifs), des passages aux urgences (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. Le R -effectif estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines auparavant (intégrant le délai entre la contamination et le test, et le fait que le calcul est effectué sur une période de 7 jours). L'indicateur SI-DEP peut être instable, notamment lorsque l'incidence est faible car il est influencé par les actions locales de dépistage. Les indicateurs calculés à partir des données de passages aux urgences et des hospitalisations sont plus stables, mais montrent des tendances plus tardives. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas.

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

- L'estimation du nombre de reproduction effectif en **France métropolitaine** est **supérieure à 1 de façon significative dans les trois sources de données pour la 3^e semaine consécutive**. Ainsi, à partir des **données virologiques** (tests PCR et tests antigéniques SI-DEP), l'estimation au 23 janvier est de **1,09** (IC95% [1,09-1,10]). À partir des **passages aux urgences (OSCOUR®)** pour suspicion de COVID-19, l'estimation du nombre de reproduction au 23 janvier est de **1,14** (IC95% [1,12-1,17]). À partir **des données d'hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC)**, l'estimation au 24 janvier est de **1,07** (IC95% [1,05-1,10]) (Tableau 7).

- Au 23 janvier 2021, les estimations des **R -effectif à partir des données virologiques SI-DEP** sont **significativement supérieures à 1 dans 12 des 13 régions métropolitaines** (Tableau 7). Seule la région Bourgogne-Franche-Comté présente un R -effectif égal à 1 (IC95% [0,98-1,03]).

- À partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)**, les estimations du nombre de reproduction au 23 janvier 2021 sont significativement supérieures à 1 **dans 6 régions métropolitaines** : Hauts-de-France, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elles sont supérieures à 1 mais de façon non significative dans les 7 autres régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse, Grand Est et Normandie.

- À partir des **hospitalisations pour COVID-19** rapportées dans **SI-VIC**, les estimations du nombre de reproduction au 24 janvier sont significativement supérieures à 1 **dans 7 régions métropolitaines** : Bretagne, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elles sont supérieures à 1 mais de façon non significative dans 5 autres régions : Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Corse, Grand Est et Île-de-France.

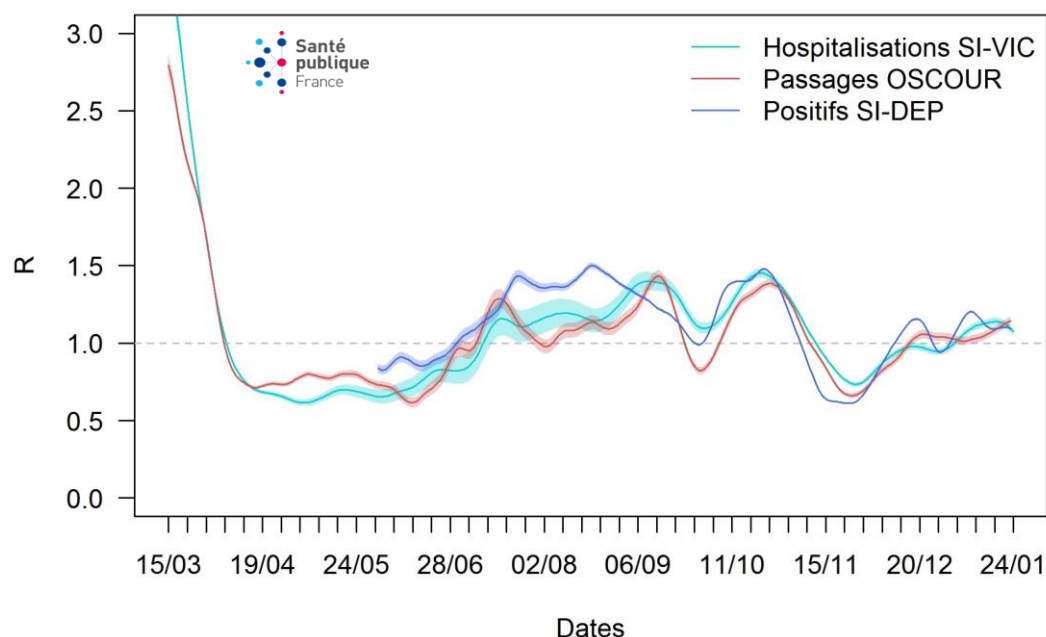
- **Les estimations du nombre de reproduction sont significativement supérieures à 1 pour chacune des sources de données dans 5 régions** : Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

- **En Outre-mer**, les estimations du nombre de reproduction au 23 janvier sont significativement supérieures à 1 à **La Réunion et à Mayotte à partir des données virologiques SI-DEP** et à **Mayotte à partir des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC**.

Les estimations du nombre de reproduction excèdent 1 mais sans être significatives en Guadeloupe et Martinique à partir des données virologiques SI-DEP, en Guyane à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC, ainsi qu'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 26. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP), des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), du 15 mars 2020 au 23 janvier 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 7. Nombre de reproduction effectif du 23 janvier 2021 à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), et nombre de reproduction effectif du 24 janvier à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) par région, France

Territoire	Régions	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1,08 (1,06-1,09)	1,03 (0,96-1,10)	0,98 (0,93-1,04)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,00 (0,98-1,03)	1,03 (0,94-1,12)	1,06 (0,98-1,14)
	Bretagne	1,08 (1,05-1,12)	1,10 (0,95-1,27)	1,19 (1,05-1,34)
	Centre-Val de Loire	1,09 (1,06-1,12)	1,04 (0,91-1,19)	1,06 (0,95-1,18)
	Corse	1,17 (1,05-1,29)	1,39 (0,94-1,93)	1,34 (0,84-1,95)
	Grand Est	1,05 (1,03-1,06)	1,04 (0,96-1,12)	1,01 (0,95-1,07)
	Hauts-de-France	1,09 (1,07-1,10)	1,21 (1,11-1,32)	1,11 (1,04-1,18)
	Ile-de-France	1,10 (1,09-1,11)	1,24 (1,17-1,31)	1,00 (0,95-1,06)
	Normandie	1,07 (1,04-1,10)	1,12 (0,98-1,26)	1,17 (1,07-1,27)
	Nouvelle-Aquitaine	1,12 (1,10-1,14)	1,21 (1,12-1,32)	1,14 (1,05-1,23)
	Occitanie	1,13 (1,11-1,15)	1,20 (1,10-1,30)	1,10 (1,02-1,19)
	Pays de la Loire	1,15 (1,12-1,18)	1,20 (1,08-1,34)	1,13 (1,03-1,23)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,12 (1,10-1,14)	1,20 (1,14-1,28)	1,21 (1,15-1,28)
	France métropolitaine	1,09 (1,09-1,10)	1,14 (1,12-1,17)	1,07 (1,05-1,10)
France ultramarine	Guadeloupe	1,02 (0,84-1,22)	NC	NC
	Guyane	0,82 (0,76-0,89)	1,02 (0,78-1,30)	1,17 (0,88-1,49)
	La Réunion*	1,30 (1,16-1,44)	1,00 (0,62-1,48)	0,80 (0,45-1,26)
	Martinique	1,00 (0,78-1,24)	NA	NC
	Mayotte	1,44 (1,34-1,55)	NC	1,73 (1,12-2,48)

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

* 20% de cas importés

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, **1 997** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

- Parmi les **298 337 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 8) :
 - l'âge médian des patients est de 73 ans et 53% sont des hommes ;
 - **51 868** patients sont décédés : **75%** étaient âgés de 75 ans et plus et **58%** étaient des hommes ;
 - **219 152** patients sont retournés à domicile.

• Le **26 janvier 2021**, **27 041** cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France, dont **3 081** en réanimation.

Tableau 8. Nombre de personnes hospitalisées (dont en réanimation) pour COVID-19 le 26 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 26 janvier 2021				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	27 041		3 081		219 152		51 868	
Classes d'âge *								
Total	26 806		3 047		217 424		51 579	
0-14 ans	57	<1	11	<1	2 603	1	4	<1
15-44 ans	890	3	134	4	26 969	12	379	1
45-64 ans	3 998	15	905	30	55 552	26	4 164	8
65-74 ans	5 611	21	1 200	39	42 731	20	8 463	16
75 et +	16 250	61	797	26	89 569	41	38 569	75
Régions *								
Total	27 005		3 071		219 121		51 842	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	3906	14	430	14	31 992	15	7 827	15
Bourgogne-Franche-Comté	1826	7	178	6	11 777	5	3 236	6
Bretagne	656	2	41	1	3 886	2	869	2
Centre-Val de Loire	1090	4	136	4	6 351	3	1 603	3
Corse	50	<1	8	<1	545	<1	123	<1
Grand Est	3040	11	326	11	24 311	11	6 979	13
Hauts-de-France	2500	9	285	9	20 245	9	5 170	10
Île-de-France	5004	19	616	20	58 777	27	13 153	25
Normandie	1359	5	103	3	6 982	3	1 813	3
Nouvelle-Aquitaine	1464	5	205	7	9 161	4	2 163	4
Occitanie	1705	6	223	7	11 559	5	2 511	5
Pays de la Loire	998	4	92	3	7 179	3	1 652	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3238	12	398	13	21 732	10	4 357	8
Outre-Mer								
La Réunion	25	<1	5	<1	779	<1	54	<1
Martinique	13	<1	2	<1	380	<1	45	<1
Mayotte	31	<1	4	<1	579	<1	46	<1
Guadeloupe	51	<1	5	<1	786	<1	169	<1
Guyane	49	<1	14	<1	2100	1	72	<1

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

Source : SI-VIC

- L'augmentation du nombre de déclarations de **nouvelles hospitalisations** observée en semaines 01 et 02 se poursuit en semaine 03 : **11 155** nouvelles hospitalisations ont été déclarées en S03 contre **9 631** en S02, soit +16% (Figure 27a).

Le **taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19** était de **16,6/100 000 habitants** en S03 vs **14,4** en S02.

Figure 27a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 24 janvier 2021)

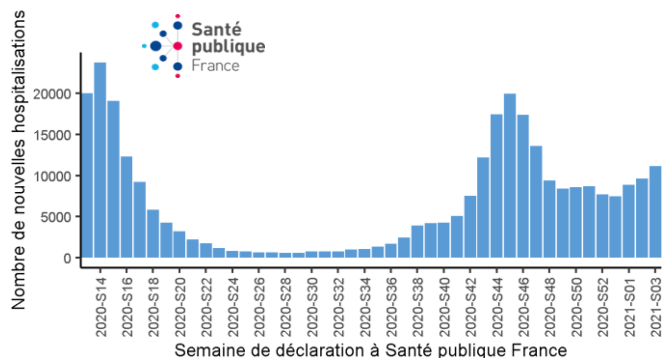
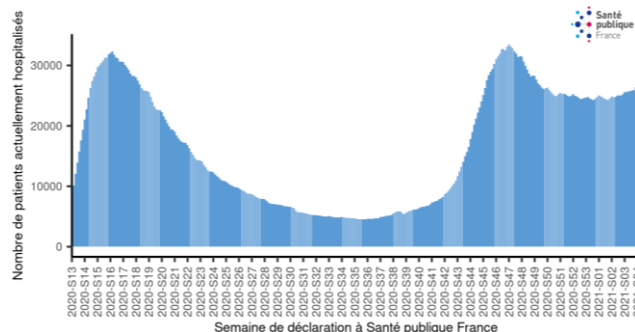


Figure 27b. Nombre de cas de COVID-19 en cours d'hospitalisation, par jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 26 janvier 2021)



Source : SI-VIC

- En semaine 03, le **taux hebdomadaire d'hospitalisations** était en hausse dans toutes les régions de France métropolitaine, excepté en Corse où il a diminué (-14%).

- Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** en semaine 03 ont été enregistrés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (30,9/100 000 habitants), **Bourgogne-Franche-Comté** (27,5), **Grand Est** (21,6), **Hauts-de-France** (18,8) et **Auvergne-Rhône-Alpes** (18,7). Les autres régions enregistraient des taux inférieurs à 16,6 pour 100 000 habitants (Figure 28).

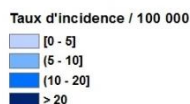
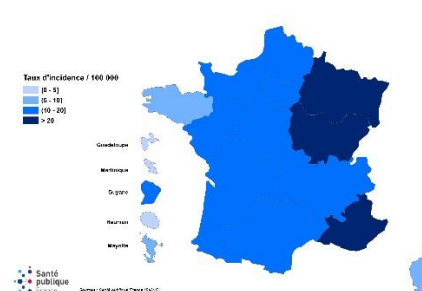
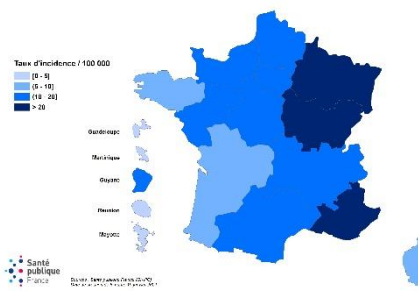
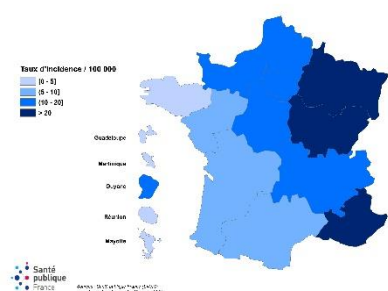
- Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 03, le **plus fort taux d'hospitalisations** était observé en **Guyane** avec 18,6/100 000 habitants, en **augmentation** par rapport à la S02 (15,5, soit +9 hospitalisations). Une tendance à l'**augmentation** était aussi observée à **Mayotte** (7,2 vs 3,9 en S02, soit +9 hospitalisations). Les hospitalisations sont stables ou en baisse en **Guadeloupe** (1,1 vs 2,9, soit -7 hospitalisations), à **La Réunion** (1,6 vs 2,2 soit -5 hospitalisations) et en **Martinique** (0,6 vs 1,1 soit -2 hospitalisations).

Figure 28. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 04 au 24 janvier 2021 (S01 à S03), France

du 04 au 10 janvier 2021

du 11 au 17 janvier 2021

du 18 au 24 janvier 2021



Source : SI-VIC

• L'augmentation du nombre de déclarations de **nouvelles admissions en réanimation** observée en semaines 01 et 02 se poursuit en S03 : **1 706** nouvelles admissions en réanimation ont été déclarées en S03 contre 1 418 en S02, soit +20% (Figure 29a).

Le taux hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation était de **2,5/100 000 habitants** en S03 vs 2,1 en S02.

Figure 29a. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 24 janvier 2021)

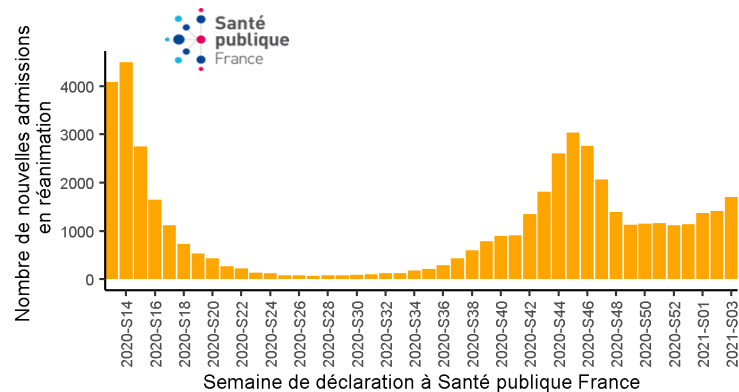
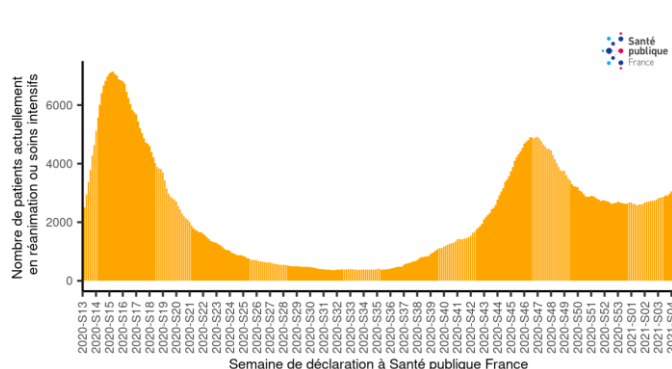


Figure 29b. Nombre de cas de COVID-19 en réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 26 janvier 2021)



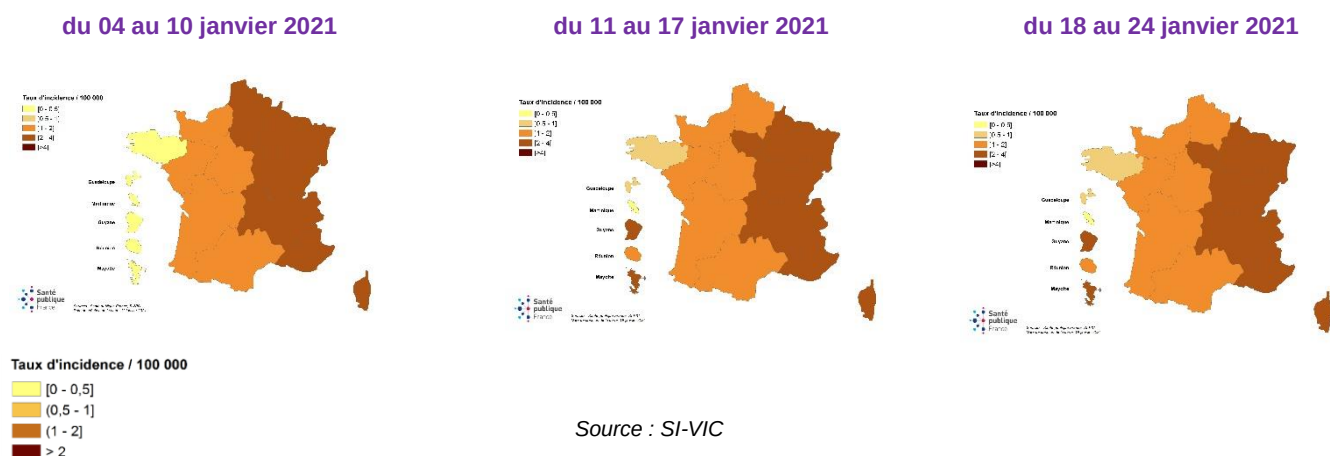
Source : SI-VIC

• En semaine 03, le **taux hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation a augmenté** dans toutes les régions de France métropolitaine.

• Les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en réanimation** étaient rapportés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (4,2/100 000 habitants), **Bourgogne-Franche-Comté** (3,5), **Grand Est** (3,2), **Auvergne-Rhône-Alpes** (3,0), **Hauts-de-France** (2,9), **Corse** (2,9) et **Île-de-France** (2,8). Les autres régions de France métropolitaine rapportaient des taux inférieurs à 2,4 pour 100 000 habitants (Figure 30).

• Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 03, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 était observé en Guyane (2,8/100 000 habitants). Les effectifs des admissions en réanimation sont tous inférieurs à 8 et les différences par rapport à la semaine 02 sont peu interprétables.

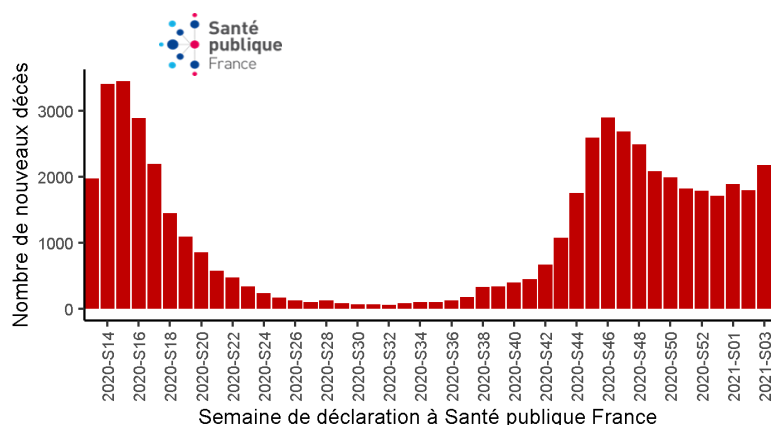
Figure 30. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 04 au 24 janvier 2021 (S01 à S03), France



Source : SI-VIC

- Le nombre de **déclarations de décès** survenus au cours d'une hospitalisation a augmenté en S03 : **2 175** contre 1 800 en S02, soit +21% (Figure 31).

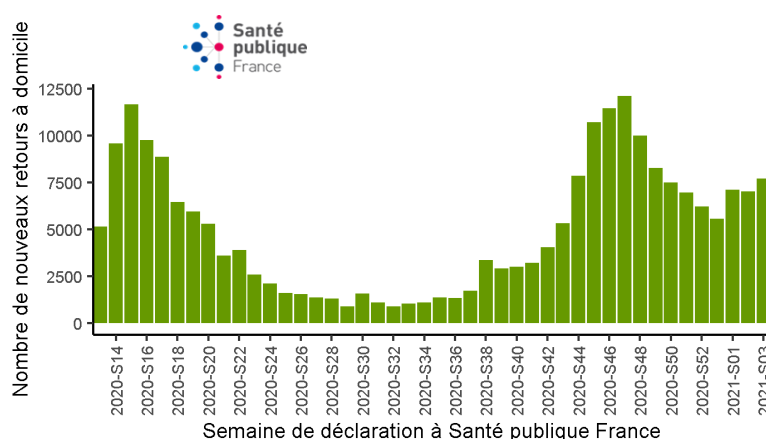
Figure 31. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 24 janvier 2021)



Source : SI-VIC

- Le nombre de déclarations de **retours à domicile** après une hospitalisation a augmenté en S03 : **7 725** contre 7 039 en S02, soit +10% (Figure 32).

Figure 32. 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 24 janvier 2021)



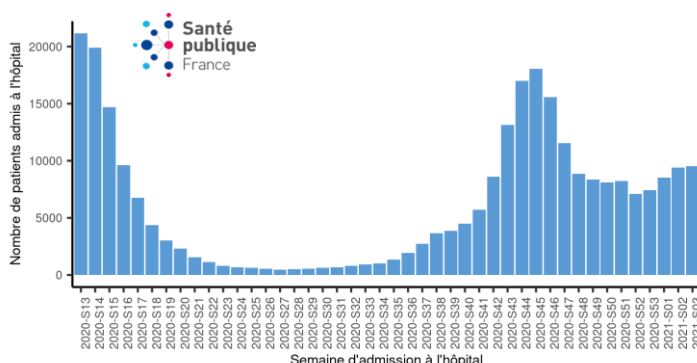
Source : SI-VIC

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

- Les graphiques précédents (Figures 27a, 29a, 31, 32) 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 33 et 34) ou par date de décès (Figure 35). Toutefois, les données de la S03 ne sont pas consolidées.

- Le nombre de nouvelles hospitalisations a augmenté en S02 (+11% par rapport à S01, données consolidées). Cette augmentation semble se poursuivre en S03 (+1% par rapport à S02, données non consolidées) (Figure 36).

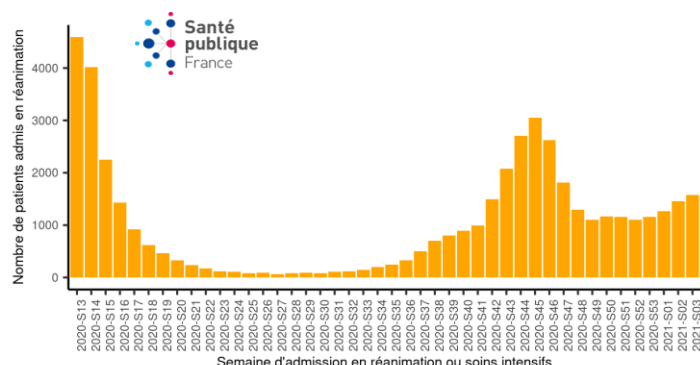
Figure 33. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis à l'hôpital, par semaine d'admission à l'hôpital, depuis le 24 février 2020, France (données au 26 janvier 2021)



Semaine 03 : données non consolidées / Source : SI-VIC

- Le nombre de nouvelles admissions en réanimation a augmenté en S02 (+15% vs S01, données consolidées). Cette augmentation se poursuit en S03 (+8% vs S02, données non consolidées) (Figure 34).

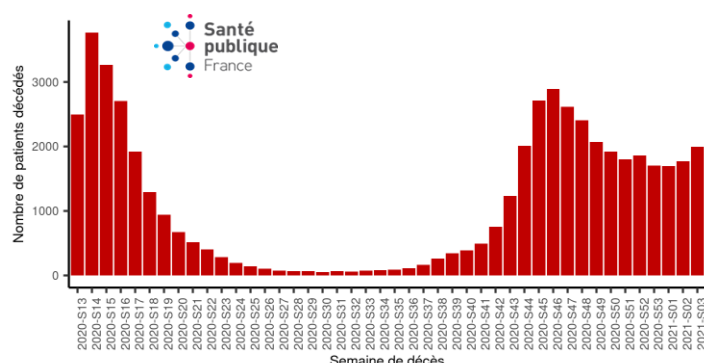
Figure 34. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis en service de réanimation pendant leur hospitalisation, par semaine d'admission en réanimation, depuis le 24 février 2020, France (données au 26 janvier 2021)



Semaine 03 : données non consolidées / Source : SI-VIC

- Le nombre de décès a augmenté en S02 (+4% vs S01, données consolidées). Cette augmentation se poursuit en S03 (+13% vs S02, données non consolidées) (Figure 35).

Figure 35. Nombre hebdomadaire de décès à l'hôpital de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 02 mars 2020, France (données au 26 janvier 2021)



Semaine 03 : données non consolidées / Source : SI-VIC

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

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

- Entre le 05 octobre 2020 et le 26 janvier 2021, parmi les **5 448 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19**, **72% 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 ; 69 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'**hypertension artérielle** (46%), l'**obésité** (IMC $\geq$ 30kg.m⁻²) (45% des cas signalés dont l'IMC était renseigné) et le **diabète** (31%) (Tableau 9).
- Parmi les 4 092 patients pour lesquels l'information était renseignée, 47% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 4 359 patients : 45% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 43% d'une ventilation invasive et 3% d'une assistance extracorporelle (ECMO/ECCO₂R) au cours de leur séjour en réanimation.
- **981 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 961 patients ; parmi eux, 910 (95%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (53%), l'obésité (41% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (37%) (Tableau 9). Entre le 05 octobre 2020 et le 26 janvier 2021, 2 974 sorties de réanimation ont été rapportées.

Tableau 9. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 26 janvier 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France (données au 26 janvier 2021)

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=5 448)		Cas décédés en réanimation (n=981)	
	n	%	n	%
0-14 ans	17	<1	0	-
15-44 ans	299	6	20	2
45-64 ans	1 711	32	152	16
65-74 ans	2 018	37	361	37
75 et +	1 383	25	447	46
Non renseigné	20		1	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	572	11	51	5
Au moins une comorbidité	4 740	89	910	95
Obésité (IMC $\geq$ 30) ³	2 157	45	347	41
Hypertension artérielle	2 417	46	512	53
Diabète	1 665	31	314	33
Pathologie cardiaque	1 343	25	360	37
Pathologie pulmonaire	1 138	21	241	25
Pathologie rénale	463	9	137	14
Immunodépression	393	7	114	12
Cancer	372	7	105	11
Pathologie neuromusculaire	169	3	51	5
Pathologie hépatique	124	2	47	5
Autre	816	15	168	17
Non renseigné	136		20	

¹Un patient peut présenter plusieurs comorbidités 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 dont l'IMC est renseigné (n=4 790 et n=849 pour les cas décédés).

SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES

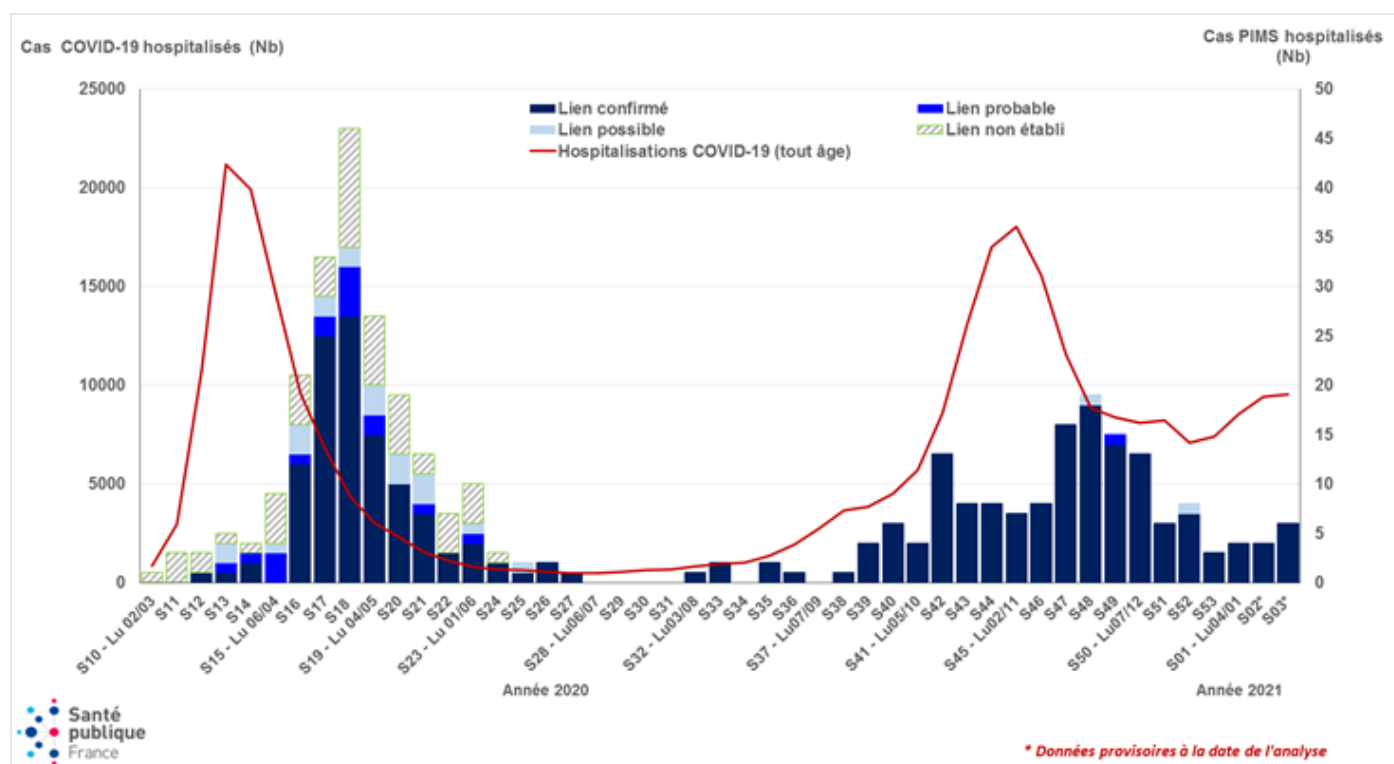
Fin avril 2020, le signalement de cas de myocardite avec état de choc cardiogénique chez des enfants avec une infection COVID-19 récente a conduit à la mise en place, par Santé publique France et les sociétés savantes de pédiatrie, d'une surveillance active de ces tableaux cliniques atypiques. Ces syndromes sont recensés sous l'appellation de « [syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques](#) » ou PIMS. La [méthodologie et les premiers résultats](#) de leur surveillance en France ont été publiés en juin 2020.

- **Entre le 1^{er} mars 2020 et le 24 janvier 2021, 368 cas** de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (ou PIMS) ont été signalés.
- Cent soixante-trois cas (44%) ont concerné des filles. L'âge médian des cas était de 7 ans (25% des cas avaient ≤ 3 ans et 75% ≤ 11 ans).
- **Près de trois quarts des cas étaient confirmés par une RT-PCR et/ou sérologie pour SARS-CoV-2 positives** (n=269, 73%). Le lien avec le virus était probable chez 18 (5%) patients (contage avec un sujet positif ou scanner évocateur) et considéré comme possible chez 23 patients (6%). Pour les 58 patients restants (16%), ce lien n'a pas pu être établi.
- Parmi les 310 patients pour lesquels le lien avec la COVID-19 était possible, probable ou confirmé, les PIMS étaient associés à une myocardite pour 218 cas (70%). Parmi les 58 patients sans lien établi avec la COVID-19, une myocardite n'a été retrouvée que pour 5 d'entre eux.
- Un séjour en réanimation a été nécessaire pour 171 enfants (46%) et en unité de soins critiques pour 80 (22%). Les autres enfants ont été hospitalisés en service de pédiatrie. Un enfant âgé de 9 ans est décédé dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite.
- Les régions ayant signalé le plus grand nombre de cas sont l'Île-de-France (152 cas, 41%), Auvergne-Rhône-Alpes (55 cas, 15%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (44 cas, 12%), Grand Est (24 cas, 7%). Les autres régions ont rapporté moins de 20 cas (Tableau 10).
- Un délai moyen de survenue des PIMS de 4 à 5 semaines après l'infection par le SARS-CoV-2 avait été observé lors de la première vague de l'épidémie. Après un pic observé en semaine 18 (semaine d'hospitalisation), le nombre de cas signalés a diminué de manière importante au cours de l'été, avant une nouvelle augmentation depuis la semaine 39, fin septembre : 151 cas ont été rapportés entre le 21 septembre 2020 et le 24 janvier 2021, tous confirmés à l'exception d'un cas probable, et de deux cas possibles (Figure 36).
- Au total, les données recueillies confirment l'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique rare chez l'enfant avec fréquente atteinte cardiaque, lié à l'épidémie de COVID-19, également observé dans d'autres pays. En France, l'incidence des PIMS en lien avec la COVID-19 (310 cas) a été estimée à **21,4 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans** (soit : 14 511 544 habitants, données Insee 2019).

Tableau 10. Distribution du nombre de cas de PIMS par région en fonction de leur lien avec le SARS-CoV-2, du 02 mars 2020 au 24 janvier 2021, France (données au 26 janvier 2021)

Nombre de cas de PIMS selon le lien avec le SARS-COV-2					
Régions métropolitaines	Lien confirmé	Lien probable	Lien possible	Lien non établi	Total
Île-de-France	121	8	6	17	152
Auvergne-Rhône-Alpes	39	3	2	11	55
Provence-Alpes-Côte d'Azur	33	1	4	6	44
Grand Est	17	2	2	3	24
Nouvelle-Aquitaine	11	1	0	4	16
Pays de la Loire	8	1	1	6	16
Normandie	5	1	2	5	13
Occitanie	7	0	0	1	8
Bourgogne-Franche-Comté	4	1	0	2	7
Centre-Val de Loire	3	0	2	0	5
Hauts-de-France	3	0	2	0	5
Bretagne	0	0	1	1	2
Corse	0	0	0	0	0
Régions ultramarines					
Mayotte	12	0	0	0	12
Guadeloupe	4	0	1	2	7
Guyane	1	0	0	0	1
La Réunion	1	0	0	0	1
Martinique	0	0	0	0	0
Total	269	18	23	58	368

Figure 36. Distribution hebdomadaire des hospitalisations pour PIMS, en fonction du lien avec la COVID-19, et des hospitalisations COVID-19 tous âges, du 02 mars 2020 au 24 janvier 2021, France (données au 26 janvier 2021)



SURVEILLANCE DES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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

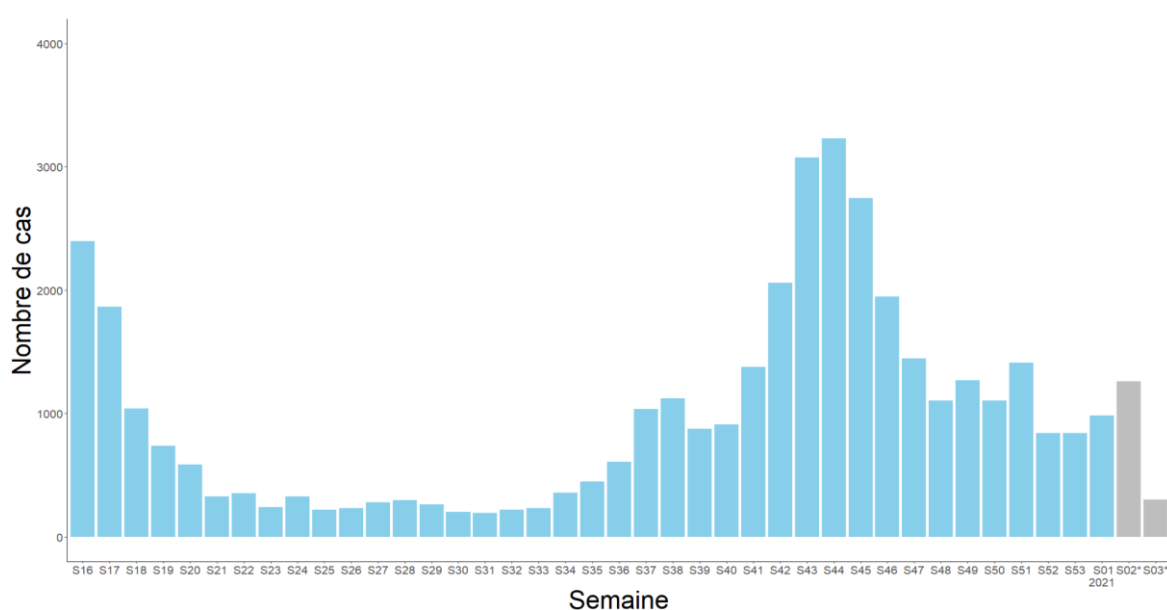
- Depuis le dernier bilan publié le 14 janvier 2021, 3 015 cas supplémentaires ont été déclarés, portant à **64 541 le nombre de professionnels en établissement de santé (PES) infectés pour la période du 1^{er} mars 2020 au 25 janvier 2021**. La répartition actualisée du nombre hebdomadaire de cas déclarés montre, après une relative stabilisation du nombre de cas entre les semaines 48 et 51, **une tendance à l'augmentation entre les semaines 53 et 02**. Les données des semaines 02 et 03 ne sont pas consolidées (Figure 37).

- Un décès supplémentaire lié à la COVID-19 chez un infirmier, survenu le 08 décembre, a été rapporté. Au total, **19 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2** ont été enregistrés depuis le 1^{er} mars 2020, survenus chez 5 médecins, 5 aides-soignants, 1 infirmier, 2 professionnels de santé classés « autres » et 6 professionnels non soignants. Parmi les décès déclarés, aucun n'est survenu entre juin et décembre 2020.

- À partir du 13 avril 2020, il a été demandé de renseigner la catégorie de service où avaient travaillé les professionnels dans les 15 jours précédant les symptômes. Parmi les 40 368 PES infectés recensés entre le 13 avril 2020 et le 25 janvier 2021, la majorité (26%, N=10 631) travaillait dans des services de médecine hors réanimation (Tableau 11). La catégorie de service n'a pas été rapportée pour 28,2% (N=11 384) PES. La figure 38 montre la dynamique du nombre de cas de PES déclarés atteints de COVID-19 par semaine, en fonction de la catégorie de service où ils avaient travaillé dans les 15 jours précédant l'infection.

- Les 972 PES infectés ayant travaillé dans les services de réanimation représentaient 1,7% des PES travaillant dans les services de réanimation, soins intensifs et surveillance continue dans les établissements participant à l'enquête. Les 2 648 PES infectés ayant travaillé dans des établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) représentaient 4,3% des PES travaillant dans les établissements de SSR participant à l'enquête, et les 1 243 PES infectés ayant travaillé dans les établissements des soins de longue durée (SLD) représentaient 6,9% des PES travaillant dans les établissements de SLD participant à l'enquête. Pour les autres catégories de service, en l'absence de dénominateur consolidé, cette proportion n'a pas été estimée.

Figure 37. Nombre de professionnels atteints de la COVID-19 déclarés dans les établissements de santé participants, par semaine, depuis le 13 avril 2020 (N=40 368), France (données au 25 janvier 2021)



* Les données pour S02 et S03-2021 sont en cours de consolidation.

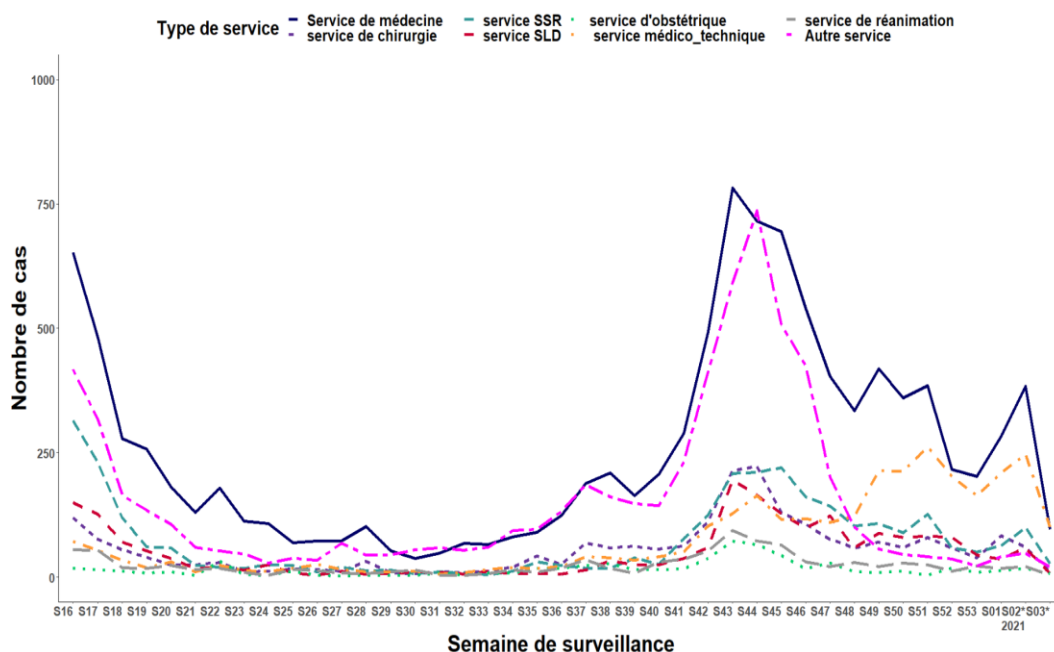
Note. Les cas antérieurs au 13 avril 2020 (N=24 173) ont été signalés à Santé publique France de manière rétrospective et agrégée sans précision sur leur semaine de signalement.

Tableau 11. Répartition par service des PES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 depuis le 13 avril 2020 (N=40 368), France (données au 25 janvier 2021)

Service	Nombre de PES infectés	%
Médecine hors réanimation	10 631	26,3
Chirurgie	2 287	5,7
Obstétrique	655	1,6
Réanimation	972	2,4
SSR*	3 009	7,5
SLD*	2 046	5,1
Médico-technique	3 124	7,7
Autre	6 260	15,5
Inconnu	11 384	28,2
Total	40 368	100,0

Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : [SAE, données 2019](#)
SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée ; Médico-technique : laboratoires, services d'imagerie etc.

Figure 38. Évolution hebdomadaire des PES déclarés atteints de la COVID-19 selon le type de service dans les établissements de santé participant, par semaine, depuis le 13 avril 2020 (N=28 984), France (données au 25 janvier 2021)



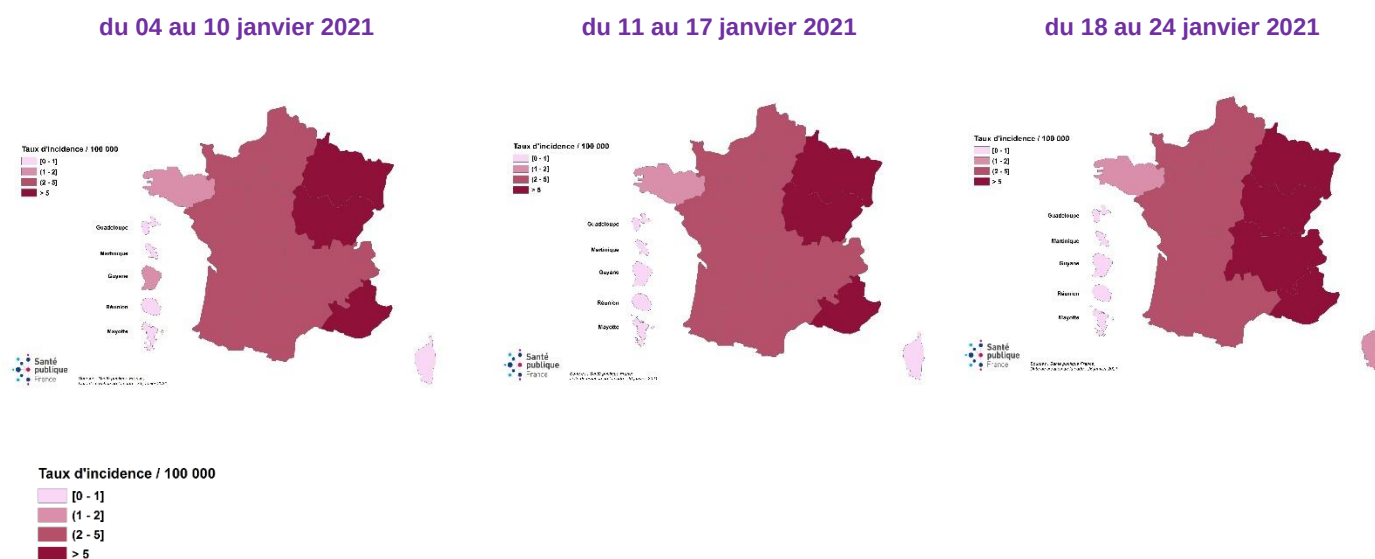
* Les données pour S02 et S03-2021 en cours de consolidation.

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

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

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 26 janvier 2021, **74 106 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **51 868** décès étaient survenus au cours d'une hospitalisation et **22 238** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements médico-sociaux (EMS) (données au 24 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 a diminué en semaine 02**, avec 2 453 décès vs 2 601 en S01 (-5,7%, données consolidées). En semaine 03, **2 567 décès étaient recensés** mais, les données n'étant pas consolidées, l'évolution ne peut pas encore être interprétée. En S02, une diminution était constatée pour les décès survenus en ESMS (-7,8%), associée à une diminution des décès survenus en hospitalisation (-4,9%). En S03, les décès survenus à l'hôpital ont augmenté (+20,8%, données consolidées). L'évolution des décès en ESMS entre les S02 et S03 ne peut pas être interprétée car les données ne sont pas encore consolidées ; cependant, une augmentation est déjà observée et il est probable qu'elle s'accroisse lors de la consolidation des données.
- **Le taux hebdomadaire de décès** à l'échelle nationale était de **3,8 pour 100 000 habitants** en S03 (vs 3,7 en S02 et 3,9 en S01 - données consolidées pour S01 et S02).
- **En semaine 03**, les **plus forts taux de décès** dus à la COVID-19 **par région** rapportés à la population étaient toujours observés en Bourgogne-Franche-Comté (7,9/100 000 habitants), Grand Est (6,1), Provence-Alpes-Côte d'Azur (6,1) et Auvergne-Rhône-Alpes (5,2) (Figure 39).
- Entre les semaines 01 et 02 (données consolidées), le taux de décès a augmenté en **Bretagne** (+41%), **Normandie** (+30,1%), **Pays de la Loire** (+23%), **Nouvelle-Aquitaine** (+17,5%) et **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (+5,7%). Ce taux est resté stable ou a diminué dans les autres régions de France métropolitaine. Malgré des données encore non consolidées pour la semaine 03, presque toutes les régions rapportent d'ores et déjà une augmentation du taux de décès par rapport à la semaine précédente (Hauts-de-France, Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Normandie, Île-de-France, Occitanie, Pays de la Loire et Corse).

Figure 39. Taux hebdomadaires de décès dus à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 04 au 24 janvier 2021 (S01 à S03), par région, France



Semaine 03 : 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, 31 353 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 12).

- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92,6% des personnes avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 54% de ces décès.
- 54% de ces certificats de décès contenaient une mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée.

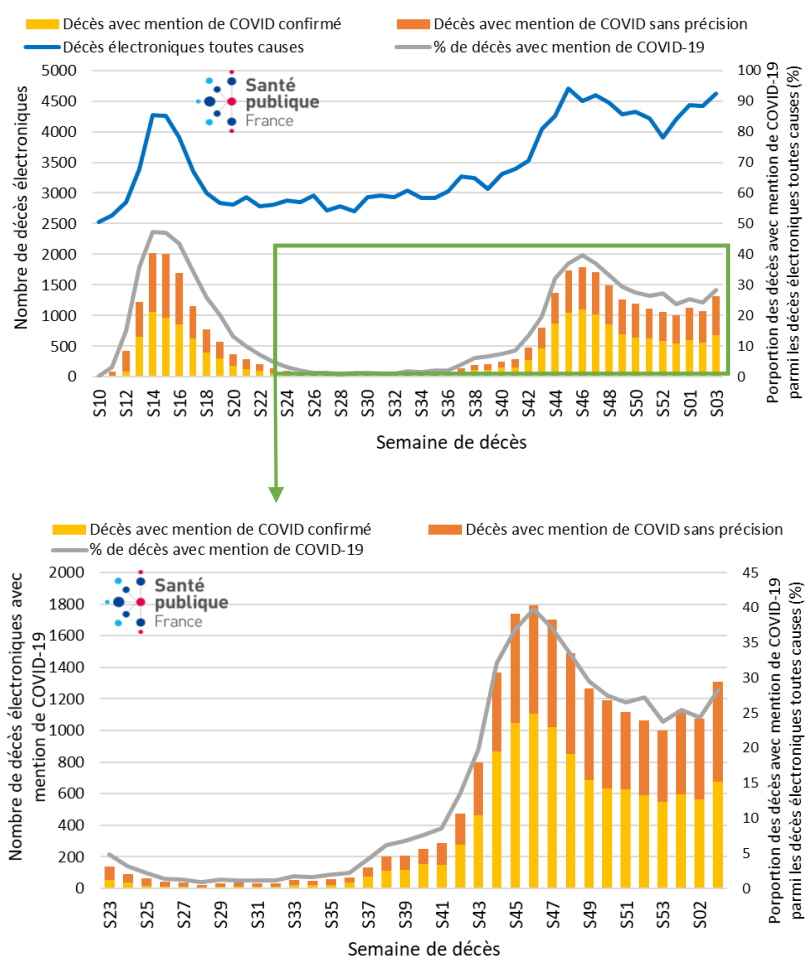
- Des comorbidités étaient renseignées pour 20 476 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 35% de ces décès et une mention d'hypertension artérielle pour 22%.

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

- **Pour la semaine 03 (du 18 au 24 janvier 2021), 1 311 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 28,4% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 40). **Ce nombre de décès est en hausse par rapport à la semaine précédente** (236 décès, soit +22%, par rapport à la S02). La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 51,5%.

- Parmi les 1 311 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 1 073 (82%) étaient âgées de 75 ans et plus, 156 (12%) de 65 à 74 ans et 73 (6%) de 45 à 64 ans. Neuf personnes décédées étaient âgées de 15 à 44 ans.

Figure 40. 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 24 janvier 2021, France (données au 26 janvier 2021)



Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 12. 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 25 janvier 2021, France (données au 26 janvier 2021)

Sexe	n	%
Hommes	17 016	54
Femmes	14 336	46

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	3	100	3	0
15-44 ans	63	33	128	67	191	1
45-64 ans	598	28	1 540	72	2 138	7
65-74 ans	1 317	30	3 106	70	4 423	14
75 ans ou plus	8 899	36	15 699	64	24 598	78
Tous âges	10 877	35	20 476	65	31 353	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	7 176	35
Hypertension artérielle	4 541	22
Diabète	3 284	16
Pathologie respiratoire	2 667	13
Pathologie rénale	2 622	13
Pathologies neurologiques *	1 768	9
Obésité	1 141	6
Immunodéficience	456	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 à partir de la S40-2020** (du 28 septembre au 04 octobre) **jusqu'en S02-2021** (du 11 au 17 janvier 2021), avec une hausse jusqu'en S45 (du 02 au 08 novembre), puis une diminution amorcée à partir de la S47 (du 16 au 22 novembre) (Figure 41). Les effectifs étaient à nouveau en hausse en S53 et en S01, puis semblent se stabiliser en S02.

- **L'excès de mortalité, au niveau national**, était compris entre +6% et +8% en semaines 40 à 42, +21% en S43, +26% en S44, +33% en S45, +31% en S46, +25% en S47, +21% en S48, +20% en S49, +19% en S50, +15% en S51, +12% en S52, +15% en S53 et **+17% en S01-2021**. 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 02-2021 sera précisée la semaine prochaine.

- **Au niveau régional** (Figures 42 et 44), la dynamique du nombre de décès sur les dernières semaines est hétérogène selon les régions. La **hausse des effectifs** de décès à nouveau observée en **Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie** en S53 **se poursuit jusqu'en S02**. En revanche, **une diminution des effectifs de décès** semble **s'amorcer** à partir de la semaine S01 en **Bourgogne-Franche-Comté et Hauts-de-France** et en S02 dans le **Grand Est et en Auvergne-Rhône-Alpes**.

Une hausse modérée est observée en Normandie en semaine 02, alors que les effectifs étaient dans les marges de fluctuation habituelle depuis 4 semaines. Les effectifs en S02 restent à la limite haute des marges de fluctuation. Enfin, les effectifs semblent être revenus dans les marges de fluctuation habituelles depuis la semaine S51 dans les Pays de la Loire, en Nouvelle-Aquitaine et Île-de-France (malgré une hausse à la limite du seuil en S01 pour les deux dernières régions) et depuis la S01 en Centre-Val de Loire.

Ces dynamiques restent à confirmer dans les prochaines semaines avec la consolidation des données.

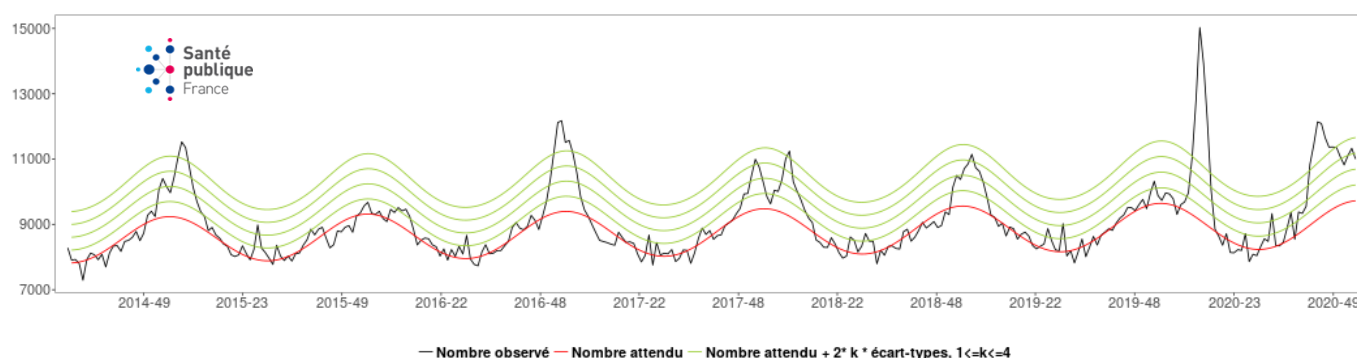
- **Au total, le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en S51 à S53-2020 dans 6 régions, en S01-2021 dans 8 régions et en S02 dans 7 régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.**

- **À l'échelon départemental**, 24 départements présentaient **un excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue** en S52-2020, 30 départements en semaine 53, 29 départements en semaine 01-2021 et **20 départements en S02** (Figure 43).

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

NB. Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes, en particulier sur les semaines 52 à 01-21, et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer la part attribuable à l'épidémie de COVID-19.**

Figure 41. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 18-2014 à la semaine 02-2021, France



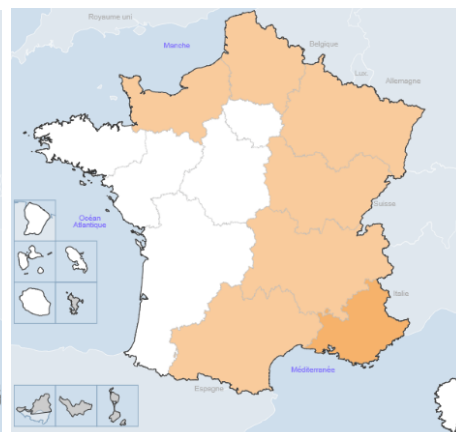
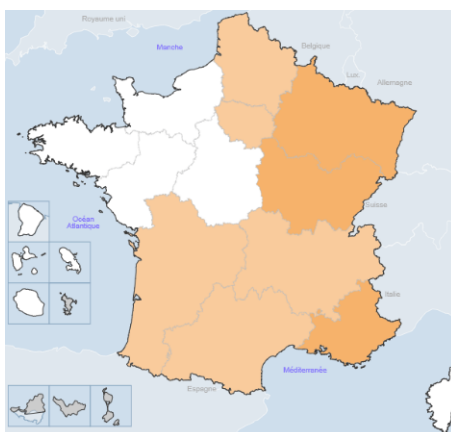
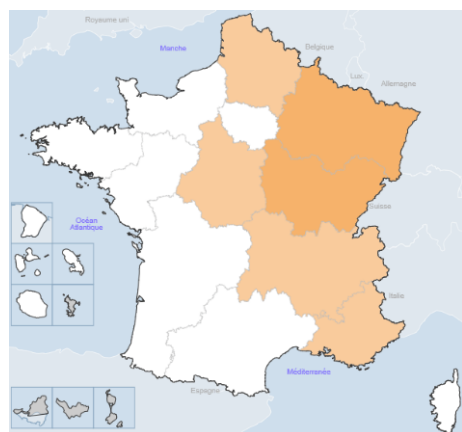
Sources : Santé publique France – Insee

Figure 42. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 53-2020, 01 et 02-2021, par région, France (données au 26 janvier 2021)

du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021

du 04 au 10 janvier 2021

du 11 au 17 janvier 2021



Pas d'excès : indicateur standardisé de décès (Z-score) <2

Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99

Excès élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 5 et 6,99

Excès très élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 7 et 11,99

Excès exceptionnel de décès indicateur standardisé de décès (Z-score) supérieur à 12

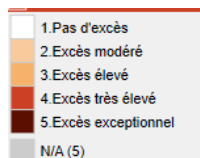
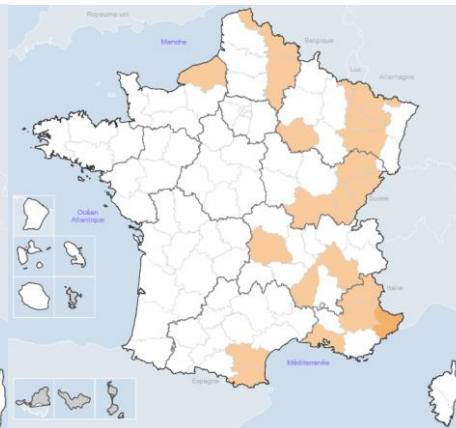
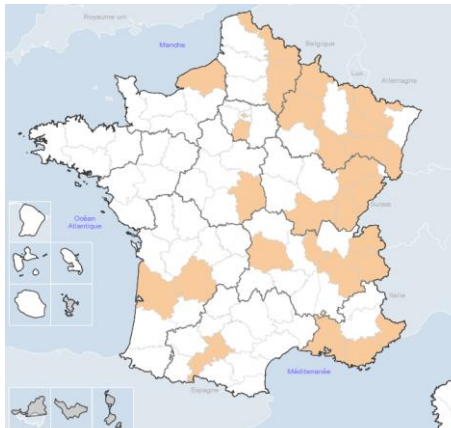
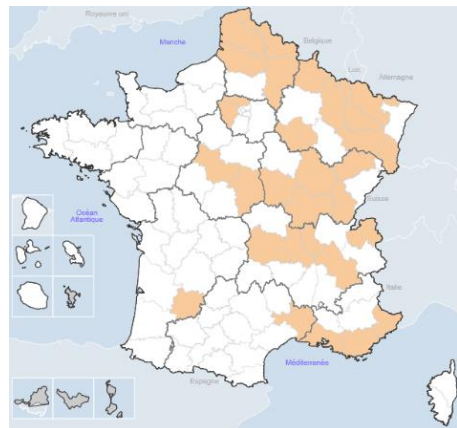
Sources : Santé publique France - Insee

Figure 43. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines les semaines 53-2020 et 01 et 02-2021, par département, France (données au 26 janvier 2021)

du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021

du 04 au 10 janvier 2021

du 11 au 17 janvier 2021



Pas d'excès : indicateur standardisé de décès (Z-score) <2

Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99

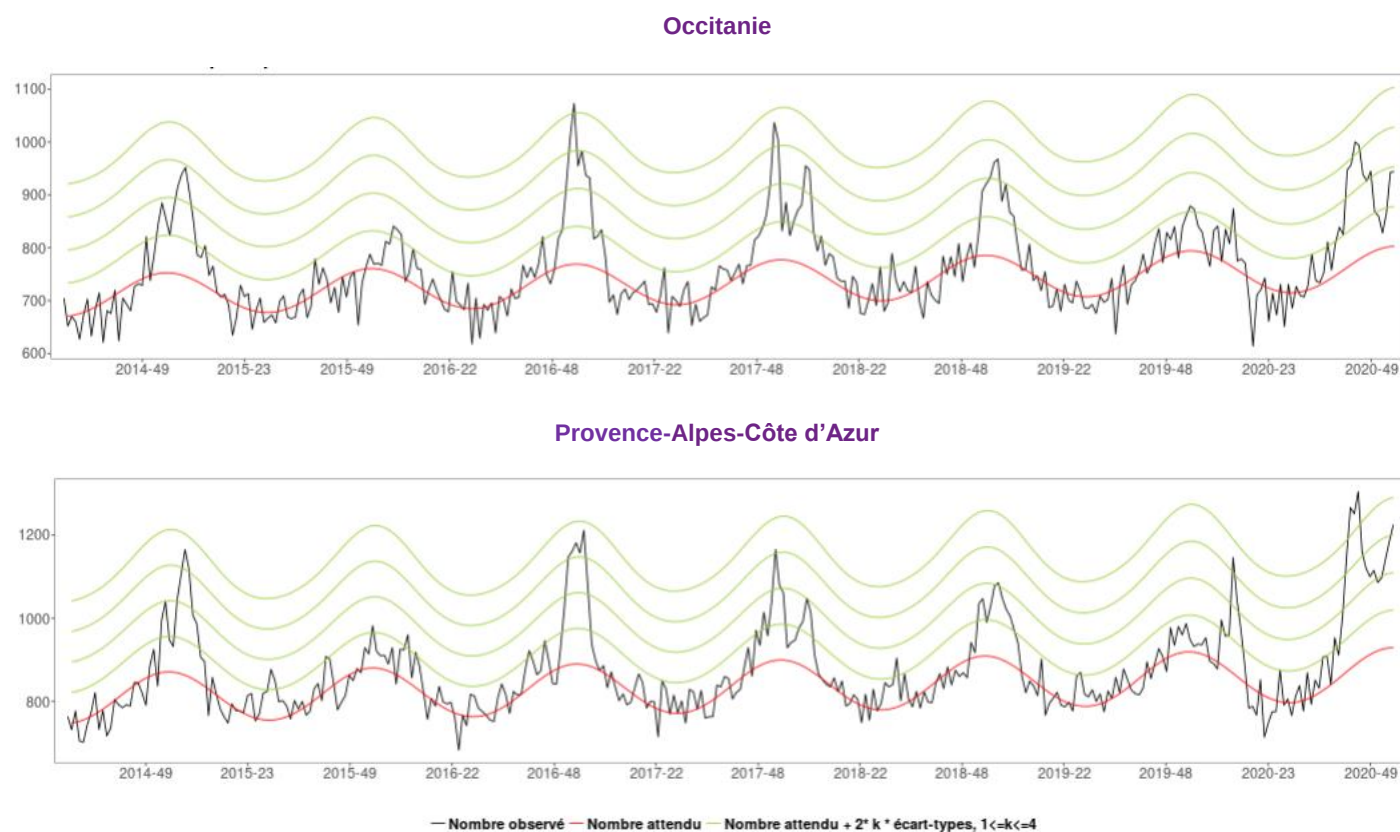
Excès élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 5 et 6,99

Excès très élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 7 et 11,99

Excès exceptionnel de décès indicateur standardisé de décès (Z-score) supérieur à 12

Sources : Santé publique France - Insee

Figure 44. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 19-2014 à la semaine 02-2021 dans les régions Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur, France



Sources : Santé publique France – Insee

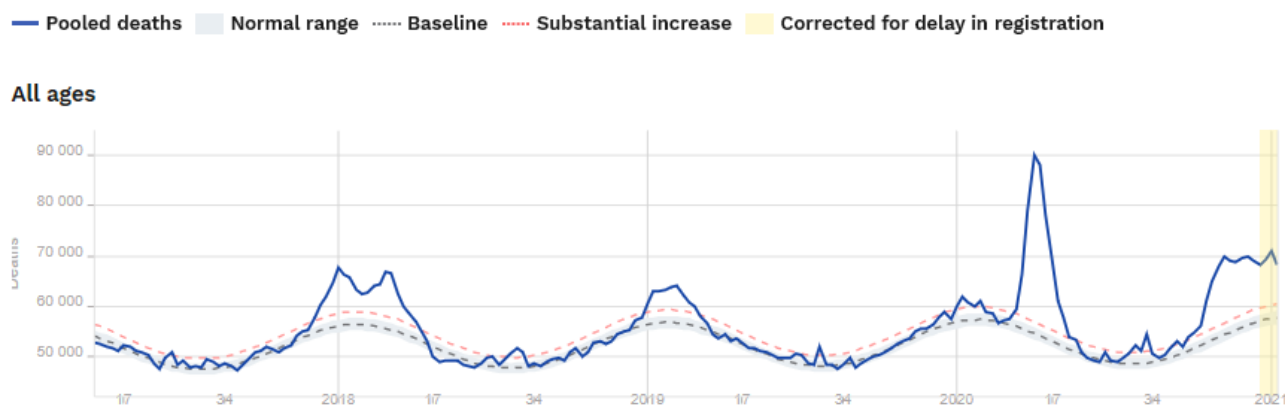
► Mortalité à l'échelle européenne

- À l'échelle européenne, parmi les 27 pays ou régions qui participent au [consortium EuroMOMO](#) 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 45). Avec la consolidation des données issues des différents pays, on note que le **nombre de décès reste en plateau à un niveau élevé depuis la semaine 46-2020 jusqu'en semaine 02-2021**, soit depuis 10 semaines consécutives (Figure 45).

- L'évolution temporelle de la mortalité est toutefois hétérogène entre les pays. On note en particulier une hausse marquée sur les dernières semaines au Portugal, en Angleterre et, dans une moindre mesure, en Espagne.

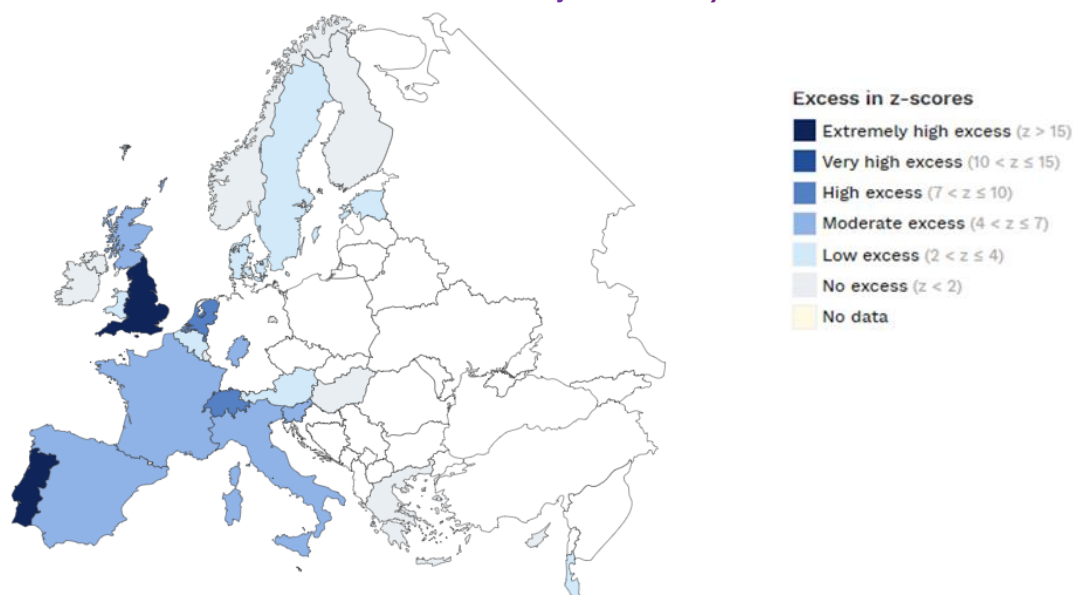
- Au total, un excès de mortalité était observé dans dix-huit pays/régions en S51, dans vingt pays en S52, dans dix-sept pays/régions en S53 et dans dix-sept pays en S01-2021 (Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Estonie, Suède, Danemark, Pays-Bas, Belgique, Allemagne (Hesse), France, Italie, Israël, Autriche, Suisse, Slovaquie, Espagne et Portugal) (Figure 46).

Figure 45. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 27 pays/régions européens, de la semaine 03-2017 à la semaine 02-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 20 janvier 2021)



Source : EuroMOMO

Figure 46. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 01-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 19 janvier 2021)



Source : EuroMOMO

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Elle est désormais ouverte à l'ensemble des personnes appartenant aux catégories suivantes : les personnes âgées en EHPAD ou en unité de soin de longue durée, les professionnels de santé, y compris libéraux, les sapeurs-pompiers et les aides à domicile âgés de plus de 50 ans et/ou atteints de comorbidités, les personnes handicapées vulnérables prises en charge dans les foyers d'accueil médicalisés et les maisons d'accueil spécialisées et les personnels y exerçant âgés de 50 ans et plus et/ou atteints de comorbidités, les personnes vulnérables à très haut risque et les personnes âgées de plus de 75 ans.

La campagne de vaccination s'accompagne du suivi des nombres de personnes vaccinées ainsi que des couvertures vaccinales. 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. À compter du 27 janvier 2021, l'estimation des nombres de personnes vaccinées en France contre la COVID-19 est issue de cette source de données.

Pendant la période intermédiaire, les données présentées étaient issues des remontées d'informations transmises par les Agences régionales de Santé (ARS) et recueillies quotidiennement auprès des établissements pour personnes âgées (vaccination des résidents et des professionnels des établissements) et des centres de vaccination (vaccination des professionnels de santé).

Au 26 janvier 2021 (données du 27 janvier 2021), **1 130 753 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France** (données par date d'injection, données Vaccin Covid Cnam, exploitation Santé publique France).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, 1,7% de la population française a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19.

Les répartitions des personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 présentées par région, par tranches d'âge et par sexe figurent dans les Tableaux 13, 14 et 15.

Tableau 13. Nombre de personnes ayant reçu au moins 1 dose de vaccin contre la COVID-19 en France et couverture vaccinale (% de la population), par région

Régions	Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale (%)
Auvergne - Rhône - Alpes	122 407	1,5%
Bourgogne - Franche-Comté	71 510	2,6%
Bretagne	60 840	1,8%
Centre-Val de Loire	50 374	2,0%
Corse	7 245	2,1%
Grand - Est	101 741	1,8%
Hauts-de-France	93 769	1,6%
Ile de France	143 108	1,2%
Normandie	83 121	2,5%
Nouvelle - Aquitaine	128 176	2,1%
Occitanie	118 105	2,0%
Pays de la Loire	64 241	1,7%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	80 819	1,6%
France métropolitaine	1 125 456	1,7%
Guadeloupe	413	0,1%
Guyane	749	0,3%
La Réunion	2 406	0,3%
Martinique	1 645	0,5%
Mayotte	83	0,0%
Saint-Barthélemy	1	0,0%
France entière	1 130 753	1,7%

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

Tableau 14. Nombres de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et couverture vaccinale (% de la population), par classes d'âge

Classes d'âge	Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale (%)
18-24	4 073	0,1
25-29	11 120	0,3
30-39	38 606	0,5
40-49	64 746	0,8
50-59	208 627	2,4
60-64	87 428	2,1
65-69	52 772	1,4
70-74	53 858	1,5
75-79	183 668	8,3
80 ans et +	425 719	10,2
inconnu	136	-
France	1 130 753	1,7

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

Tableau 15. Nombres de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et couverture vaccinale (% de la population), par sexe

Sexe	Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale (%)
Homme	441 064	1,4
Femme	689 315	2
Inconnu	374	-
France	1 130 753	1,7

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

Conformément aux recommandations de vaccination, l'analyse par tranches d'âges montre que les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées chez les personnes les plus âgées : 8,3% des personnes âgées de 75 à 79 ans et 10,2% des personnes âgées de 80 ans et plus ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19.

Les couvertures vaccinales dans chaque population cible (par exemple les résidents et les professionnels en EHPAD) seront estimées dès que les données le permettront et ce à différentes échelles géographiques. Les couvertures vaccinales des personnes ayant été vaccinées par deux doses de vaccin seront également publiées prochainement.

Les nombres de personnes vaccinées par au moins une dose sont accessibles depuis le 27 janvier 2021 en accès libre en open data sur la plateforme [Geodes](#) ainsi que sur [data.gouv.fr](#). Les données sont présentées au niveau national, régional ainsi que par âge et sexe. Les données disponibles seront enrichies dans les semaines à venir.

La liste des centres de vaccination est disponible à l'adresse : <https://sante.fr/carte-vaccination-covid>

Afin de faciliter l'accès aux supports d'information et aux connaissances disponibles, les données actualisées sur le vaccin contre la 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](#)

SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE 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 2020 à janvier 2021.

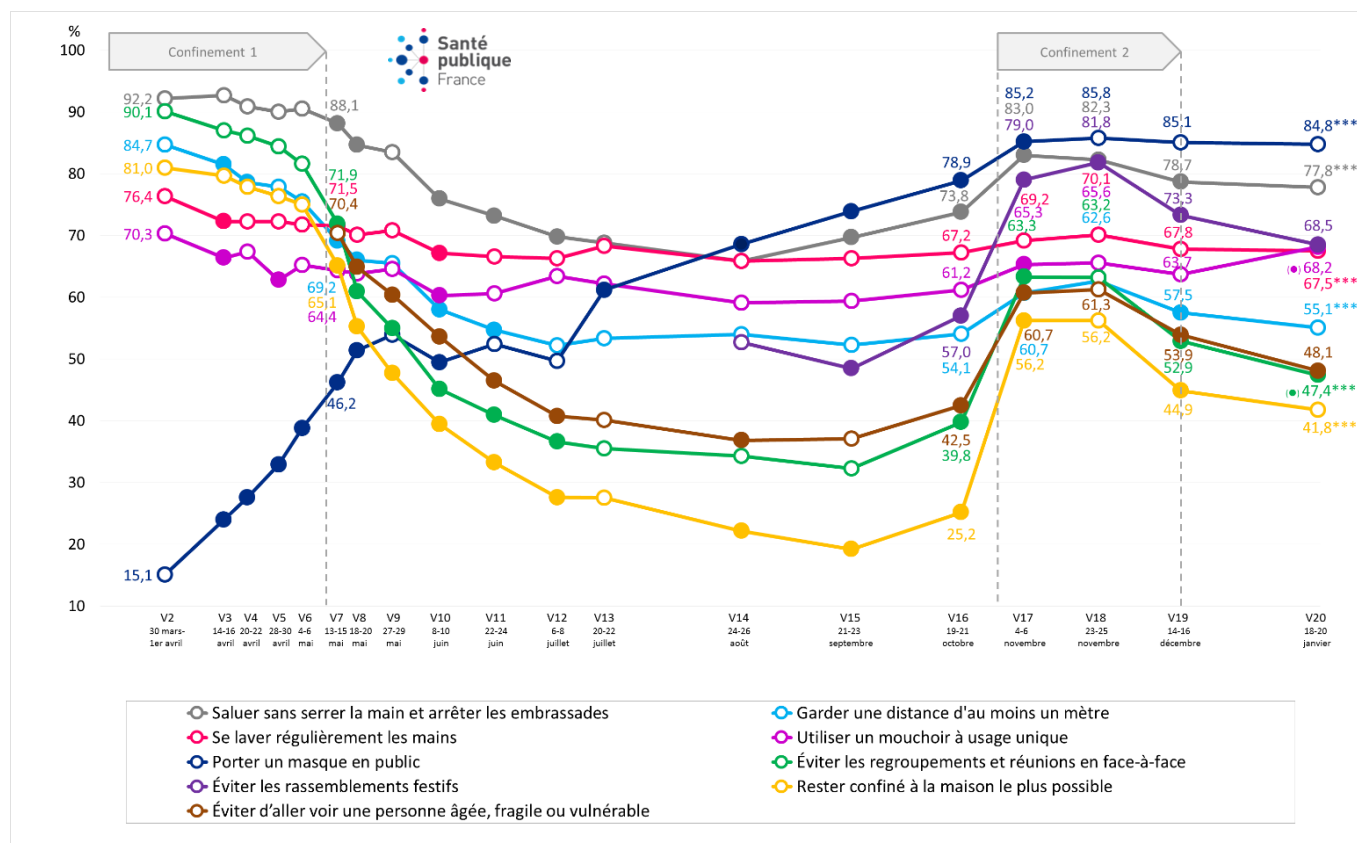
► Adoption des mesures de prévention

- En vague 20 de l'enquête (18-20 janvier 2021), l'adoption systématique des mesures en lien avec la limitation de l'interaction sociale (éviter les regroupements et les réunions en face à face, éviter les rassemblements festifs, éviter d'aller voir une personne âgée, fragile ou vulnérable) **est moindre qu'en vague 19** (14-16 décembre 2020) (Figure 47). L'adoption systématique des autres mesures reste globalement stable depuis la sortie du 2^e confinement, hormis l'utilisation systématique d'un mouchoir à usage unique qui augmente ; le port systématique du masque en public reste la mesure déclarée la plus souvent respectée (85%).

- Des différences sont observées en fonction de la classe d'âge. En particulier, les 18-24 ans et les 35-49 ans ont moins souvent adopté systématiquement les mesures en lien avec l'interaction sociale en vague 20 qu'en vague 19 : éviter les regroupements et les réunions en face à face (30% vs 40% en vague 19 ; 46% vs 54% en vague 19), éviter les rassemblements festifs (45% vs 59% en vague 19 ; 67% vs 74% en vague 19), éviter d'aller voir une personne âgée, fragile ou vulnérable (45% vs 55% en vague 19 ; 46% vs 59% en vague 19).

- En vague 20, moins de la moitié des personnes interrogées (42%) ont aéré systématiquement leur logement au moins deux fois par jour pendant 10 à 15 minutes : elles étaient 46% en vague 19.

Figure 47. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev, janvier 2021, France métropolitaine



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 20) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 2), test de Wald ajusté, *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$.

• **En vague 20**, les populations **adoptant moins systématiquement les mesures de prévention** sont le plus souvent les **hommes**. Les **18-24 ans** adoptent moins de mesures d'hygiène et de distanciation physique. Les **25-34 ans** adoptent moins de mesures de distanciation physique et le port systématique du masque en public. Les personnes ayant un **faible niveau de littératie en santé** adoptent moins de mesures d'hygiène et de distanciation physique et restent moins souvent confinées à la maison le plus possible. **Les personnes pour lesquelles la situation financière est « juste »** adoptent moins de mesures de distanciation physique et restent moins souvent confinées à la maison le plus possible et les personnes dans une situation financière très difficile adoptent moins systématiquement le port du masque en public (Tableau 16).

Tableau 16. Variables sociodémographiques associées à une moindre adoption systématique des mesures de prévention. Enquête CoviPrev (vague 20 : 18-20 janvier 2021), France métropolitaine

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

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

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

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

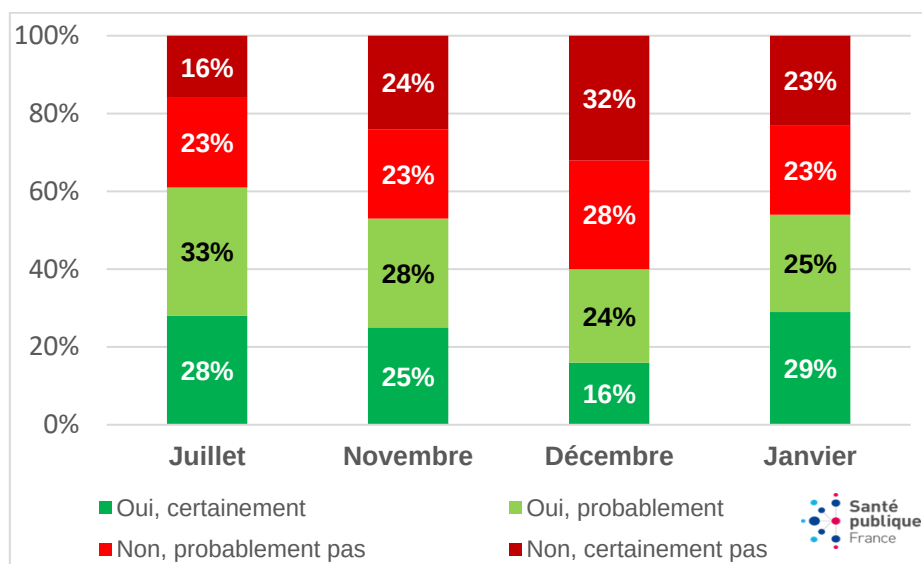
¹ 4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique ; aérer votre logement au moins 2 fois par jour pendant 10 à 15 minutes.

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

► Acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 en population générale

• En vague 20 (18-20 janvier 2021), plus de la moitié des personnes interrogées (54%) répondait vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la COVID-19. Ce résultat est en nette augmentation par rapport à la vague 19 (14-16 décembre 2020) : 40% déclaraient alors avoir l'intention de le faire. L'évolution entre les deux vagues est plus marquée chez ceux déclarant vouloir certainement se faire vacciner (16% vs 29% en vague 20) et ne pas se faire vacciner (32% vs 23% en vague 20) (Figure 48)

Figure 48. Évolution des intentions de se faire vacciner contre la COVID-19 (% pondérés). Enquête CoviPrev (vague 20 : 18-20 janvier 2021), France métropolitaine



• L'augmentation est également plus forte chez les femmes (29% vs 49%). Elle concerne **toutes les classes d'âge** mais est plus marquée chez les 50-64 ans (42% vs 64%). Les hommes, les CSP+ et les personnes de 65 ans et plus restent les plus enclins à se faire vacciner (Tableau 17).

Tableau 17. Intentions de se faire vacciner contre la COVID-19 selon l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle (CSP). Enquête CoviPrev (vague 20 : 18-20 janvier 2021), France métropolitaine

	Sexe		Âge (années)					CSP en 3 classes		
	Homme	Femme	18-24	25-34	35-49	50-64	≥65	CSP+	CSP-	Inactifs
Oui, certainement ou probablement										
N (100%)	952	1 048	202	310	510	502	476	951	809	240
Vague 19	53%	29%	28%	29%	31%	42%	61%	50%	30%	31%
Vague 20	61%	49%	35%	37%	47%	64%	72%	66%	43%	47%

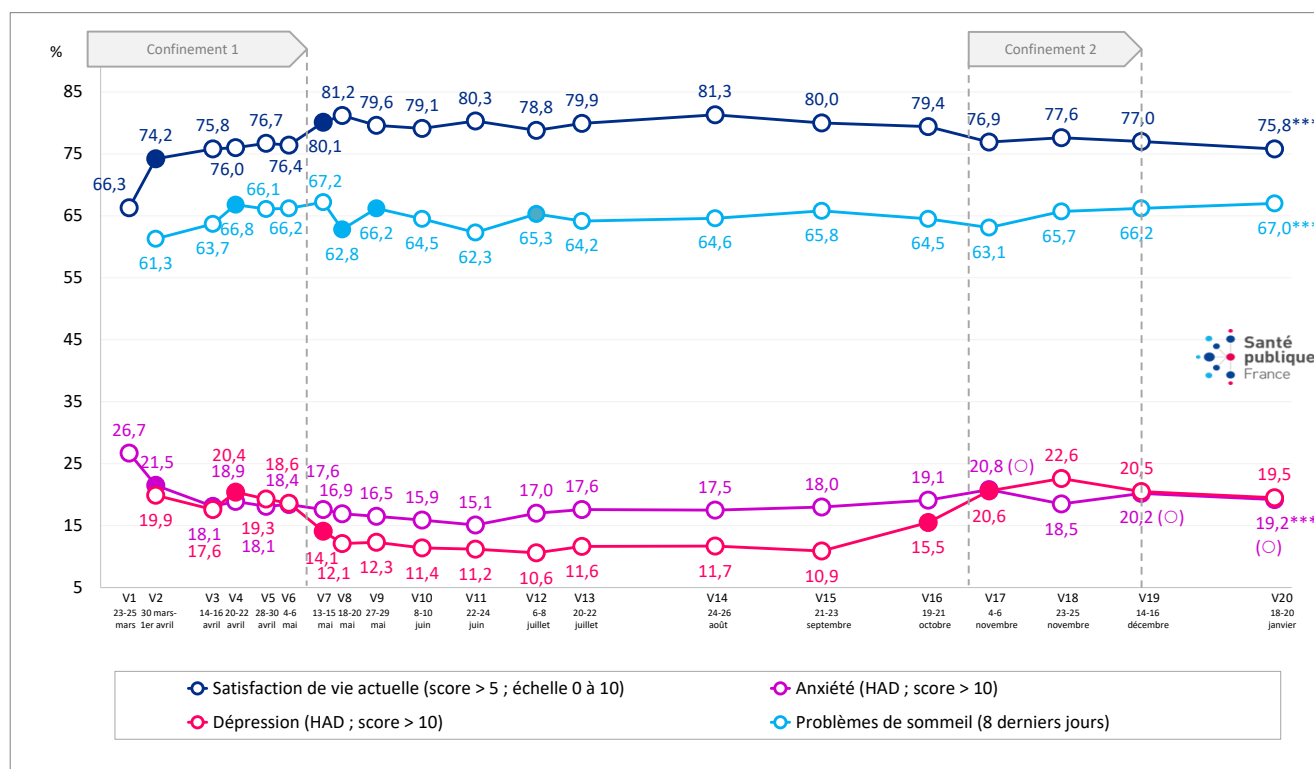
• Parmi les 911 personnes (46%) qui ne souhaitent pas être vaccinées, les raisons citées le plus souvent pour ne pas le faire étaient : « **les nouveaux vaccins ne sont pas sûrs** » (81%) ; « *je préfère d'autres moyens de prévention comme les gestes barrières* » (27%) ; « *ce n'est pas efficace pour empêcher la propagation de l'épidémie* » (21%). Dans ce même groupe, les raisons qui pousseraient à le faire étaient : « *des informations qui prouvent l'efficacité et la sûreté des vaccins* » (46%), « *la protection de mes proches* » (22%) et 33% déclaraient : « *aucune raison ne me ferait changer d'avis* ». En comparaison avec les réponses données en décembre, la sûreté du vaccin est citée aussi souvent comme explication de non-vaccination (82% vs 81%) alors que l'inefficacité de la vaccination pour empêcher la propagation de l'épidémie l'est beaucoup plus (11% vs 21%).

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

► Santé mentale

- **En vague 20 (18-20 janvier), aucune évolution statistiquement significative des indicateurs** (anxiété, dépression, satisfaction de vie, problèmes de sommeil) **n'a été observée** par rapport à la vague précédente (vague 19, 14-16 décembre) (Figure 49).
- **La prévalence des états dépressifs s'est stabilisée à un niveau élevé** depuis la vague 17 (4-6 novembre) (environ 20% vs 10% selon les données du Baromètre santé 2017) (Figure 49). Elle avait été multipliée par deux entre fin septembre (11% en vague 15) et début novembre (23% en vague 17).
- **La prévalence des états anxieux se maintient également à un niveau élevé**, supérieur à 19% (vs 13,5% dans le Baromètre santé 2017) (Figure 49).
- **En vague 20, 29% des personnes interrogées présentaient un état anxieux ou un état dépressif** (10% un état anxieux seulement, 10% un état dépressif seulement et 9% un état à la fois dépressif et anxieux).
- **Les problèmes de sommeil** ont globalement augmenté depuis le début du premier confinement (67% en vague 20 vs 61,3% en vague 2, 30 mars-1^{er} avril). Ils se maintiennent à un niveau élevé, supérieur à 60% (vs 49% selon les données du Baromètre santé 2017) (Figure 49).
- **La satisfaction de vie est supérieure à celle observée au début du premier confinement** (vague 1, 23-25 mars). Elle **reste cependant inférieure à celle observée hors épidémie** (-9 points par rapport au Baromètre santé 2017) et suit une tendance globalement à la baisse depuis fin août (81,3% en vague 14 : 24-26 août) (Figure 49).

Figure 49. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev 2021, France métropolitaine



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 20) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 1 ou 2 selon l'indicateur), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$. HAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

• En vague 20, les profils de population ayant **une santé mentale plus dégradée** sont (Tableau 18) :

- les personnes déclarant **des antécédents de trouble psychologique**, celles déclarant une **situation financière très difficile** et les **personnes vivant dans un logement surpeuplé** pour les trois indicateurs : anxiété, dépression, problèmes de sommeil ;
- les **femmes** et les **personnes ayant ou ayant eu des symptômes de COVID-19** pour les états anxieux et les problèmes de sommeil ;
- les **18-34 ans** et les **inactifs** pour les états anxieux ;
- les **catégories socioprofessionnelles inférieures (CSP-)** et les **personnes présentant un risque de développer une forme grave de COVID-19** pour les problèmes de sommeil.

Tableau 18. Variables sociodémographiques associées à l'anxiété, à la dépression et aux problèmes de sommeil. Enquête CoviPrev (vague 20 : 18-20 janvier 2021), France métropolitaine

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Sexe	Femmes	--	Femmes
Classe d'âge (en 5 classes)	18-34 ans	--	--
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	Inactifs	--	CSP-
Situation professionnelle	--	--	--
Situation financière perçue	Très difficile	Très difficile	Très difficile
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^b	--	--	Oui
Vivre dans un logement surpeuplé ^c	Oui	Oui	Oui
Avoir ou avoir eu des symptômes de COVID-19	Oui	--	Oui
Antécédents de trouble psychologique	Oui	Oui	Oui

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

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

^cSelon la définition de l'Insee : logement avec moins de 18 m² par personne ou moins de 25 m² si la personne vit seule.

• En vague 20, indépendamment des facteurs sociodémographiques et des conditions de vie durant l'épidémie, les **facteurs affectifs (émotions ressenties vis-à-vis de la situation épidémique) associés à une santé mentale plus dégradée** sont (Tableau 19) :

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

Tableau 19. Déterminants affectifs associés à l'anxiété, la dépression et aux problèmes de sommeil. Enquête CoviPrev (vague 20 : 18-20 janvier 2021), France métropolitaine

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Déterminants affectifs			
Inquiétude à l'égard de la santé	***	--	***
Inquiétude à l'égard de la situation économique	*	*	--
Frustration	--	--	--
Colère	***	--	--
Déprime	***	Ø	***
Solitude	--	***	--
Isolement	--	**	--
Peur	Ø	***	**
Impuissance	--	--	--

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

Ø : déterminant affectif non introduit dans le modèle d'analyse. ^aHAD : Hospital Anxiety and Depression scale

Retrouvez tous les **outils de prévention** destinés aux professionnels de santé et au grand public sur le site de [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr).

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>

SITUATION INTERNATIONALE

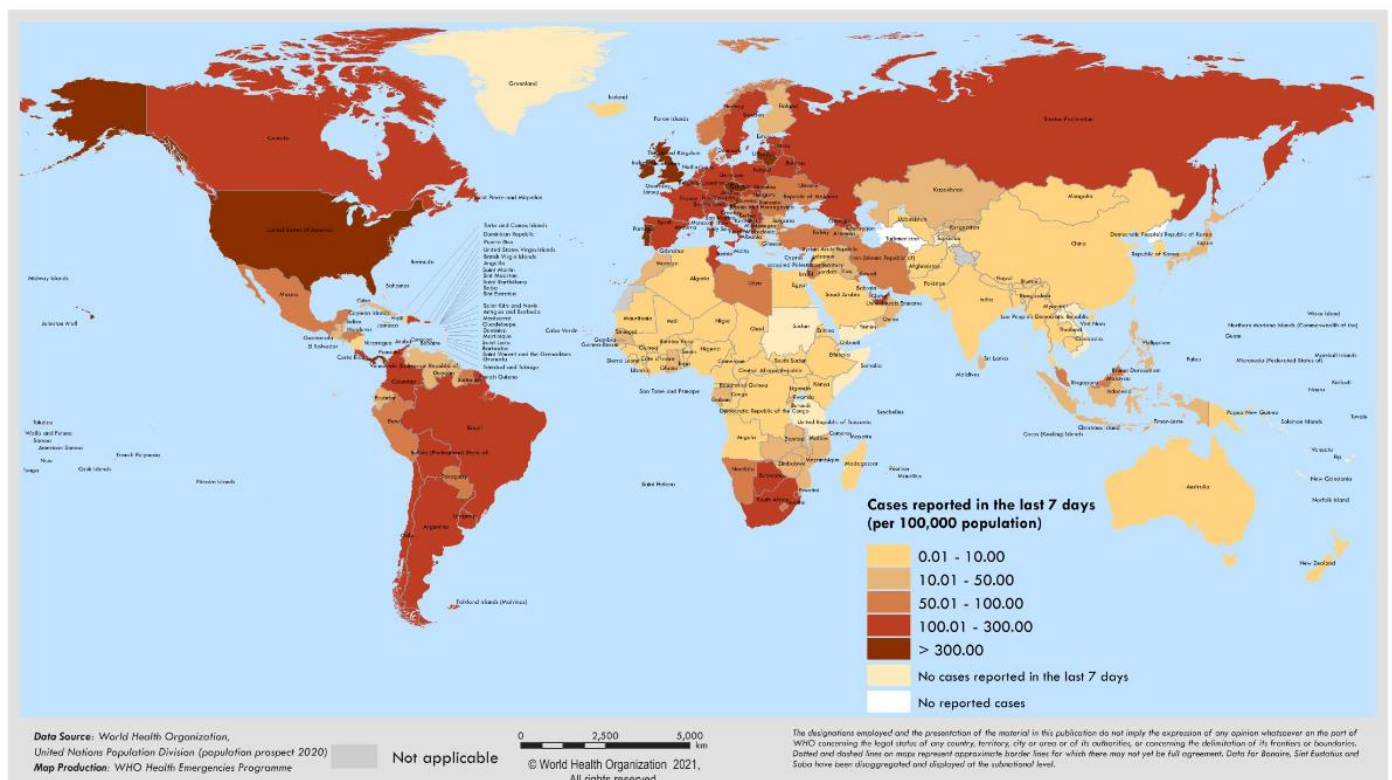
Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **99 638 507 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés dans le monde - dont **2 141 468 décès** - au 27 janvier 2021.

► Foyers majeurs

Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Amériques** (2 127 479 cas et 45 349 décès rapportés en semaine 03) et en **Europe** (1 382 460 cas et 38 349 décès rapportés en S03). Ces régions sont à l'origine, respectivement, de 52% et 34% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 47% et 40% des nouveaux décès en S03 (Figure 50).

Les pays qui rapportent le plus grand nombre de cas en S03 sont : **les États-Unis** (+1 259 902 nouveaux cas), **le Brésil** (+360 428), **le Royaume-Uni** (+260 098), **la Russie** (+151 191) et **la France** (+141 238).

Figure 50. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 03 (du 18 au 24 janvier 2021)



Source : OMS

► Tendances

Comparativement à la semaine 02, les indicateurs sont stables ou en baisse dans toutes les régions OMS (Tableau 20). Dans les régions OMS Afrique, Amériques, Asie du Sud-Est, Europe et Méditerranée orientale, le nombre de nouveaux cas est en baisse alors qu'il reste stable dans la région Pacifique oriental. La diminution la plus marquée est rapportée dans la région Europe avec -20% de nouveaux cas par rapport à la semaine précédente (S02). Le nombre de nouveaux décès est relativement stable en régions Afrique, Amériques, Europe et Méditerranée orientale. Il diminue en Asie du Sud-Est et au Pacifique occidental avec -5% de nouveaux décès par rapport à la semaine précédente (S02).

Tableau 20. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 03-2021 et évolution par rapport à la semaine 02-2021

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+ 148 953	+ 2 127 479	+ 194 166	+ 1 382 460	+ 170 422	+ 81 467
Tendance	-16% 	-14% 	-5% 	-20% 	-7% 	+0% 
Décès rapportés	+ 4 997	+ 45 349	+ 3 253	+ 38 349	+ 2 980	+ 1 063
Tendance	+0% 	+4% 	-5% 	-1% 	+3% 	-5% 

Note : Les flèches vertes représentent une diminution du nombre de cas de 5% ou plus par rapport à la semaine précédente. Les flèches noires représentent une évolution (diminution ou augmentation) inférieure à 5%.

Source : OMS

► Par région

- Dans la région des **Amériques**, le nombre de nouveaux cas hebdomadaires a dépassé 2,1 millions en S03, et on compte plus de 45 000 nouveaux décès. Les États-Unis restent le pays rapportant le plus grand nombre de cas dans la région avec 1 259 902 nouveaux cas soit 381 cas/ 100 000 hab. (-20% par rapport à S02) et 21 583 nouveaux décès (-7%) rapportés en S03. Les autres pays avec les plus grands nombres de nouveaux cas et de décès sont le Brésil, qui compte 360 428 nouveaux cas, soit 10 cas/100 000 hab. (-5%) et 6 997 décès (+3%), et le Mexique, avec 122 555 nouveaux cas, soit 95 cas/100 000 hab. (+20%) et 8 592 décès (+24%). Pour plus de détails sur la zone Amériques, [cliquez ici](#).

- La région **Europe** a continué de signaler un nombre élevé de cas en S03, avec plus de 1,3 million de nouveaux cas et plus de 38 000 nouveaux décès. Les pays de la région Europe ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux cas étaient le Royaume-Uni qui enregistre 260 098 cas, soit 383 cas /100 000 hab. (-24%), la Russie avec 151 191 cas, soit 104 cas /100 000 hab. (-9%) et la France avec 141 238 cas, soit 210 cas /100 000 hab. (+9%). Les plus grands nombres de décès ont été signalés au Royaume-Uni (8 739 décès ; +23%), en Allemagne (5 451 ; -10%) et en Russie (3 896 ; +5%). Pour plus de détails sur l'Europe, [cliquez ici](#)

- En région **Afrique**, plus de 148 000 nouveaux cas et un peu moins de 5 000 décès ont été rapportés. Les trois pays rapportant le plus grand nombre de nouveaux cas sont l'Afrique du Sud avec 79 180 cas, soit 134 cas/100 000 hab. (-29%), le Nigeria avec 11 659 cas soit 6 cas/100 000 hab. (+2%) et la Zambie avec 8 518 cas, soit 46 cas/100 000 hab. (-10%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès sur la semaine (S03) sont l'Afrique du Sud (3 723 décès ; -8%), le Zimbabwe (291 ; -35%) et le Malawi (170 ; +113%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

- En **région Asie du Sud-Est**, les indicateurs de l'épidémie continuent d'être en déclin, une tendance observée depuis mi-septembre. On dénombre plus de 194 000 nouveaux cas et plus de 3 000 nouveaux décès. Les pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés sont l'Inde avec 96 548 cas, soit 7 cas/100 000 hab. (-10%), l'Indonésie avec 80 832 cas, soit 30 cas/100 000 hab. (+3%) et le Sri Lanka avec 5 274 soit 25 cas/100 000 hab. (+18%). Les trois pays cumulant le plus de décès dans la semaine (S03) sont l'Indonésie (1 897 décès ; +4%), l'Inde (1 065 ; -17%) et le Bangladesh (120 ; -6%). Pour plus de détails sur l'Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

● En **région Méditerranée orientale**, plus de 170 000 nouveaux cas et 2 980 décès ont été signalés. La région avait présenté une baisse continue du nombre de décès entre le 23 novembre 2020 et le 11 janvier 2021, mais connaît depuis deux semaines une hausse modérée. Les pays avec le plus grand nombre de nouveaux cas sont l'Iran avec 42 637 cas soit 51 cas/100 000 hab. (+3%), le Liban avec 27 429 cas soit 402 cas/100 000 hab. (+18%) et les Émirats arabes unis avec 24 568 cas soit 248 cas/100 000 (+11%). Ces trois pays représentent à eux seuls plus de la moitié (55%) des nouveaux cas de la région. Les plus grands nombres de décès sont observés en Iran (577 décès ; -7%), en Tunisie (538 ; +16%) et au Liban (414 ; +50%), ces pays enregistrant 51% des décès de la région. Pour plus de détails sur la région Méditerranée Est, [cliquez ici](#).

● En **région Pacifique occidentale**, 81 000 nouveaux cas ont été rapportés. La tendance est à la hausse depuis fin octobre 2020. Les trois pays rapportant le plus nombre de nouveaux cas sont le Japon avec 38 365 cas, soit 30 cas /100 000 hab. (-8%), la Malaisie avec 25 360 cas, soit 78 cas/100 000 hab. (+18%) et les Philippines avec 12 988 cas, soit 12 cas/100 000 hab. (+1%). Les pays rapportant cette semaine le plus grand nombre de décès sont le Japon (573 décès ; +27%), les Philippines (306 ; -37%) et la Corée du Sud (100 ; -19%). Pour plus de détails sur la région Pacifique Ouest, [cliquez ici](#).

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

Pour en savoir + sur la situation internationale :

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

VARIANTS ÉMERGENTS DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL

Plusieurs nouveaux variants du SARS-CoV-2 ont été identifiés au cours des derniers mois et font l'objet d'une attention particulière, notamment 20I/501Y.V1, identifié pour la première fois au Royaume-Uni, 20H/501Y.V2, repéré pour la première fois en Afrique du Sud et le variant 20J/501Y.V3 ayant émergé au Brésil.

► Variant 20I/501Y.V1

- 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 20I/501Y.V1.
- L'European Centre for Disease Control (ECDC) signale que ce variant aurait une transmissibilité plus élevée d'environ 50% par rapport aux autres souches en circulation auparavant.
- **Dans le monde, au 25 janvier 2021**, le variant 20I/501Y.V1 a été rapporté dans 70 pays par l'OMS (Figure 51). En Europe, plusieurs pays ont signalé une proportion croissante de cas avec le nouveau variant ainsi qu'une transmission communautaire (non associée à un voyage). Ce variant est déjà responsable de la majorité des cas de COVID-19 au Royaume-Uni.

Figure 51. Pays et territoires rapportant des cas confirmés liés au variant 20I/501Y.V1 (données au 25 janvier 2021)

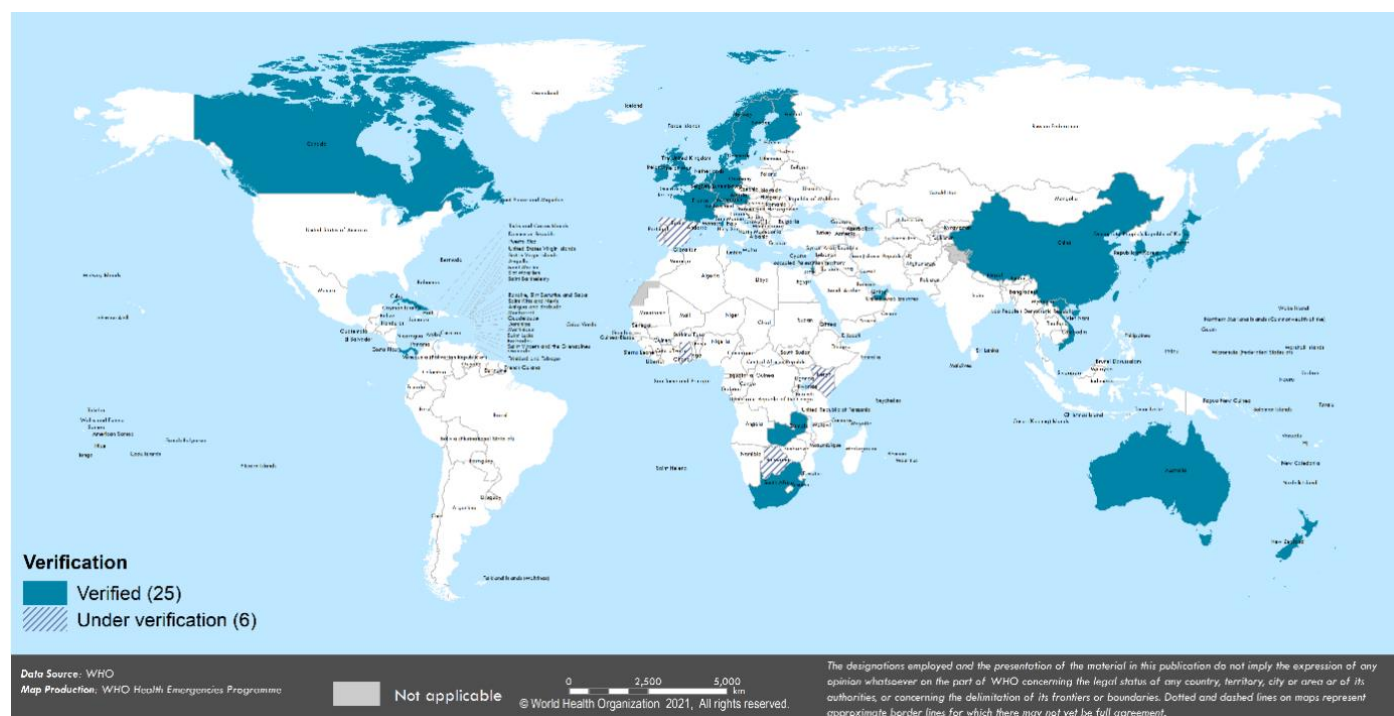


Source : OMS

► Variant 20H/501Y.V2

- En Afrique du Sud, le gouvernement signalait, le 18 décembre 2020, l'émergence d'un variant désigné 20H/501Y.V2. Les résultats des séquençages génétiques indiquent sa présence en Afrique du Sud depuis novembre. Aujourd'hui, ce variant est responsable de la majorité des cas dans le pays.
- Des travaux préliminaires suggèrent la possibilité d'une transmissibilité plus élevée, mais aucun élément n'indique à ce jour qu'il serait à l'origine de formes plus sévères chez les personnes infectées.
- **Dans le monde, au 25 janvier 2021**, le variant 20H/501Y.V2 a été rapporté dans 31 pays selon l'OMS (Figure 52).

Figure 52. Pays et territoires rapportant des cas confirmés liés au variant 20H/501Y.V2 (données au 25 janvier 2021)

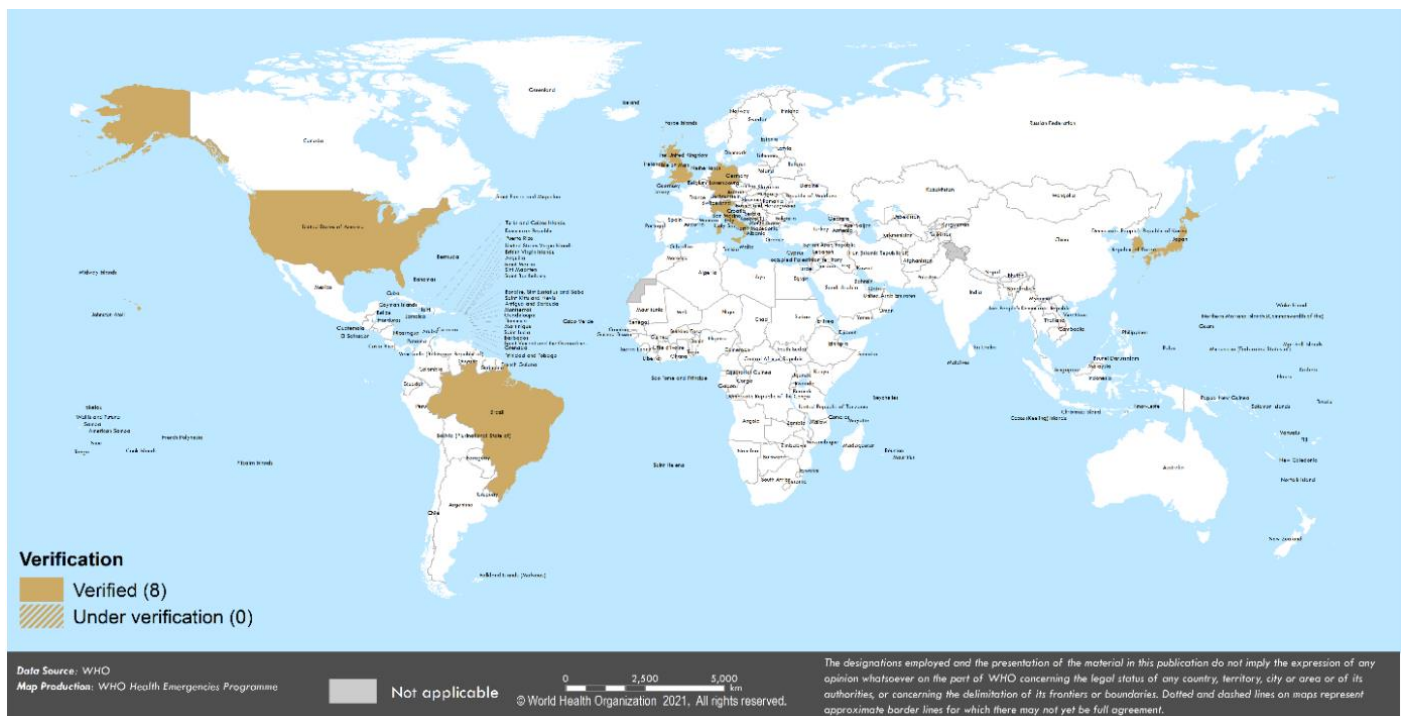


Source : OMS

► Variant 20J/501Y.V3

- Le 12 janvier 2021, une étude décrit l'émergence du variant 20J/501Y.V3 dans la région de Manaus (Brésil), où il était alors présent dans 42% des PCR positives (13 échantillons sur 31). Ce variant aurait émergé fin juillet 2020 et a été détecté pour la première fois à Rio de Janeiro fin octobre 2020.
- Les études préliminaires menées à Manaus ont signalé une augmentation de la proportion des cas identifiés 20J/501Y.V3, de 52,2% (35/67) en décembre 2020 à 85,4% (41/48) en janvier 2021. Cette hausse, ainsi que les mutations identifiées sur ce variant, soulèvent des préoccupations quant à la potentielle augmentation de la transmissibilité ou de la propension à la réinfection.
- **Au 25 janvier 2021**, le variant 20J/501Y.V3 a été rapporté dans 8 pays selon l'OMS (Figure 53).

Figure 53. Pays et territoires rapportant des cas confirmés liés au variant 20J/501Y.V3 (données au 25 janvier 2021)



Source : OMS

L'ECDC et l'OMS rappellent par ailleurs qu'à ce stade de l'évolution de la circulation des nouveaux variants, la comparaison du nombre de cas entre pays n'est pas pertinente puisqu'elle est très dépendante des capacités laboratoires et de la capacité de détection des variants de chaque pays. En effet, les variants peuvent déjà circuler sans que les pays aient été en mesure de les identifier.

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

- *Weekly Epidemiological Update* de l'OMS du 27 janvier 2021 :

<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---27-january-2021>

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

- Les études du Royaume-Uni sur la sévérité du variant 20I/501Y.V1 :

<https://www.gov.uk/government/publications/nervtag-paper-on-covid-19-variant-of-concern-b117>

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 03 (du 18 au 24 janvier 2021), les indicateurs épidémiologiques de suivi de l'épidémie de COVID-19 montraient une augmentation de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé et très préoccupant dans le contexte de la présence de variants plus transmissibles.

Au niveau national, en semaine 03, le taux de dépistage était de 2 952/100 000 habitants (soit 1 981 432 personnes testées). **Le recours au dépistage était relativement stable**, comme la semaine précédente, dans toutes les classes d'âge excepté chez les moins de 15 ans pour lesquels une forte augmentation était constatée (1 464/100 000, +28%). Les taux de dépistage restaient les plus élevés mais stables chez les 15-44 ans (3 727) et les 75 ans et plus (3 391).

Le dépistage était en augmentation chez les personnes symptomatiques (+11% entre S02 et S03) qui représentaient 23% des personnes testées en S03, mais était stable chez les personnes asymptomatiques (+1%).

En semaine 03, le **taux d'incidence** était de 210 pour 100 000 habitants (soit 141 238 nouveaux cas confirmés), correspondant à **20 177 cas confirmés en moyenne chaque jour**. Une **augmentation du nombre de nouveaux cas confirmés** était observée par rapport à la semaine précédente (+9%) dans l'ensemble des classes d'âge, plus importante chez les moins de 15 ans (+25%) et moindre chez les 75 ans et plus pour lesquels l'incidence se stabilise (+2% vs +12% entre les S01 et S02). **Les personnes de 75 ans et plus restaient cependant les plus touchées** par le SARS-CoV-2 avec une incidence de 265/100 000 habitants. Bien que l'incidence soit moindre **chez les 0-14 ans**, une importante augmentation a été observée en semaine 03 (117 vs 94, +25% par rapport à S02), conjointement à l'augmentation plus marquée du taux de dépistage. Chez les plus jeunes, l'augmentation du taux d'incidence était plus forte chez les 0-9 ans (76/100 000, +34%), avec une augmentation comparable du taux de dépistage (935, +37%). Cette tendance sera à confirmer dans les prochaines semaines.

Le **taux de positivité au niveau national (7,1%)** était en légère augmentation par rapport à celui de la semaine précédente (6,6%, soit +0,5 point) dans l'ensemble des classes d'âge excepté chez les 0-14 ans (-0,2 point).

En semaine 03, le nombre de cas et de personnes-contacts a augmenté, mais les caractéristiques des contacts à risque sont restées inchangées. Le nombre de personnes-contacts par cas était stable, à un niveau intermédiaire entre celui observé avant et pendant le deuxième confinement. Les contacts à risque entre classes d'âge semblaient avoir retrouvé leurs caractéristiques habituelles, après le mélange intergénérationnel lors des fêtes de fin d'année.

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et le prélèvement diagnostique était stable (2 jours). L'identification des chaînes de transmission restait insuffisante, puisque moins d'un quart des nouveaux cas avaient précédemment été identifiés par le dispositif de contact-tracing. **Ceci est préoccupant dans le contexte d'une diffusion de variants émergents plus transmissibles.**

La légère diminution de la proportion de personnes-contacts devenues des cas pourrait signifier une diminution de la proportion de personnes-contacts se faisant dépister à l'issue de leur période d'isolement, en présence ou en l'absence de symptômes.

En **médecine générale**, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était **en augmentation** comparativement à celui de la semaine précédente (103/100 000 habitants en S03 vs 77 en S02).

Le **nombre d'actes médicaux SOS Médecins** pour suspicion de COVID-19 était **stable** à un niveau élevé en semaine 03 (+3% entre S02 et S03). Cependant, il restait en hausse chez les 0-14 ans.

Dans les **établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)**, une **stabilisation du nombre de cas confirmés** était observée en semaine 03, après deux semaines d'augmentation. Le nombre de nouveaux **décès de résidents** survenus en établissements tendait à se stabiliser en semaine 02 (données non consolidées en semaine 03).

En semaine 03, l'augmentation du nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** se poursuit (+18%) et concerne toutes les classes d'âge.

Le nombre de patients hospitalisés en France pour COVID-19 reste élevé et continue d'augmenter, avec **27 041** personnes hospitalisées au 26 janvier 2021, dont **3 081 en réanimation**. **En semaine 03, les taux hebdomadaires d'hospitalisations et de nouvelles admissions en réanimation** par date de déclaration continuaient **très nettement d'augmenter** (respectivement +16% et +20%). Même si les données par date d'admission en S03 sont non consolidées du fait du délai de déclaration des dossiers, une augmentation des hospitalisations (+1%) et des admissions en réanimation (+8%) est déjà observée par rapport à la S02.

En France métropolitaine, les **estimations du R-eff calculées à partir des trois sources sont supérieures à 1 de façon significative** pour la troisième semaine consécutive : **1,09** pour les données virologiques (tests RT-PCR et tests antigéniques, SI-DEP), **1,14** pour les passages aux urgences (OSCOUR®) pour suspicion de COVID-19 et **1,07** pour les données d'hospitalisation (SI-VIC). Le passage de cet indicateur au-dessus de 1 indique une progression de la circulation du virus.

En semaine 03, le nombre de **décès hospitaliers** était en **nette augmentation** (+20%) par rapport à la semaine précédente. **Le nombre de décès liés à la COVID-19 incluant l'ensemble des décès survenus en milieu hospitalier et dans les établissements médico-sociaux** (décès survenus à domicile non inclus) dépasse **74 000 décès sur la période du 1^{er} mars 2020 au 24 janvier 2021**.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus restait significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre 2020) et jusqu'à la semaine 02 (du 11 au 17 janvier 2021). L'excès de mortalité était de +15% en S51, +12% en S52, +15% en S53 et +17% en S01. Du fait du délai habituel de transmission des données, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 02 sera précisée la semaine prochaine.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

L'incidence était en augmentation dans l'ensemble des régions métropolitaines, excepté dans deux régions où les taux se stabilisaient : Bourgogne-Franche Comté et Bretagne.

Les taux d'hospitalisation étaient en augmentation dans l'ensemble des régions métropolitaines excepté en Grand Est, Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Corse. Les taux d'admission en réanimation étaient en augmentation dans la majorité des régions métropolitaines excepté en Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne et Corse où les taux se stabilisaient.

Les régions les plus touchées en semaine 03 étaient toujours les régions **Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Grand Est**. Ces régions présentaient en S03 les **plus forts taux d'incidence** depuis fin novembre 2020, ainsi que les **taux d'hospitalisation et de décès** parmi les plus élevés en métropole (données ESMS et données hospitalières).

Concernant l'évolution des indicateurs dans ces quatre régions, une **augmentation des taux d'incidence** était constatée en Provence-Alpes-Côte d'Azur (377/100 000, +14%), Auvergne-Rhône-Alpes (228, +10%) et Grand Est (224, +10%). Au niveau hospitalier, une **hausse du taux d'hospitalisation** était observée en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les **taux d'admission en réanimation** étaient en augmentation en Provence-Alpes-Côte d'Azur (+21%), Bourgogne-Franche-Comté (+14%) et Grand Est (+5%).

Concernant les autres régions dont les taux d'incidence étaient moins élevés, **de fortes augmentations du nombre de nouveaux cas** étaient observées en Occitanie (208, +13%), Pays de la Loire (165, +13%), Nouvelle-Aquitaine (167, +10%), Centre-Val de Loire (197, +10%) et Corse (102, +20%).

Au niveau hospitalier, de **fortes augmentations des taux d'hospitalisation et d'admission en réanimation** étaient observées, en particulier en Nouvelle-Aquitaine (12,9/100 000 soit +39% et 1,8/100 000 soit +53%), Hauts-de-France (18,8 soit +35% et 2,9 soit +52%), Normandie (16,5 soit +30% et 1,5 soit +23%), et Pays de la Loire (13,7 soit +28% et 1,8 soit +41%).

Le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en semaine 02 dans sept régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

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

L'analyse **de l'impact des couvre-feux anticipés** sur la dynamique de l'épidémie de COVID-19 à l'échelle des départements **montre une augmentation de l'incidence des cas confirmés de SARS-CoV-2 dans le groupe 1 (départements placés sous couvre-feu anticipé le 02 janvier 2021)** en semaine 03, malgré le maintien du couvre-feu. Même s'il est possible que le couvre-feu anticipé ait permis d'atténuer cette augmentation, il apparaît que **cette mesure n'a pas suffi à contenir l'évolution défavorable de la circulation virale.**

Dans le **groupe 2 (départements placés sous couvre-feu anticipé les 10 et 12 janvier 2021)**, les premiers effets éventuels du couvre-feu anticipé étaient théoriquement observables dès la semaine 03. Sur cette semaine, une augmentation de l'incidence était observée (+15%) dans ce groupe de manière plus marquée que dans le groupe 3 (+9%) pour lequel la mise en place du couvre-feu anticipé le 16 janvier n'avait pas encore pu produire ses effets éventuels. **Ces éléments ne sont pas en faveur d'un impact positif du couvre-feu anticipé dans les départements du groupe 2, même si une évolution encore plus défavorable aurait pu être observée en l'absence de celui-ci.**

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 03, les plus forts taux d'incidence, d'hospitalisation et d'admission en réanimation étaient observés en Guyane et à Mayotte.

- **En Guyane, le taux d'incidence continuait de diminuer en semaine 03** (-23%), avec un taux de dépistage stable (-4%). Le taux d'hospitalisation était en hausse (18,6 vs 15,5 en S02, +20%).

- **À Mayotte, le taux d'incidence était en augmentation (+38%) mais plus modérément que la semaine précédente**, de même que les taux de dépistage (+31%) et de positivité (+0,7 point). Le taux d'hospitalisation était en augmentation (7,2 en S03 vs 3,9 en S02).

- **À La Réunion, le taux d'incidence était en augmentation (+52% vs -17% entre S01 et S02)** ainsi que le taux de dépistage (+9% vs +2% entre S01 et S02). Le taux d'hospitalisation était en diminution (1,6 en S03 vs 2,2 en S02).

- **En Guadeloupe, les taux d'incidence et de dépistage étaient en augmentation** (+15% vs -16% entre S01 et S02 et +13% vs -13% entre S01 et S02, respectivement). Le taux d'hospitalisation était en diminution (1,1/100 000 habitants en S03 vs 2,9/100 000 habitants en S02).

- **En Martinique, les taux d'incidence et de dépistage se stabilisaient** (+1% et +3%, respectivement). Le taux d'hospitalisation diminuait (0,6 vs 1,1 en S02).

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

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

► Surveillances spécifiques et populationnelles

Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie restaient les personnes âgées de 65 ans et plus, ainsi que celles présentant des comorbidités. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 91% des personnes décédées de la COVID-19 à l'hôpital depuis le 1^{er} mars 2020, et 65% des personnes hospitalisées en réanimation le 26 janvier 2021.

La surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation lors de la deuxième vague indiquait une proportion élevée d'hommes (72%), de personnes de 65 ans et plus (63%) et de cas présentant une comorbidité (89%), dont les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète. Pour 43% des patients hospitalisés en réanimation pour COVID-19, un recours à la ventilation invasive avait été nécessaire.

Les enfants sont très peu représentés parmi 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. Entre le 1^{er} mars 2020 et le 10 janvier 2021, **368** cas de PIMS ont été signalés. En France, l'incidence des PIMS en lien avec la COVID-19 (310 cas) a été estimée à 21,4 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans.

La surveillance spécifique des **professionnels travaillant dans les établissements de santé**, mise en place depuis le 1^{er} mars 2020, rapportait **64 541** cas d'infection au SARS-CoV-2 au 25 janvier 2021. Parmi ces cas, 19 étaient décédés en lien avec leur infection à SARS-CoV-2. Après une relative stabilisation du nombre de cas hebdomadaire entre les semaines 48 et 51, on observe une **tendance à l'augmentation entre les semaines 53 et 02** (données des semaines 02 et 03 non consolidées).

Il est important que les établissements continuent à participer, afin que les cas recensés soient le plus exhaustifs possibles. Les professionnels de santé libéraux peuvent, s'ils ont été atteints par la COVID-19, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#), ouverte à tous les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, et visant à documenter les circonstances de leur contamination.

Dans le cadre de la surveillance des infections nosocomiales (e-SIN), entre le 1^{er} janvier 2020 et le 17 janvier 2021, 2 986 signalements de cas de COVID-19 nosocomiaux, survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un établissement de santé, ont été enregistrés (données disponibles dans le [Point épidémiologique du 21 janvier 2021](#)).

► Variants émergents du SARS-CoV-2

Suite à l'identification des **variants SARS-CoV-2 émergents** signalés à l'OMS mi-décembre 2020, **20I/501Y.V1** détecté pour la première fois au Royaume-Uni et **20H/501Y.V2** détecté pour la première fois en Afrique du Sud, une surveillance a été mise en place en France afin d'évaluer et de suivre leur diffusion sur le territoire national. Le 09 janvier 2021, un nouveau variant 20J/501Y.V3 ayant émergé au Brésil a également été notifié à l'OMS.

Au 27 janvier 2021, 339 cas d'infection à des variants émergents étaient recensés en France : **299 cas d'infection au variant 20I/501Y.V1** et **40 cas d'infection au variant 20H/501Y.V2**. Ce décompte n'inclut pas les éventuels cas secondaires, voire tertiaires, recensés lors des investigations et qui n'auraient pas fait l'objet d'un séquençage. Aucun cas d'infection au nouveau variant 20J/501Y.V3 n'a été signalé à ce jour en France. **Des cas d'infection au variant 20I/501Y.V1 ont été identifiés dans toutes les régions métropolitaines et ceux dus au variant 20H/501Y.V2 ont été signalés dans sept régions métropolitaines et deux régions d'outre-mer.**

Ce recensement n'est que partiel, et les résultats consolidés de l'enquête Flash menée les 07 et 08 janvier 2021 sur les tests RT-PCR positifs au SARS-CoV-2 ont montré que **les cas de COVID-19 liés au variant 20I/501Y.V1 représentaient 3,3% des cas diagnostiqués par RT-PCR recensés en France**, soit environ 4 200 cas parmi ceux rapportés dans SI-DEP en semaine 01. Au total, 135 laboratoires de biologie médicale, dont 36 laboratoires privés, ont participé à l'enquête. Cette enquête, basée sur un criblage préalable par test Thermo Fisher Scientific® puis confirmation par séquençage, permettait de détecter uniquement les variants 20I/501Y.V1. La deuxième édition de l'enquête Flash est prévue le mercredi 27 janvier 2021. Elle sera basée de préférence sur un criblage par RT-PCR spécifique permettant de suspecter un variant quel qu'en soit le type pour les laboratoires qui en bénéficient, ou sinon par RT-PCR Thermo Fisher Scientific®.

► Santé mentale

La santé mentale des personnes interrogées reste dégradée (vague 20 de l'enquête CoviPrev du 18 au 20 janvier 2021), **avec un niveau élevé d'états anxieux et dépressifs**, en particulier chez les personnes en situation de précarité et celles ayant des antécédents de trouble psychologique. Quelles que soient les conditions de vie, les facteurs associés à une santé mentale plus dégradée sont la peur, l'inquiétude (pour sa santé ou pour sa situation économique), la colère ou encore les sentiments de solitude et d'isolement.

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

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

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

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

► Prévention

Les résultats de la dernière enquête CoviPrev, réalisée du 18 au 20 janvier 2021 en population générale, montrent que **le port systématique du masque en public est resté stable à un niveau élevé**. Par contre, les autres mesures en lien avec l'interaction sociale sont moins souvent adoptées systématiquement, même si elles restent supérieures aux valeurs observées avant le deuxième confinement (fin octobre).

Les résultats de cette enquête CoviPrev montrent également que **54% des personnes interrogées répondaient vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la COVID-19**. Ce pourcentage est en augmentation par rapport à l'enquête précédente (40% en vague 19 mi-décembre) et similaire à celui de fin novembre (53% en vague 17). Les craintes d'effets secondaires restent la première raison évoquée pour ne pas se faire vacciner. Il demeure donc primordial de faciliter l'accès à l'information sur la vaccination (stratégie vaccinale, sécurité des vaccins...).

La campagne de vaccination se poursuit et s'adresse prioritairement aux personnes les plus vulnérables et aux professionnels de santé. **Au 26 janvier 2021**, selon les données issues de Vaccin Covid (données du 27 janvier 2021), **1 130 753 personnes avaient reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** en France. Il est ainsi estimé que 1,7% de la population française a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19. L'analyse des couvertures vaccinales par tranches d'âge montre que les plus élevées sont observées chez les personnes les plus âgées (personnes âgées de 75 à 79 ans : 8,3%, 80 ans et plus : 10,2%). Les couvertures vaccinales dans chaque population cible (par exemple, les résidents et les professionnels en EHPAD), ainsi que les couvertures des personnes ayant été vaccinées par deux doses de vaccin seront publiées prochainement.

Les nombres de personnes vaccinées par au moins une dose (décrites par tranches d'âge et par sexe, aux niveaux national et régional) sont accessibles depuis le 27 janvier 2021 en accès libre en open data sur la plateforme [Geodes](https://geodes.solidarites-santé.gouv.fr/) ainsi que sur data.gouv.fr.

L'accélération du déploiement de la campagne de vaccination est primordiale pour faire face à l'augmentation de la circulation du SARS-CoV-2 et à la présence sur le territoire national de variants émergents qui présentent une contagiosité supérieure aux variants actuellement majoritaires.

Pour en savoir + sur la vaccination : [Vaccination Info Service](https://vaccination-info-service.fr/)

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 des comportements en matière de prévention individuelle, l'impact de l'épidémie sur la santé mentale et les intentions de recours à la vaccination.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

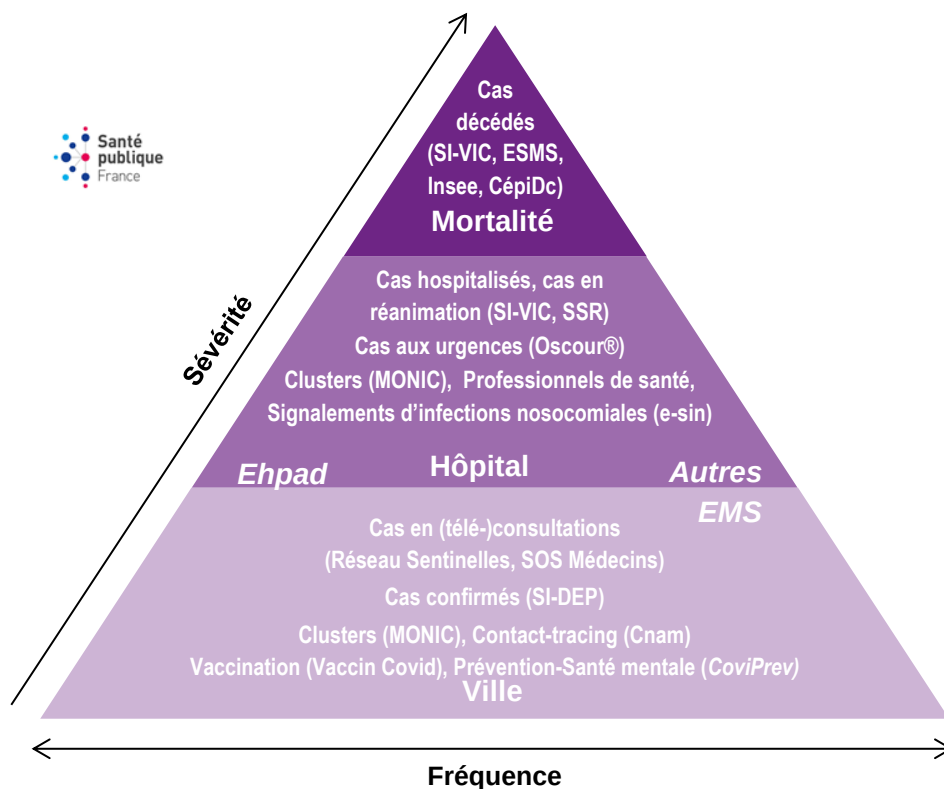
Mortalité toutes causes (Insee) : nombre de décès toutes causes par âge, avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).

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

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

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

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



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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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 : Delphine Viriot, Christine Campèse, Nelly Fournet, Nicolas Méthy, Judith Benrekassa, Daniel Levy-Bruhl

Systèmes de surveillance : Fatima Aït El Belghiti, Denise Antona, Jonathan Bastard, Ghaya Ben Hmidene, Anne Berger-Carbonne, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Mathias Bruyand, Clémentine Calba, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Bruno Coignard, Mélanie Colomb-Cotinat, Julien Durand, Enguerrand Du-Roscoât, Myriam Fayad, Adeline Feri, Julie Figoni, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Scarlett Georges, Katia Hamdad, Eline Hassan, Yu Jin Jung, Sophie Larrieu, Yann Le Strat, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Florence Lot, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Michael Padget, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Jérôme Pouey, Isabelle Poujol, Julian Rozenberg, Claire Sauvage, Alexandra Septfons, Cécile Sommen, Guillaume Spaccaferri, Marie-Michèle Thiam, Sophie Vaux, Agnès Verrier.

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

Contact presse

Vanessa Lemoine

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

Diffusion

Santé publique France

12 rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice

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

Date de publication

28 janvier 2021