

Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, Laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville Agences régionales de santé (ARS) Les Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence et de pédiatrie

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires.
Ce bilan est basé sur les données épidémiologiques de surveillance du COVID-19 (SARS-CoV-2) rapportées à Santé publique France jusqu'au 05 novembre 2020.

Points clés

En raison d'un défaut de remontées de données sur les tests par le système d'information SI-DEP vers Santé Publique France, les indicateurs basés sur les données des tests de diagnostic réalisés par les laboratoires de biologie médicale sont sous-estimés en semaines 43 et 44. Les indicateurs issus de cette source de données ne sont pas tous présentés comme habituellement dans ce point épidémiologique qui inclut toutes les autres sources de la surveillance COVID-19. Ce problème est en cours de résolution avec les acteurs concernés et une mise à jour de ces données sera réalisée dès que possible.

► France métropolitaine : poursuite de l'augmentation du nombre de cas, des hospitalisations, des admissions en réanimation et des décès

- Augmentation des hospitalisations (+43%)
- Admissions en réanimation : 65% de personnes âgées de 65 ans et plus ; 88% avec comorbidités
- Poursuite de l'augmentation du nombre de décès plus marquée en semaine 43
- Forte augmentation du nombre de cas et de décès dans les établissements médico-sociaux
- Régions les plus touchées : Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France et Île-de-France

► Outre-mer :

- Poursuite de l'augmentation en Martinique ; tendance à la diminution en Guadeloupe et stabilisation en Guyane ; augmentation à Mayotte et à la Réunion

► Prévention :

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

Chiffres clés en France

S44 S43 Evolution

Indicateurs hebdomadaires semaine 44 (du 26 octobre au 1^{er} novembre 2020)

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	326 205*	272 959*	**
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	**	**	**
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	7 662	7 417	+3%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	14 902	11 619	+28%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	17 450	12 176	+43%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	2 605	1 816	+43%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	2 242	1 550	+45%

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 03 novembre 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	173 853
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	38 289

* en l'état des données SI-DEP transmises le 05 novembre

** données non évaluables

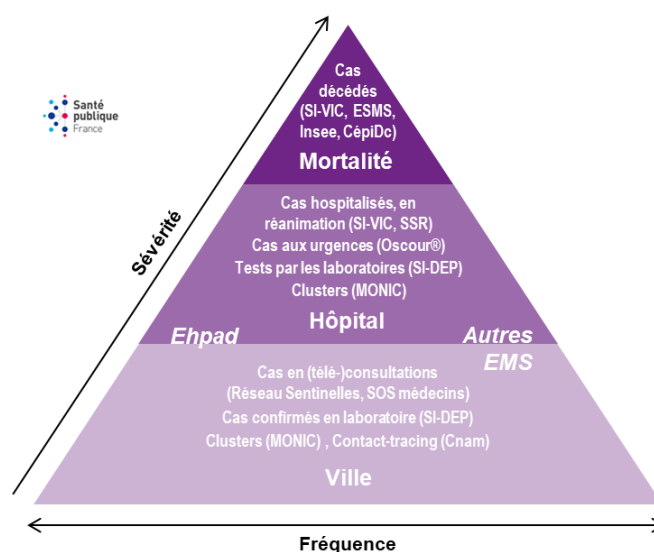


Sommaire	Page
Synthèse : points et chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3
Surveillance à partir des associations SOS Médecins	4
Surveillance virologique	5
Activité de suivi des contacts	6-8
Cas confirmés de COVID-19	9
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	10-12
Surveillance aux urgences	13
Nombre de reproduction effectif «R effectif»	14-15
Surveillance en milieu hospitalier	16-21
Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)	22
Surveillance des professionnels de santé	23
Surveillance de la mortalité	24-27
Situation internationale	28-29
Prévention	30-31
Synthèse - Conclusion	32-35
Méthodes	36

Dans le contexte actuel de l'étendue de l'épidémie en France métropolitaine, les données relatives aux niveaux de vulnérabilité des départements ne sont plus présentées.

Les données sur les clusters (foyers de transmission) seront mis à jour la semaine prochaine.

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



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

Surveillance en médecine ambulatoire

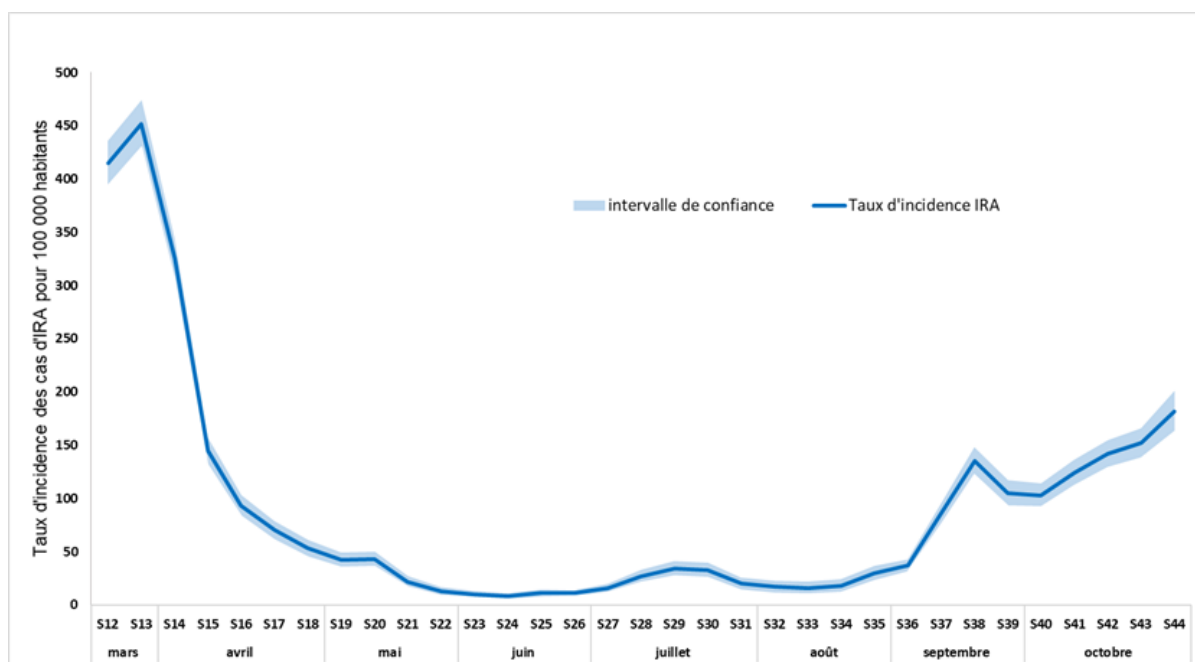
Réseau Sentinelles

La surveillance du Réseau Sentinelles des infections respiratoires aiguës (IRA) permet d'estimer l'incidence nationale des IRA observée en médecine générale en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées par une surveillance virologique d'une partie des patients vus par les médecins du réseau pour lesquels sont réalisés des prélèvements. Cette surveillance virologique a débuté le 13 septembre 2020.

Les résultats des 2 dernières semaines sont consolidés dans les semaines suivantes.

- **En semaine 44** (du 26 octobre au 1^{er} novembre 2020), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 179/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [160-198]) en France métropolitaine, en augmentation par rapport à celui de la semaine 43 : 158/100 000 habitants (IC95% : [143-173]) (Figure 1).
- **En semaine 44**, sur les 26 patients présentant une IRA qui ont eu un prélèvement, 9 se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2 et 8 positifs pour du rhinovirus.
- Depuis la semaine 37, sur les 277 patients qui ont eu un prélèvement nasopharyngé testé pour les différents virus respiratoires surveillés, 58 (21%) se sont révélés positifs pour le SARS-CoV-2 et 142 (52%) positifs pour un rhinovirus. Aucun n'était positif pour un virus grippal.

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



Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, 135 223 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 03 novembre 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 44** (du 26 octobre au 1^{er} novembre 2020), **7 662 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes était enregistrée en Auvergne-Rhône-Alpes (21%), Ile-de-France (20%), Hauts-de-France (10%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (9%) et Nouvelle-Aquitaine (8%).
- Pour la 4^{ème} semaine consécutive, le **nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 a augmenté** (+3%, soit +245 actes par rapport aux 7 417 actes enregistrés en S43 – données consolidées). Cette augmentation est plus importante chez les adultes de plus de 44 ans avec +6% chez les 45-74 ans (soit +122 actes) et encore plus marquée chez les 75 ans et plus (+21% soit +98 actes). Cinq régions sont concernées par cette augmentation : Bourgogne-Franche-Comté (+68% soit +136 actes), Grand-Est (+26% soit +114 actes), Hauts-de-France (+20% soit 129 actes), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+11% soit +66 actes) et Bretagne (+9% soit +19 actes).
- La **part des actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** tous âges était de **12,9%**, en hausse par rapport à la semaine précédente (11,7%) (Figure 2).

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

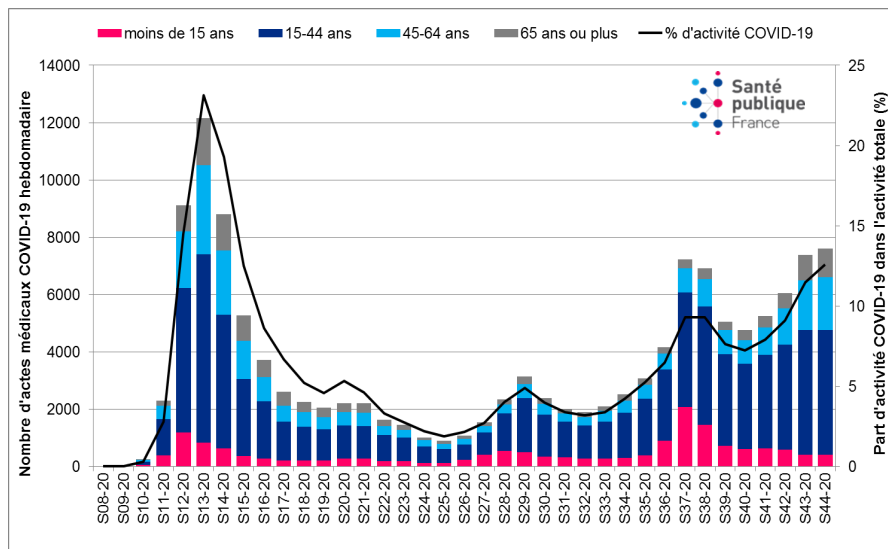
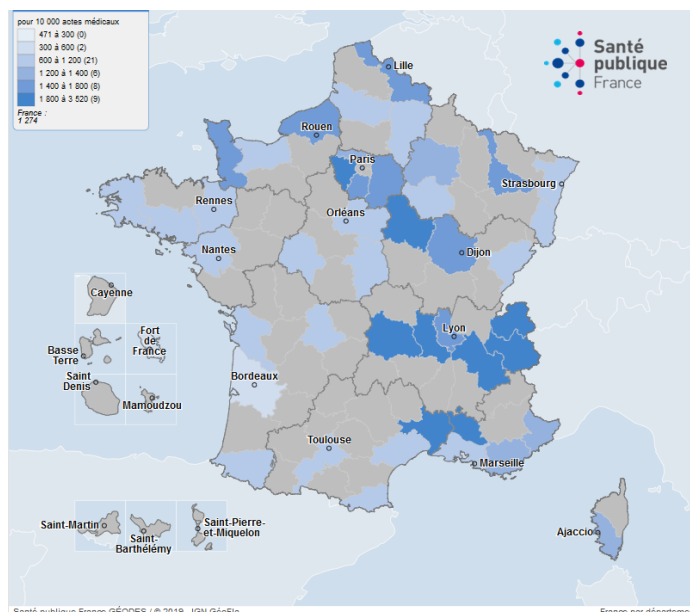


Figure 3. Taux hebdomadaires d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes médicaux SOS Médecins, par département, semaine 44/2020, France (source : SOS Médecins)



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

Surveillance virologique

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

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

Un défaut de remontées de données sur les tests par le système d'information SI-DEP vers Santé Publique France, due à des problèmes techniques liés à la volumétrie des tests, a été constaté. Les chiffres remontés sur les tests à Santé publique France via le système d'information SI-DEP sont donc actuellement sous-estimés.

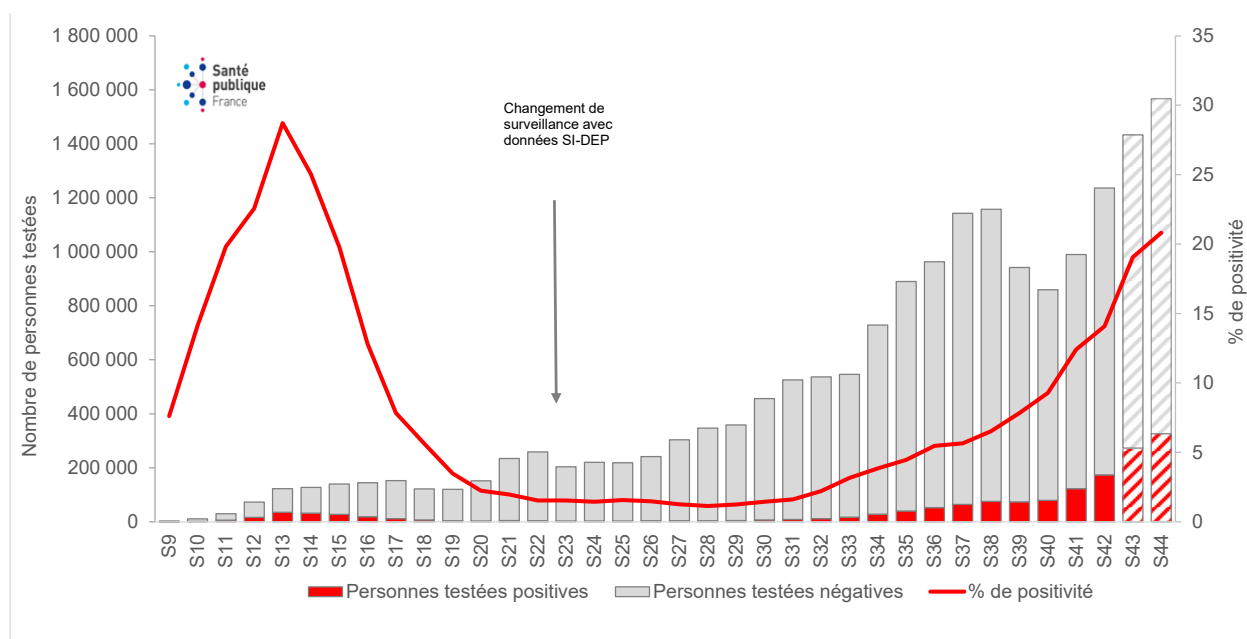
Compte tenu de l'incertitude sur les chiffres, les nombre de tests et de cas avérés sont donc présentés comme un minimum. Seules les données actuellement réceptionnées sont prises en compte dans ce point.

Ce problème est en cours de résolution avec les acteurs concernés et une mise à jour de ces données sera réalisée dès que possible.

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

- Au niveau national, en semaine 44, à partir des données réceptionnées à ce jour, **1 567 020 personnes ont été testées pour la première fois** pour le SARS-CoV-2 par RT-PCR (pour 2 167 221 tests réalisés). Parmi ces personnes, 326 205 étaient positives. Le nombre de personnes testées positives a augmenté par rapport à la semaine précédente (272 959 en S43) (Figure 4).
- **Le taux national d'incidence** (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) estimé à partir des données non consolidées était de **486 cas /100 000 habitants** en S44 et a augmenté par rapport au taux de la semaine précédente (407 cas /100 000 en S43).
- Le taux de positivité estimé à partir des données non consolidées est également en augmentation pour la S44 par rapport à la S43 (Figure 4).

Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité dans les laboratoires, par semaine, France, (source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers; depuis S20 : SI-DEP, données au 05 novembre 2020)



S43 et S44: Données provisoires, en cours de consolidation

Activité d'identification des contacts (données ContactCovid- Cnam)

Le contact-tracing (CT) a pour objectifs : 1- de limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas, 2- de détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes contacts à risque et leur isolement, 3- de détecter d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle.

Cette stratégie repose sur une organisation en 3 niveaux mobilisant les professionnels de santé de médecine de ville et des établissements de santé ; l'Assurance maladie ; les Agences régionales de santé en lien avec les cellules régionales de Santé publique France.

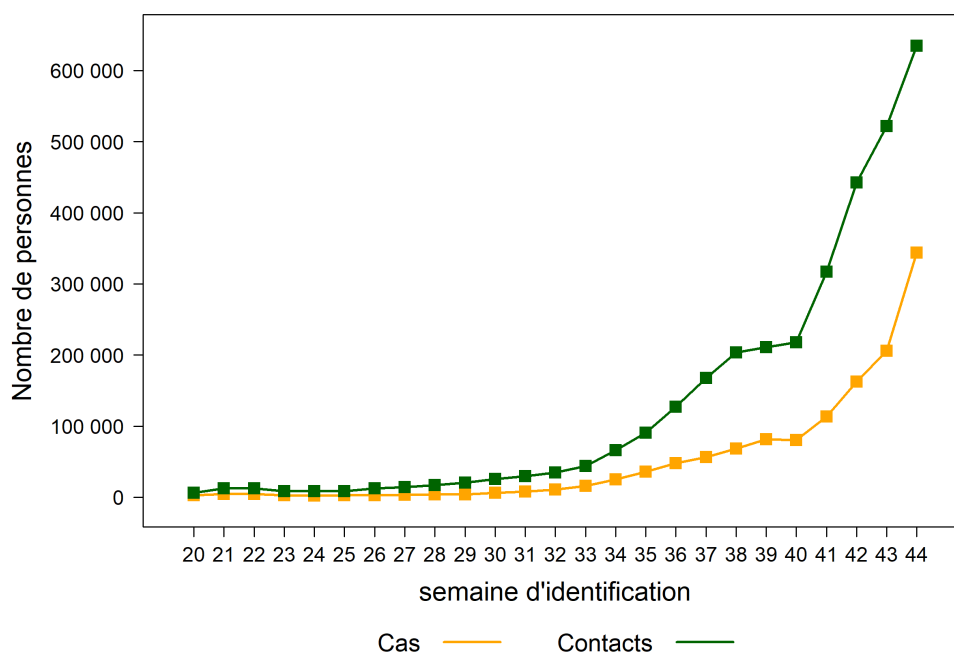
Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) dans le cadre des actions de contact tracing (base de données ContactCovid) permettent de juger de l'efficacité du dispositif de contact tracing et donnent des indications complémentaires aux données de surveillance quant à la situation épidémiologique.

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

Evolution du nombre de cas et de personnes-contacts à risque identifiés

- Au cours de la semaine 44, 344 024* nouveaux cas confirmés et 634 480 nouvelles personnes-contacts à risques ont été enregistrés. Une forte **augmentation** du nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque enregistrées est observée depuis la semaine 41 et **se poursuit entre les semaines 43 et 44** avec une augmentation respective de 67% et 22% (Figure 5).

Figure 5. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque identifiés par semaine du 13 mai au 1^{er} novembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



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

Proportion des cas et des personnes-contacts à risque investigués

Depuis la semaine 43, une modification est intervenue sur les plateformes de l'Assurance maladie afin de faire face à l'augmentation exponentielle du nombre de cas et de personnes-contacts à joindre, dans un délai suffisamment court pour être efficace. Ainsi, dorénavant, l'ensemble des patients dépistés positifs à la Covid-19 reçoivent désormais, avant tout échange téléphonique, un message SMS leur demandant de préparer l'entretien. Ce SMS renvoie, via un lien cliquable, vers un site qui permet aux patients positifs de les guider pour préparer la liste de leurs cas contact à risque ainsi que leurs coordonnées et cela, dans l'attente de l'appel téléphonique de l'Assurance Maladie. Les personnes-contacts majeures pour lesquelles une adresse email est disponible dans le compte ameli ne sont plus appelées par les agents de l'Assurance maladie mais reçoivent un email leur indiquant leur situation de personne-contact avec les instructions à suivre (isolement et test diagnostique COVID-19 en particulier). Un SMS de relance est adressé à toutes les personnes-contact concernées. Les personnes-contact n'ayant pas lu l'email au bout de 24h font l'objet d'un appel par l'Assurance maladie. Ainsi, une personne-contact « investiguée » correspond dorénavant soit à une personne appelée et jointe, soit à une personne ayant lu le mail envoyé par l'Assurance maladie.

- **En semaine 44, la proportion de cas ayant pu être investigués** par l'Assurance Maladie **diminue** pour la troisième semaine consécutive pour s'établir à 78% (vs. 83% S43). La proportion de personnes-contact à risque investigués a diminué en semaine 44 avec 62% de personnes-contact investigués vs 81% en semaine 43 (Tableau 1). En semaine 44, 28% des personnes contacts ont été contactées par mails avec accusé de lecture (vs.14% en S43).

Tableau 1. Nombre et proportion de cas et de personnes-contacts à risque contactés par région, depuis le début de l'activité de suivi de contacts du 13 mai au 1^{er} novembre 2020 et pendant la dernière semaine (S44/2020) (source : ContactCovid – Cnam)

Territoires/régions	Depuis la levée du 1er confinement du 13/05 au 01/11				Semaine 44 du 26/10 au 01/11			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
France entière	1 295 191**	90	3 254 762**	90	344 024	78	634 480	62
France métropolitaine	1 258 842	90	3 157 793	91	338 830	78	613 697	63
Auvergne-Rhône-Alpes	215 666	90	545 096	87	71 082	73	114 664	58
Bourgogne-Franche-Comté	41 402	88	119 611	82	15 236	76	30 851	50
Bretagne	31 359	95	122 106	91	7 948	85	23 212	66
Centre-Val de Loire	31 706	89	91 031	93	9 282	70	19 333	70
Corse	4 718	94	12 385	93	1 423	90	2 805	69
Grand Est	74 360	94	208 386	85	26 816	83	54 533	49
Haut-de-France	137 758	88	322 005	90	38 128	74	63 396	60
Île-de-France	330 101	87	641 720	97	69 778	77	96 319	87
Normandie	45 443	94	139 664	90	12 348	88	29 370	60
Nouvelle-Aquitaine	73 237	94	255 140	90	18 537	88	48 407	61
Occitanie	110 437	95	293 522	92	26 967	86	53 904	66
Pays de la Loire	46 989	96	182 485	87	13 497	86	36 811	51
Provence-Alpes-Côte d'Azur	115 666	89	224 642	91	27 788	76	40 092	61
France ultra-marine								
La Réunion	5 657	88	17 394	97	610	73	1 661	89
Martinique	3 991	97	10 491	95	805	90	1 601	86
Mayotte	2 014	71	4 248	80	81	2	16	19
Guadeloupe	8 014	93	11 837	99	347	88	379	99
Guyane	7 127	93	10 725	100	92	88	108	89
Région indéterminée	9 546		42 274		3 259		17 018	

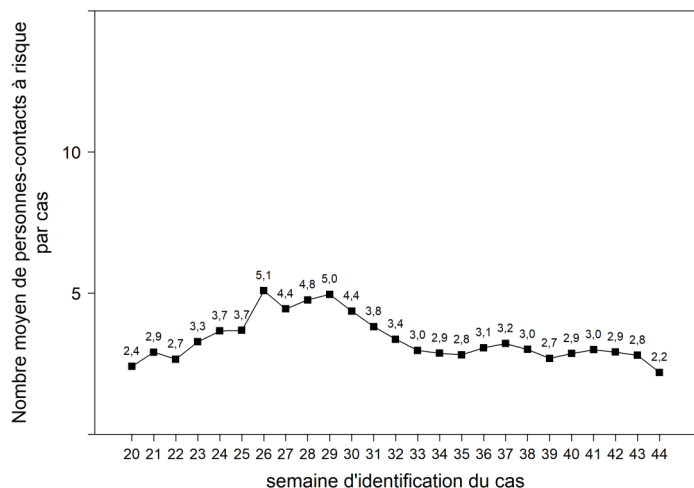
* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020, ou confirmés par un test antigénique utilisé dans les conditions prévues par l'avis de la HAS du 24 septembre 2020.

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

Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- Le **nombre moyen** de personnes-contacts à risque par cas **a diminué de façon importante** à 2,2 (vs 2,8 pour la semaine 43). Il s'agit du nombre le plus bas depuis la semaine 20 (mi-mai) (Figure 6).

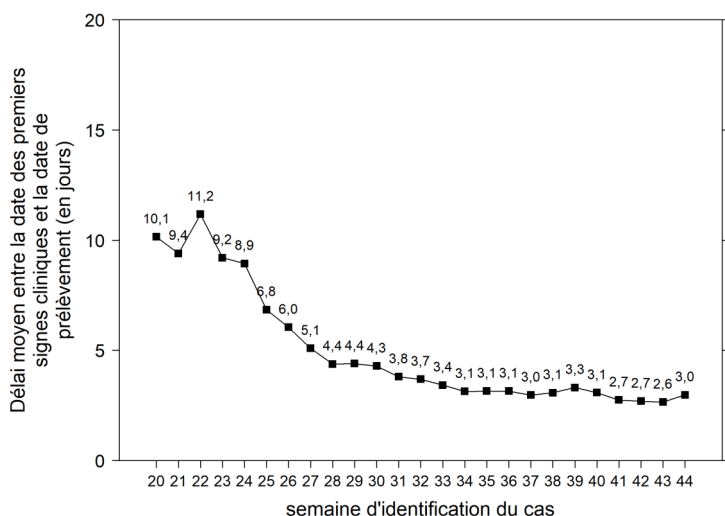
Figure 6. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine du 13 mai au 1^{er} novembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



Délai de dépistage des cas symptomatiques

- En semaine 44, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour dépistage par RT-PCR renseignées (n=163 191), le **délai moyen de dépistage a augmenté légèrement passant à 3,0 jours** (Figure 7). Ce délai ne comprend pas le délai de rendu du résultat au patient. Les délais de dépistage pour les régions ultra-marines restent toujours plus élevés que ceux des régions métropolitaines avec des délais allant jusqu'à 5,8 jours en Martinique (Figure 8).

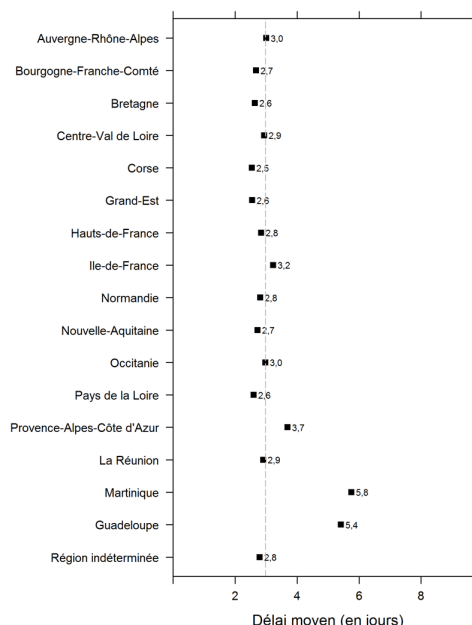
Figure 7. Délai (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement de la RT-PCR parmi les cas symptomatiques par semaine du 13 mai au 1^{er} novembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



Note : Le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et de prélèvement renseignées. En S44 cela représente 47% 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.

Figure 8. Délai (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement de la RT-PCR parmi les cas symptomatiques par semaine du 13 mai au 1^{er} novembre 2020, par région (source : ContactCovid – Cnam)

Délai moyen entre les premiers signes cliniques et la date de prélèvements par région (semaine 44)



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

Note : délai moyen calculé si au moins 30 cas avec l'information. La ligne verticale correspond à la moyenne nationale de la semaine.

Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque

- En semaine 44, 22,4% des nouveaux cas identifiés étaient précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas (n=77 116). Cet indicateur perd 3,6 points par rapport à la semaine 42 (données en semaine 43 indisponibles). Des disparités importantes entre régions en métropole sont à noter : de 16% en Ile-de-France à 31% en Bretagne. Dans les régions ultramarines, cette proportion varie de 1,2% pour Mayotte à 36% à La Réunion.

Cas confirmés de COVID-19

Cas confirmé COVID-19 : une personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmé par RT-PCR, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique.

Entre le 21 janvier et le 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France. Entre le 26 mars et le 12 mai 2020, 115 010 cas confirmés ont été rapportés (cas incidents hospitaliers et cas positifs en laboratoire) par les remontées des données de laboratoires de biologie médicale (source 3 Labo) et des patients hospitalisés pour COVID-19 (source SI-VIC). Depuis le 13 mai 2020, les cas de COVID-19 sont rapportés par le Système d'Information de dépistage (SI-DEP) permettant une estimation à visée exhaustive des nombres de cas confirmés en France testés par RT-PCR.

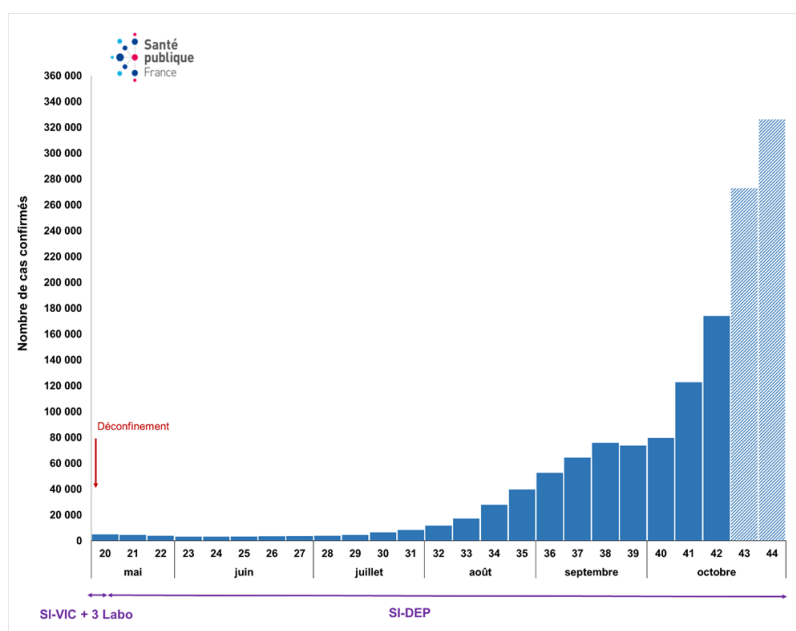
Un défaut de remontées de données sur les tests par le système d'information SI-DEP vers Santé Publique France, due à des problèmes techniques liés à la volumétrie des tests, a été constaté. Les chiffres remontés sur les tests à Santé publique France via le système d'information SI-DEP sont donc actuellement sous-estimés.

Compte tenu de l'incertitude sur les chiffres, le nombre de cas confirmés est donc présenté comme un minimum. Seules les données actuellement réceptionnées sont prises en compte dans ce point.

Ce problème est en cours de résolution avec les acteurs concernés et une mise à jour de ces données sera réalisée dès que possible.

- Entre le 13 mai et le 5 novembre 2020, 1 461 124 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Au 5 novembre 2020, un total de 1 601 367 cas confirmés de COVID-19 a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.
- En France entière, l'augmentation du nombre de nouveaux cas confirmés par semaine se poursuit en S44 : 326 205 nouveaux cas, contre 272 959 nouveaux cas en S43 (Figure 9). L'augmentation relative entre les semaines S43 et S44 n'est pas évaluée sur les chiffres non consolidés.
- En France métropolitaine, l'augmentation du nombre de nouveaux cas confirmés par semaine se poursuit également en S44 : 321 876 nouveaux cas, contre 268 625 nouveaux cas en S43. L'augmentation relative entre les semaines S43 et S44 n'est pas évaluée sur les chiffres non consolidés.

Figure 9. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 11 mai au 1^{er} novembre 2020 (données au 05 novembre 2020), France entière



S43 et S44 : données non consolidées

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

Depuis la levée du confinement en mai 2020, les patients présentant des symptômes évocateurs du COVID-19 ainsi que les sujets contacts d'un cas confirmé ont été invités à se faire dépister pour le SARS-CoV-2. Les données sont intégrées dans le système SI-DEP, qui permet désormais théoriquement, d'estimer le nombre réel de cas de COVID-19 en France. Ce nombre peut cependant être sous-estimé du fait de l'absence de dépistage de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

Surveillance dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 1^{er} Novembre 2020, 16 462 signalements d'un ou plusieurs cas de COVID-19 biologiquement confirmés ou non ont été déclarés dans les établissements sociaux et médicaux-sociaux (ESMS) à Santé publique France via le portail national des signalements du ministère (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>).
- Il s'agissait de 10 174 (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 6 288 (38%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 2).
- Parmi les **10 174** signalements en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 7 635 (75%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 16 462 signalements, **73 958 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents, **12 079 décès dans l'établissement d'accueil ont été notifiés** dont 11 981 étaient survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Tableau 2).

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

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	10 174	4 544	760	984	16 462
Chez les résidents					
Cas confirmés ⁶	63 643	8 610	532	1 173	73 958
Décès ⁷ hôpitaux	4 625	233	0	23	4 881
Décès ⁷ établissements	11 981	86	0	12	12 079
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	31 783	7 317	731	748	40 579

- Depuis début juillet et jusqu'au 1^{er} Novembre 2020, **8 410 signalements** d'un ou plusieurs cas de COVID-19 ont été déclarés dans les ESMS, dont **5 099 (61 %) signalements** survenus en EHPA et 3 311 (39 %) dans les autres ESMS. Depuis début juillet, parmi l'ensemble des cas possibles ou confirmés, **1 682** résidents sont décédés dans les établissements et **964** à l'hôpital (Tableau 3).

Tableau 3. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'établissement, chez les résidents et le personnel dans les ESMS, rapportés du 13 juillet au 1^{er} novembre 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	5 099	2 251	403	657	8 410
Chez les résidents					
Cas confirmés ⁶	27 968	4 357	322	706	33 353
Décès ⁷ hôpitaux	932	28	0	4	964
Décès ⁷ établissements	1 670	11	0	1	1 682
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	14 749	3 743	457	551	19 500

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

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

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

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

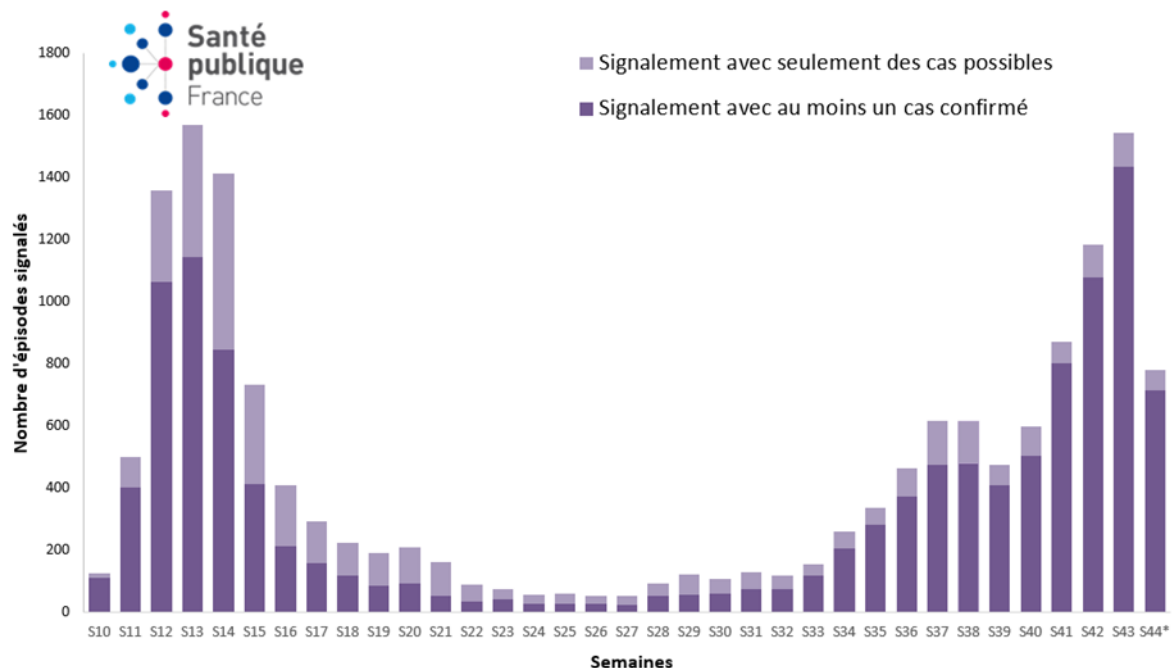
⁵ Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible ;

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

⁷ Cas possibles et confirmés décédés.

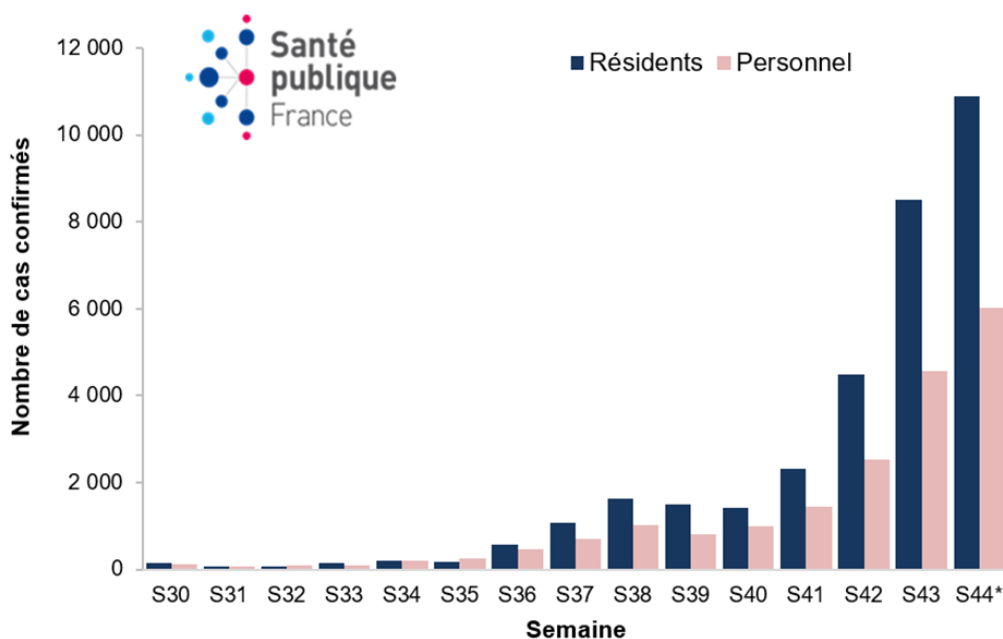
- Le nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS continue d'augmenter depuis début juillet. **Un nombre très important de signalements a été enregistré pour la semaine 43** (1 544 signalements vs 1 184 en semaine 42). En semaine 44, 778 signalements ont été enregistrés. Cependant, les données de cette dernière semaine doivent être consolidées (Figure 10).
- Le nombre d'EHPA ayant signalé des nouveaux épisodes est plus important dans deux régions : Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne-Franche-Comté, où 7% des EHPA répertoriés dans chacune de ces deux régions ont signalé un nouvel épisode en semaine 44.
- **Une augmentation du nombre de cas confirmés** de COVID-19 est observée depuis la fin du mois de juillet. Cette augmentation est particulièrement importante en semaine 44 (16 923 cas recensés vs 13 072 en S43) (Figure 11).
- **Le nombre moyen de cas confirmés par épisode a augmenté** en semaine 44 par rapport à la semaine 43 : de 33 vs 25 cas confirmés chez les résidents et de 18 vs 13 chez le personnel.
- Après être resté stable et inférieur à 5 décès par jour du mois de juin au mois d'août, **le nombre moyen de décès par date de signalement en établissement et à l'hôpital a augmenté depuis début septembre**. Depuis mi-octobre, une forte augmentation est observée avec 36 décès en moyenne par jour en établissements et 27 à l'hôpital en S43. En S44, ces nombres ont atteint respectivement 74 et 36 décès (Figure 12).
- Au total, en semaine 44, 487 nouveaux décès ont été enregistrés (vs 472 en semaine 43).

Figure 10. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19, par date de début des signes du premier cas, du 1^{er} mars au 1^{er} novembre 2020, en France



*Les données de la semaine 44 sont en cours de consolidation.

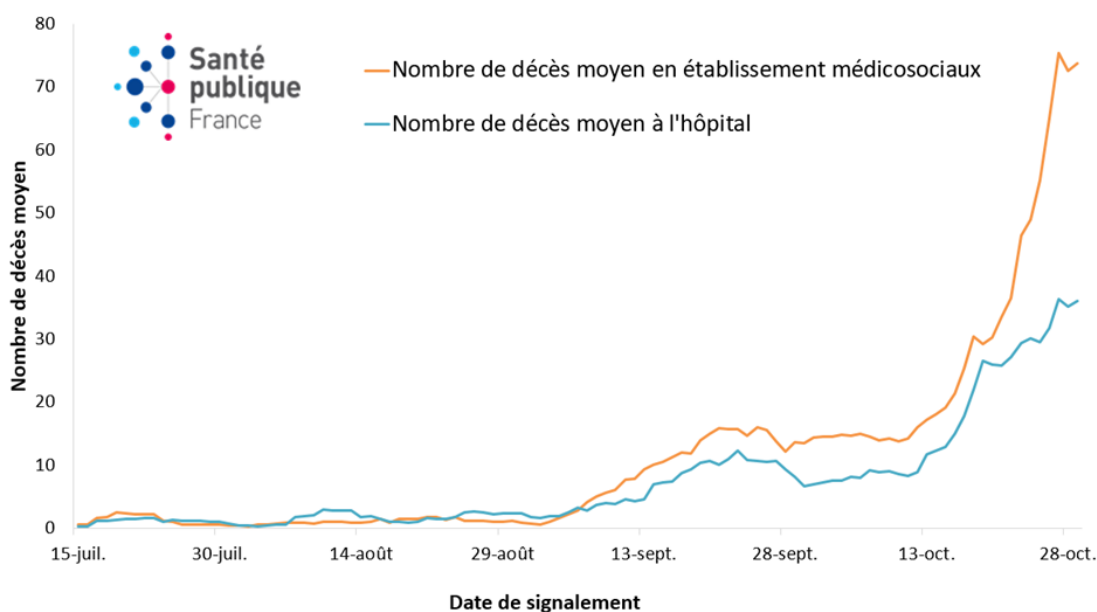
Figure 11. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine calendaire, du 20 juillet au 1^{er} novembre 2020, en France



*Les données de la semaine 44 sont en cours de consolidation.

Point d'attention : Du fait du délai court entre le signalement par les établissements et la production du point épidémiologique, les données les plus récentes ne sont pas consolidées. Les processus d'assurance qualité mis en place au niveau régional peuvent conduire à des corrections ultérieures de données.

Figure 12 : Nombre moyen (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès, rapportés du 15 juillet au 1^{er} novembre 2020, en France



Point d'attention : Du fait du délai court entre le signalement par les établissements et la production du point épidémiologique, les données les plus récentes ne sont pas consolidées. Les processus d'assurance qualité mis en place au niveau régional peuvent conduire à des corrections ultérieures de données.

Passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (Réseau OSCOUR®)

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, 254 893 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 03 novembre 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 44** (du 26 octobre au 01 novembre 2020), 14 902 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (représentant 7% de l'activité totale des services d'urgence OSCOUR®) ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période.
- Pour la 4^{ème} semaine consécutive, une hausse des passages pour suspicion de COVID-19 est observée (+28% soit +3 283 par rapport à S43 : 11 619 – données consolidées). La part d'activité, ainsi que les hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19, étaient également en légère hausse (respectivement 7% et 49% en S44 vs 5% et 46% en S43).
- Ces hausses sont observées dans toutes les classes d'âge, mais particulièrement marquée chez les 65 ans et plus avec +35% chez les 65-74 ans et +29% chez les 75 ans et plus (Figure 13).
- **Toutes les régions métropolitaines** participent à cette augmentation. Les hausses les plus marquées sont observées en Centre-Val-de-Loire (+71%), Grand-Est (+69%), Bourgogne-Franche-Comté (+58%), Pays-de-la-Loire (+57%) et Bretagne (+40%). A l'exception de la Guyane (en hausse avec de faibles effectifs, +14 passages), les tendances dans **les régions outre-mer sont stables ou en baisse**.
- **En semaine 44**, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, trois régions comptent un peu plus de la moitié des passages (Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Figure 13. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, hebdomadaire par classe d'âge, depuis le 26 février 2020, France (source : OSCOUR®)

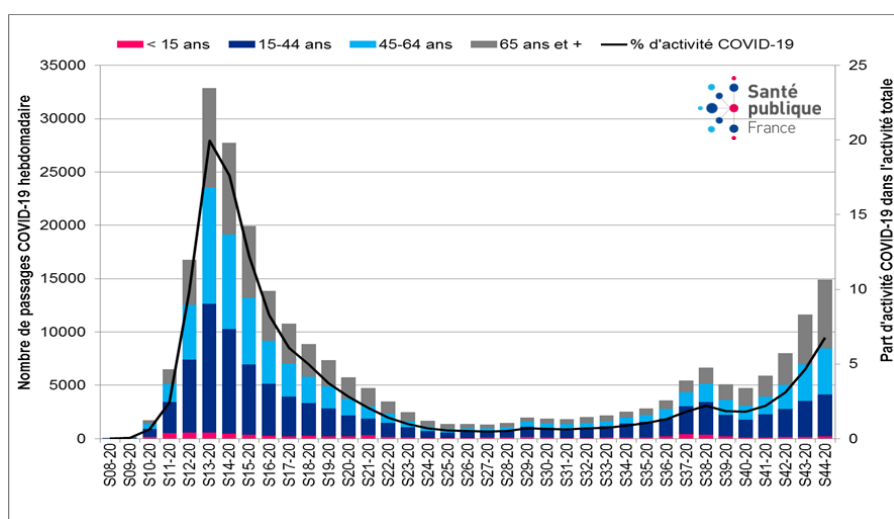
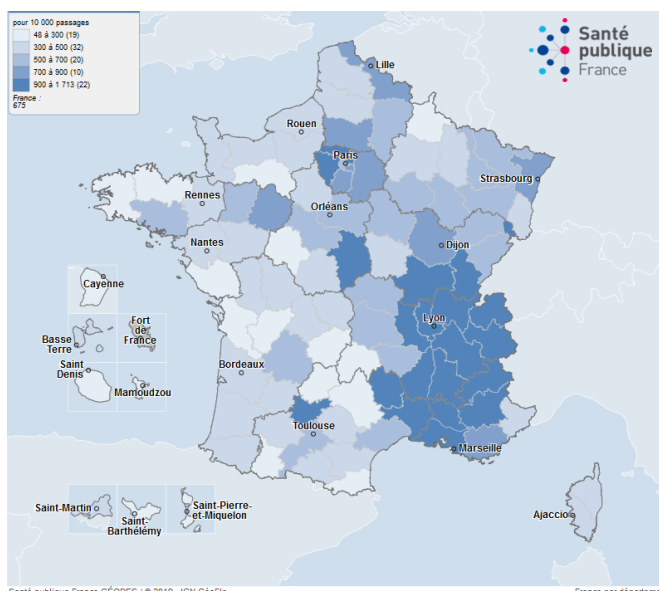


Figure 14. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 44/2020, France (source : OSCOUR®)



Pour en savoir plus sur les données OSCOUR consulter : [GEODES](#)

Nombre de reproduction effectif «R effectif»

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

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

En raison d'un défaut de remontées de données sur les tests par le système d'information SI-DEP vers Santé Publique France, les indicateurs basés sur les données des tests biologiques sont sous-estimés. Les estimations du R -effectif calculé à partir de ces données ne sont donc pas présentés comme habituellement dans ce point épidémiologique. Ce problème est en cours de résolution avec les acteurs concernés et une mise à jour de ces données sera réalisée dès que possible.

Les estimations du nombre de reproduction entre le 18 et le 24 octobre 2020 sont basées sur les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (données OSCOUR®). Les estimations du nombre de reproduction entre le 19 et le 25 octobre 2020 sont basées sur les nombres d'hospitalisations pour COVID-19 remontées par le système SI-VIC.

- **En France métropolitaine, le nombre de reproduction calculé à partir des données d'hospitalisations (SI-VIC) est significativement supérieur à 1 : 1,31 (IC95% : 1,29-1,33), estimation en deçà de celle de la semaine précédente (1,42). Il en est de même pour le R -effectif calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) : 1,30 (IC95% : 1,28-1,33) versus 1,38 la semaine précédente.**
- Les estimations du R -effectif à partir des deux sources de données (hospitalisations SI-VIC et passages OSCOUR®) sont supérieures à 1 significativement dans toutes les régions métropolitaines, à l'exception de la Corse pour les passages aux urgences OSCOUR® (estimation du R -effectif supérieure à 1 mais non significatif) (Tableau 4).
- En **outre-mer**, l'estimation du R -effectif est **significativement supérieure à 1 à La Réunion** à partir des passages OSCOUR® (Tableau 4). L'estimation est supérieure à 1 mais non significativement à partir des hospitalisations SI-VIC. L'estimation du R -effectif est **supérieure à 1 mais de façon non significative en Guyane** à partir d'OSCOUR® et de SIVIC, à **La Martinique** à partir de SI-VIC et à **Mayotte** à partir de SI-VIC.

[1] Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying reproduction numbers during epidemics. Am. J. Epidemiol. 2013; 178, pp. 1505-1512

Figure 15. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 en France métropolitaine du 15 mars au 1er novembre 2020 (Sources : OSCOUR® et SI-VIC)

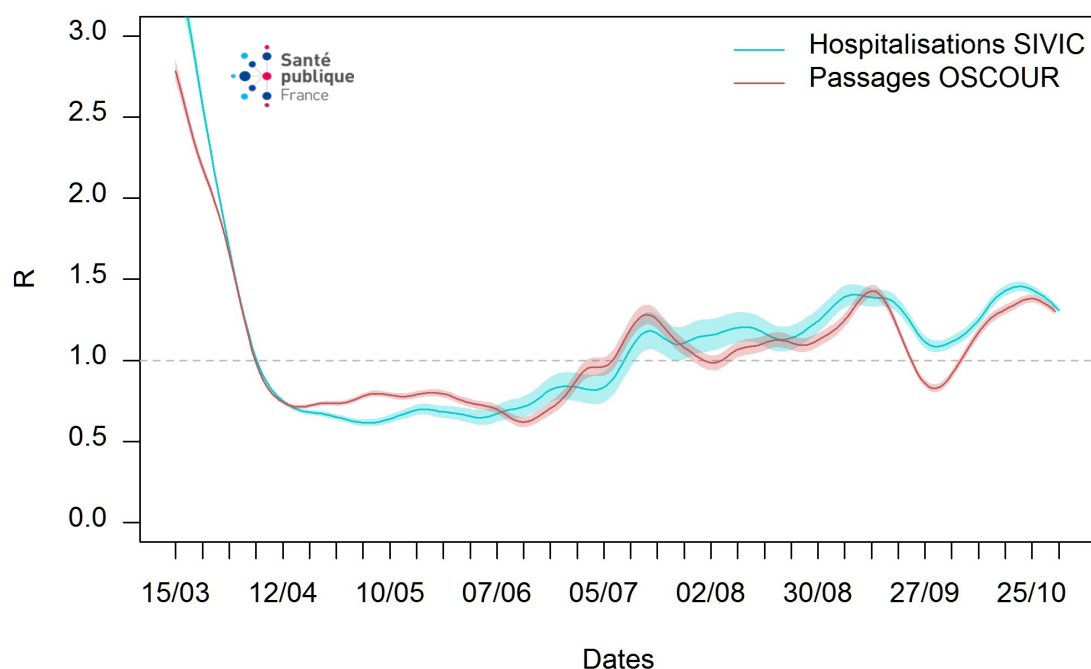


Tableau 4. Nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-CoV-2, des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 par région, France métropolitaine et ultra-marine, sur 7 jours glissants (du 25 au 31 octobre 2020 pour OSCOUR®, du 26 octobre au 1^{er} novembre pour SI-VIC) (Sources : OSCOUR® et SI-VIC)

Territoire	Régions	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)	
		OSCOUR	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1,38 (1,33-1,42)	1,34 (1,29-1,38)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,54 (1,45-1,64)	1,41 (1,31-1,51)
	Bretagne	1,33 (1,18-1,48)	1,47 (1,31-1,64)
	Centre-Val de Loire	1,49 (1,35-1,64)	1,39 (1,26-1,53)
	Corse	1,22 (0,92-1,57)	1,34 (1,01-1,73)
	Grand Est	1,56 (1,45-1,66)	1,54 (1,44-1,63)
	Hauts-de-France	1,26 (1,19-1,34)	1,26 (1,20-1,32)
	Ile-de-France	1,13 (1,10-1,17)	1,15 (1,11-1,19)
	Normandie	1,16 (1,06-1,27)	1,34 (1,24-1,45)
	Nouvelle-Aquitaine	1,36 (1,26-1,47)	1,51 (1,40-1,61)
	Occitanie	1,24 (1,17-1,31)	1,25 (1,17-1,32)
	Pays-de-la-Loire	1,41 (1,29-1,54)	1,38 (1,27-1,50)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,36 (1,29-1,42)	1,34 (1,27-1,40)
	France métropolitaine	1,30 (1,28-1,33)	1,31 (1,29-1,33)
France ultra-marine	Guadeloupe	0,82 (0,62-1,04)	0,69 (0,47-0,96)
	Guyane	1,41 (0,82-2,17)	1,11 (0,70-1,61)
	La Réunion	1,43 (1,01-1,92)	1,13 (0,79-1,53)
	Martinique	NA	1,15 (0,82-1,54)
	Mayotte	NC	1,42 (0,76-2,29)

NC : le nombre de reproduction n'est pas estimable de façon fiable en raison d'un nombre de cas insuffisant sur les 7 derniers jours ; NA : données non disponibles pour cette région ; NE: données non exploitables

Surveillance en milieu hospitalier

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

Depuis le 1^{er} mars 2020, **1 804** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

- Parmi les **173 853 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 5) :
 - L'âge médian des patients est de 72 ans et 53% sont des hommes.
 - 26 210 patients sont décédés : 73% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 120 714 patients sont retournés à domicile.
- Le **03 novembre 2020, 26 265 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 3 878 en réanimation** (Figures 16b et 18b).

Tableau 5. Nombre de personnes hospitalisées, dont hospitalisées en réanimation, pour COVID-19 le 03 novembre 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars, par classe d'âge et par région, France (source : SI-VIC)

	Le 03 novembre 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	26 265		3 878		120 714		26 210	
Classes d'âge *								
Total	26 057		3 847		119 949		26 060	
0-14 ans	130	0	21	1	1 820	2	3	<1
15-44 ans	1 185	5	180	5	17 691	15	255	1
45-64 ans	4 653	18	1 149	30	33 955	28	2 443	9
65-74 ans	5 706	22	1 474	38	22 913	19	4 458	17
75 et +	14 383	55	1 023	27	43 570	36	18 901	73
Régions *								
Total	26 242		3 869		120 683		26 186	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	5 576	21	675	17	13 669	11	2 941	11
Bourgogne-Franche-Comté	1 174	4	139	4	5 129	4	1 263	5
Bretagne	545	2	80	2	1 973	2	371	1
Centre-Val de Loire	748	3	112	3	3 129	3	712	3
Corse	88	<1	15	<1	356	<1	83	<1
Grand Est	1 482	6	202	5	14 800	12	3 957	15
Hauts-de-France	2 706	10	439	11	10 222	8	2 538	10
Ile-de-France	5 975	23	987	26	40 962	34	9 194	35
Normandie	1 151	4	137	4	2 993	2	698	3
Nouvelle-Aquitaine	1 235	5	187	5	3 849	3	725	3
Occitanie	1 734	7	336	9	5 475	5	1 014	4
Pays de la Loire	788	3	113	3	3 391	3	653	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 716	10	398	10	11 137	9	1 729	7
Outre-Mer								
La Réunion	60	<1	11	<1	501	<1	33	<1
Martinique	79	<1	16	<1	209	<1	33	<1
Mayotte	17	<1	5	<1	481	<1	31	<1
Guadeloupe	145	1	15	<1	603	<1	145	1
Guyane	23	<1	2	<1	1 804	1	66	<1

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

- Les déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 ont augmenté** en semaine 44 (du 26 octobre au 01 novembre) : **17 450** nouvelles hospitalisations déclarées en S44 versus **12 176** en S43 **(+43%)** (Figure 16a).
- En prenant en considération le nombre de nouvelles hospitalisations jusqu'en semaine 44, **le temps de doublement du nombre de nouvelles hospitalisations est estimé à 17 jours** en France métropolitaine.

Figure 16a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars, données au 03 novembre 2020, France (source : SI-VIC)

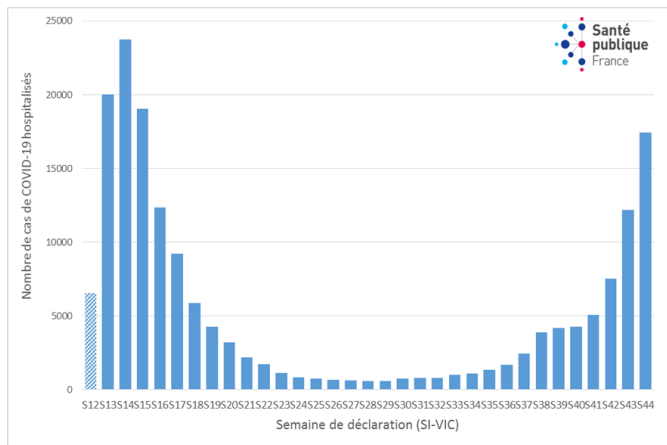
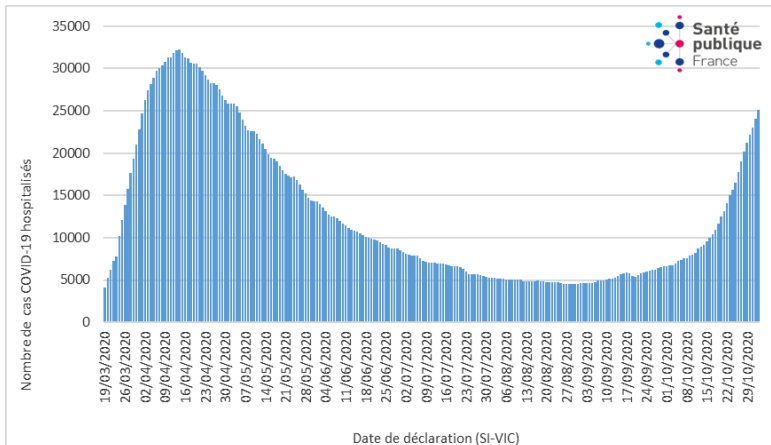


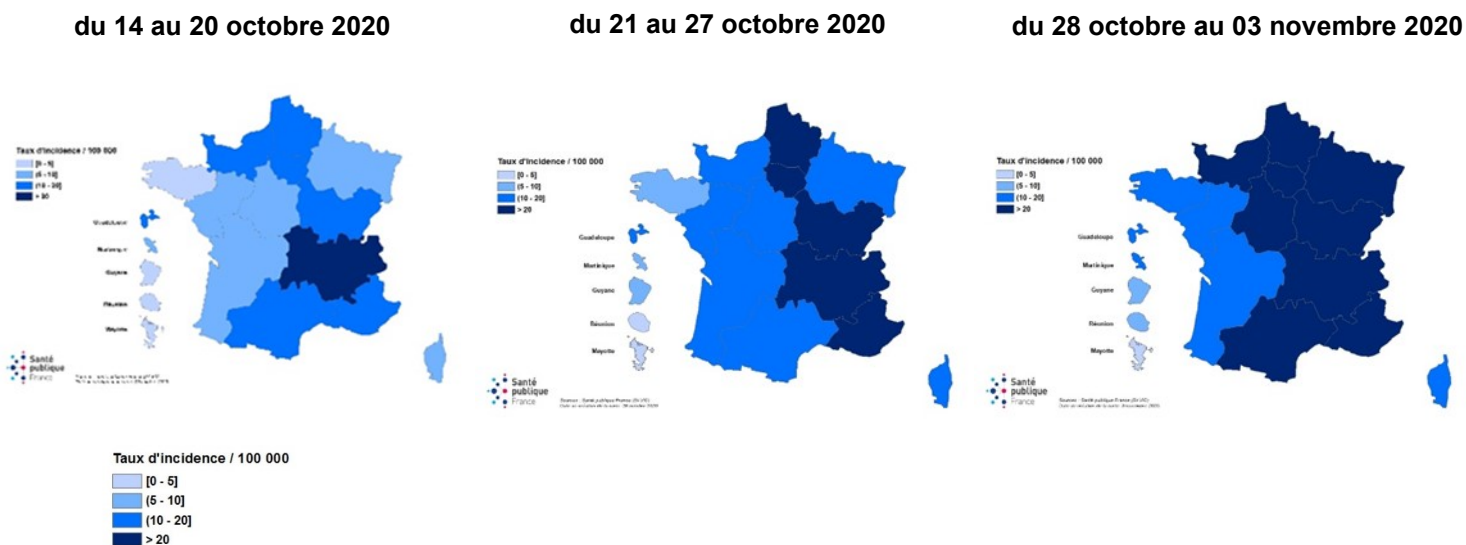
Figure 16b. Nombre de cas de COVID-19 en cours d'hospitalisation, par jour de déclaration, depuis le 19 mars, données au novembre 2020, France (source : SI-VIC)



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

- En **France**, le **taux d'incidence hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 est en augmentation**, il était de **26,9/100 000** habitants du 28 octobre au 03 Novembre vs **21,0/100 000** habitants du 21 au 27 octobre et **13,1/100 000** habitants du 14 au 20 octobre.
- Le taux d'hospitalisation de **toutes les régions de France métropolitaine a augmenté** par rapport à la semaine précédente. Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** (du 28 octobre au 03 novembre) ont été enregistrés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (48,6/100 000 habitants), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (40,2), en **Bourgogne-Franche-Comté** (33,8), dans les **Hauts-de-France** (30,1) et en **Île-de-France** (29,5), Toutes les autres régions de France métropolitaine enregistraient des taux supérieurs à 11/100 000 habitants. (Figure 17).
- Dans les **régions d'outre-mer**, le taux hebdomadaire d'hospitalisations (du 28 octobre au 03 novembre) **a diminué en Guadeloupe** (11,7 versus 12,5/100 000 habitants), en Guyane (5,9 vs 10), à Mayotte (3,6 vs 3,9), a augmenté en Martinique (10,6 vs 9,2) et à La Réunion (5,3 vs 3,6) par rapport à la période du 21 au 27 octobre 2020 (Figure 17).

Figure 17. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 14 et le 03 novembre 2020, France (source : SI-VIC)



- Les déclarations de nouvelles admissions en réanimation continuent d'augmenter en semaine 44 (Figure 18a), passant de 1 816 en S43 à 2 605 en semaine 44 (+43%).

Figure 18a. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, données au 03 novembre, France (source : SI-VIC)

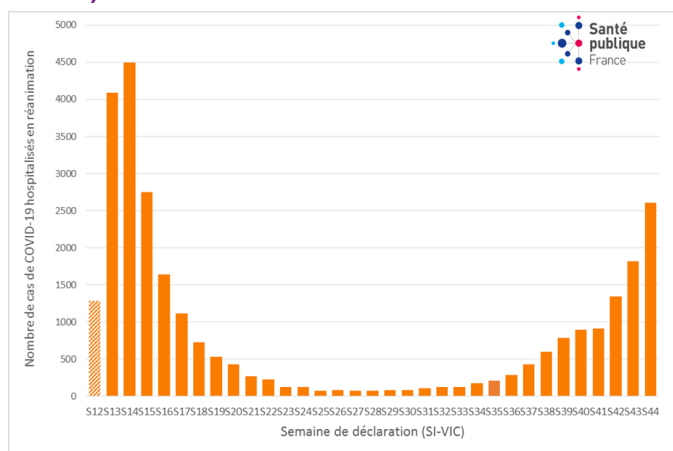
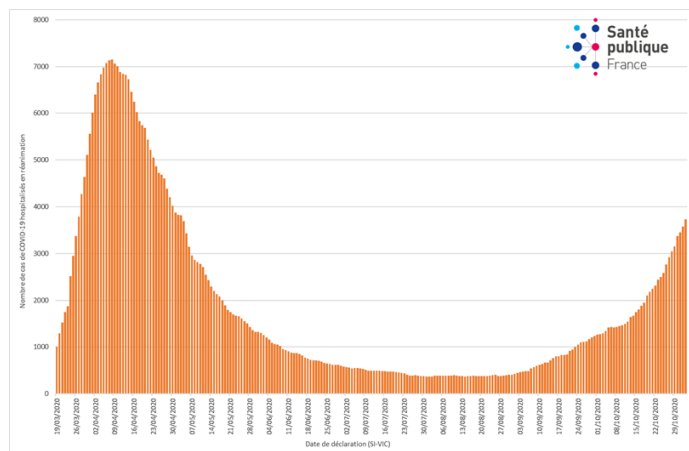


Figure 18b. Nombre de cas de COVID-19 en réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, données au 03 novembre, France (source : SI-VIC)



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

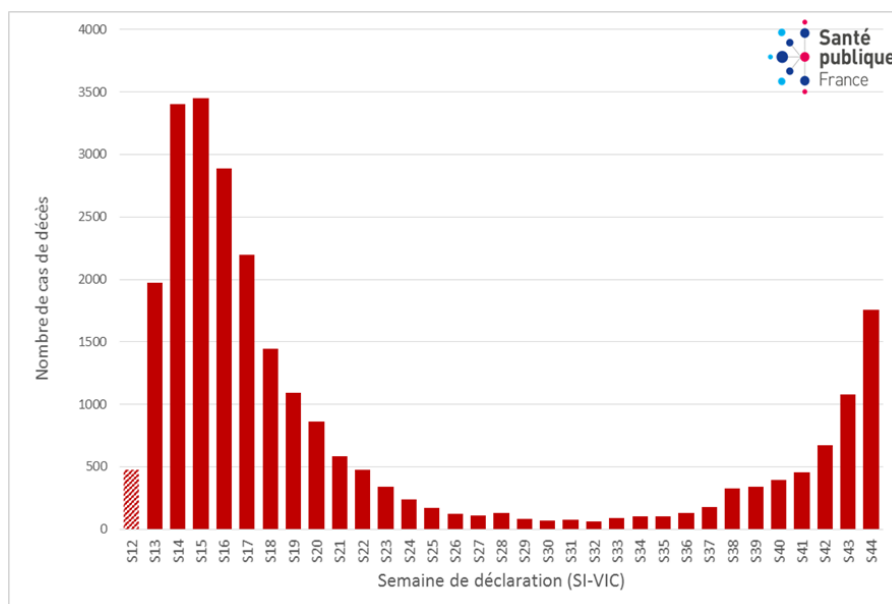
- En France, le **taux d'incidence hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a augmenté** : il était de **4,1/100 000 habitants** (du 28 octobre au 03 Novembre) vs **3,1/100 000 hab.** (du 21 au 27 octobre) et **2,2/100 000 hab.** (du 14 au 20 octobre).
- Le taux d'hospitalisation en réanimation a augmenté par rapport à la semaine précédente dans toutes les régions de France métropolitaine. Les **plus forts taux** étaient rapportés en **Auvergne-Rhône-Alpes (6,6)**, en **Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,3)**, en **Hauts-de-France (5,3)**, en **Ile-de-France (4,9)** et en **Bourgogne-Franche-Comté (4,4)**.
- Les **plus fortes augmentations hebdomadaires d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 (du 28 octobre au 03 novembre) par rapport à la semaine précédente (du 21 au 27 octobre) ont été observées en **Grand Est** (de 1,6 à 2,9), **Centre-Val-de-Loire** (de 1,9 à 3,2), **Pays de la Loire** (de 1,5 à 2,3), **Normandie** (de 1,9 à 2,9) et **Bourgogne-Franche-Comté** (de 2,9 à 4,4).
- Dans les **régions d'outre-mer**, sur la semaine du 28 octobre au 03 novembre, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 a été observé en **Martinique** avec 2,8/100 000 hab., en forte augmentation par rapport à la semaine précédente (1,7). La **plus forte augmentation hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 (du 28 octobre au 03 novembre) par rapport à la semaine précédente (du 21 au 27 octobre) a été observée à **Mayotte** (de 0,4 à 1,1/100 000 hab.). Les taux étaient aussi en augmentation par rapport à la semaine précédente en **Guadeloupe** (de 1,1 à 1,9), en diminution à la **Réunion** (de 1,2 à 1,1) et en **Guyane** (de 1 à 0). (Figure 19).
- **Au total, au niveau national, 12 régions** rapportaient des taux supérieurs à 2/100 000 hab. **Toutes les autres régions de France enregistraient des taux supérieurs à 1/100 000 habitants, excepté la Guyane qui avait un taux à 0** (2 cas en réanimation) (Figure 19).
- En prenant en considération le nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation jusqu'en semaine 44, le **temps de doublement du nombre hebdomadaire d'admissions en réanimation est de 17 jours**.

Figure 19. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 14 octobre et le 03 novembre 2020, France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire de déclarations de **décès** survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 est en **augmentation** par rapport à la semaine précédente : **1 755 en S44** vs 1 078 en S43, 672 en S42 et 454 en S41 (Figure 20).

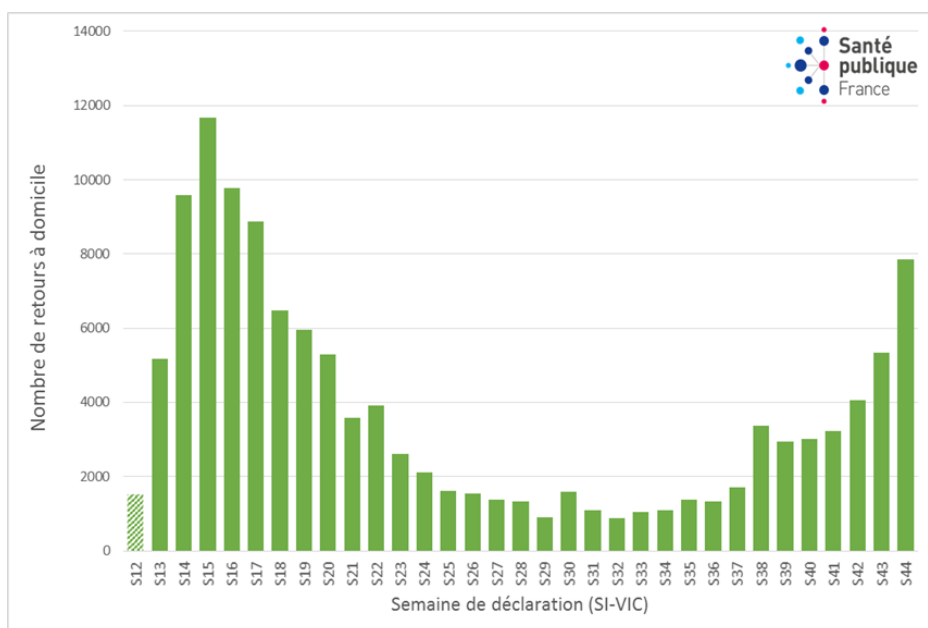
Figure 20. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 par semaine de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France, données au 03 novembre 2020 (source : SI-VIC)



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

- Le nombre hebdomadaire de déclaration de **retours à domicile** des patients COVID-19 après hospitalisation est en **augmentation** en semaine 44 (**7 856** versus 5 336 en S43, 4 049 en S42, et 3 234 en S41) (Figure 21).

Figure 21. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 par semaine de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France, données au 03 novembre 2020 (source : SI-VIC)



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

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 16a, 18a, 20, 21) sont présentés par date de déclaration. Afin de mieux préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figures 22 et 23) ou par date de décès (Figure 24). Toutefois, la semaine 44 n'est pas encore consolidée.

Figure 22. 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 03 novembre 2020 (source : SI-VIC)

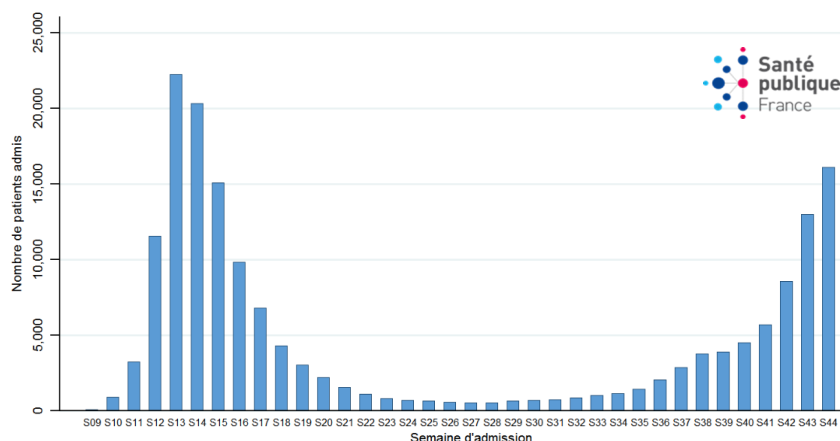


Figure 23. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis en service de réanimation pendant leur hospitalisation, par semaine d'admission à l'hôpital, depuis le 24 février 2020, France, données au 03 novembre 2020 (source : SI-VIC)

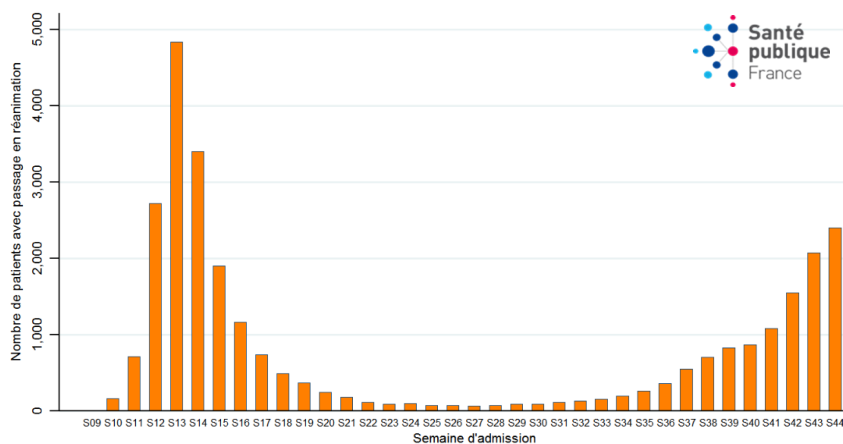
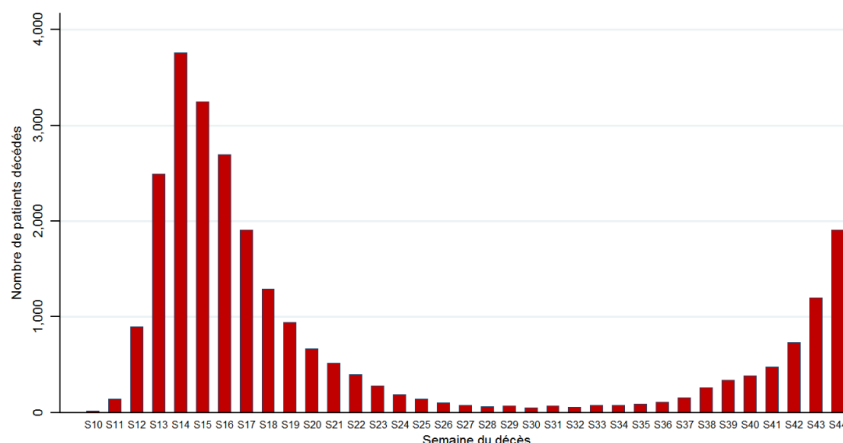


Figure 24. Nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 02 mars 2020, France, données au 03 novembre 2020 (source : SI-VIC)



Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation

La surveillance des cas graves de COVID-19 repose sur un réseau sentinelle de services de réanimation localisés en France métropolitaine et dans les DROM. Elle a été mise en place en mars 2020 dans l'objectif de décrire les caractéristiques des patients admis en réanimation avec un diagnostic confirmé de COVID-19. Cette surveillance n'a pas vocation à dénombrer tous les cas graves de COVID-19 admis en réanimation. En effet, le dispositif SI-VIC permet le monitoring de la dynamique du nombre de cas d'hospitalisation (dont les admissions en réanimation) depuis mars 2020. Cette surveillance des cas graves de COVID-19 a été interrompue en France métropolitaine début juillet 2020 compte tenu du faible nombre de nouveaux cas signalés, en accord avec la dynamique de l'épidémie, sauf dans quelques régions qui ont souhaité poursuivre le recueil de données. [Le bilan de la première phase de cette surveillance](#) qui s'est déroulée du 16 mars au 30 juin est disponible sur le site de Santé publique France. Dans le contexte actuel de recrudescence de l'épidémie de COVID-19, cette surveillance qui repose depuis le 05 octobre, sur un réseau de 226 services de réanimation. Le dispositif a évolué et permet désormais d'inclure également les patients admis en réanimation avec un diagnostic confirmé de grippe. [Le protocole de la surveillance et la fiche de recueil](#) sont disponibles sur le site de Santé publique France. Les données présentées ci-après correspondent aux signalements reçus à partir du 05 octobre 2020 de l'ensemble des régions à l'exception des Antilles et de Mayotte. A noter que dans les points épidémiologiques régionaux à paraître dans les prochaines semaines, la période d'inclusion des données pourra différer d'une région à l'autre afin de tenir compte de l'évolution de la surveillance dans la région.

- Parmi les **1 308 patients signalés**, **71% étaient des hommes** ; **l'âge médian des patients était de 68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]) et 63% étaient âgés de 65 ans et plus.
- **88% des patients admis en réanimation présentaient au moins une comorbidité**, cette proportion était de **84% parmi ceux âgés de moins de 65 ans**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient **l'obésité** ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg.m}^2$) (48% des cas signalés), **l'hypertension artérielle** (45%) et le **diabète** (33%) (Tableau 6). 6% des patients signalés étaient âgés de moins de 65 ans et ne présentaient aucune comorbidité.
- **85 décès** ont été rapportés à ce jour ; **l'âge médian des personnes décédées était de 77 ans** (IIQ : [70-83]), 71 étaient âgées de 65 ans et plus. Parmi les 84 patients décédés pour lesquels l'information était disponible, 79 présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (41/84), les pathologies cardiaques (37/84) et l'obésité (31/71).

NB : Les proportions présentées dans le texte concernent les patients pour lesquels les données sont disponibles (sauf précision, les patients pour lesquels les données ne sont pas renseignées ne sont pas comptabilisés).

Tableau 6. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 5 octobre au 3 novembre 2020 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle (n=1 308, données arrêtées le 3 novembre 2020)

Ensemble des cas (n=1 308)		
Classe d'âge	n	% ¹
0-14 ans	6	-
15-44 ans	75	6
45-64 ans	403	31
65-74 ans	475	37
75 et +	335	26
Comorbidités ²	n	% ³
Aucune	148	12
Au moins une comorbidité	1 124	88
Obésité ($\text{IMC} \geq 30$) ⁴	541	48
Hypertension artérielle	569	45
Diabète	425	33
Pathologie cardiaque	298	23
Pathologie pulmonaire	273	21
Immunodépression	88	7
Pathologie rénale	97	8
Cancer	69	5
Pathologie neuromusculaire	44	3
Pathologie hépatique	22	2
Autre	298	23

¹ Les pourcentages sont calculés pour les patients pour lesquels l'âge est renseigné (n=1 294).

² Un patient peut présenter plusieurs comorbidité(s) parmi celles listées dans le tableau.

³ Les pourcentages sont calculés pour les patients pour lesquels l'information sur les comorbidités est renseignée (n=1 272).

⁴ La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC est renseigné (n=1 130).

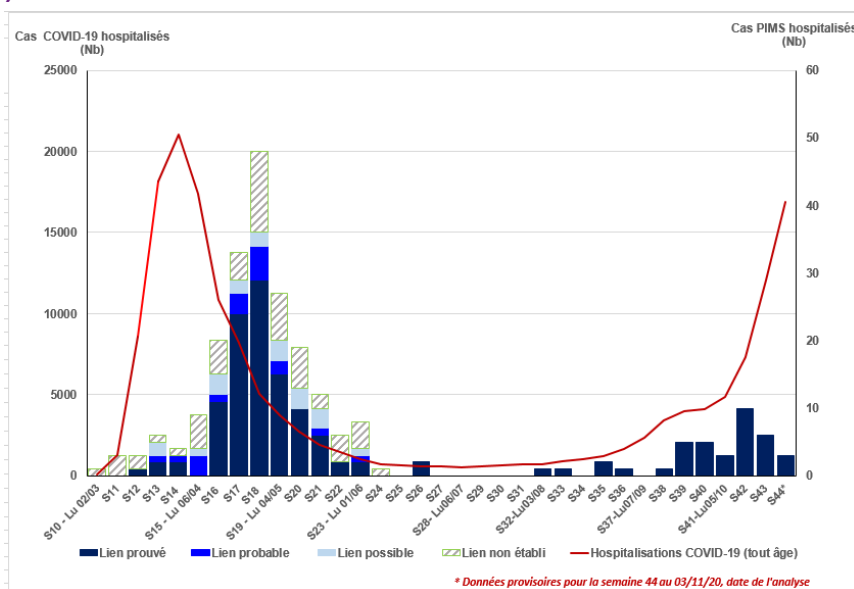
Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)

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

De nouveaux cas de PIMS sont signalés depuis cet automne, portant à 240 le nombre de cas observés entre le 1^{er} mars et le 1^{er} novembre 2020, aussi les données de surveillance les concernant sont de nouveau intégrées dans ce point épidémiologique, sur un mode bimensuel.

- Cent vingt cas (50%) ont concerné des filles. L'âge médian des cas était de 7 ans (25% des cas avaient ≤ 3 ans et 75% ≤ 11 ans).
- Les cas étaient confirmés par une PCR et/ou sérologie pour SARS-CoV-2 positives dans plus de la moitié des cas (n=144, 60%). Le lien avec le virus était probable chez 18 (8%) patients (contage avec un sujet positif ou scanner évocateur) et considéré comme possible chez 20 patients (8%). Pour les 58 patients restants (24%), ce lien n'a pas pu être établi.
- Parmi les 182 cas pour lesquels le lien avec la COVID-19 était possible, probable ou confirmé, les PIMS étaient associés à une myocardite pour 130 patients (71%). Parmi les 58 cas 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 110 enfants (46%) et en unité de soins critiques pour 38 enfants (16%). Les autres enfants ont été hospitalisés en service de pédiatrie. Un seul enfant, âgé de 9 ans, est décédé, dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite.
- **Près de la moitié des cas** (n=117) a été rapportée dans la région **Ile-de-France**, et entre 10 et 23 cas en Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- Un délai moyen de survenue des PIMS de 4 à 5 semaines après l'infection par le SARS-CoV-2 était observé lors de la première vague (Figure 25). Après un pic observé en semaine 18 (semaine d'hospitalisation), le nombre de cas signalés a diminué de manière importante au cours de l'été, avant une augmentation modérée fin septembre à compter de la semaine 39, comptabilisant 32 cas du 21 septembre au 1^{er} novembre.
- 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 (182 cas) a été estimée à **12,5 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans** (soit : 14 511 544 habitants, données INSEE 2019).

Figure 25. Distribution hebdomadaire des hospitalisations pour PIMS, en fonction du lien avec la COVID-19, et des hospitalisations COVID-19 tous âges, France, du 2^{er} mars au 1^{er} novembre 2020 (données au 03 novembre 2020*)

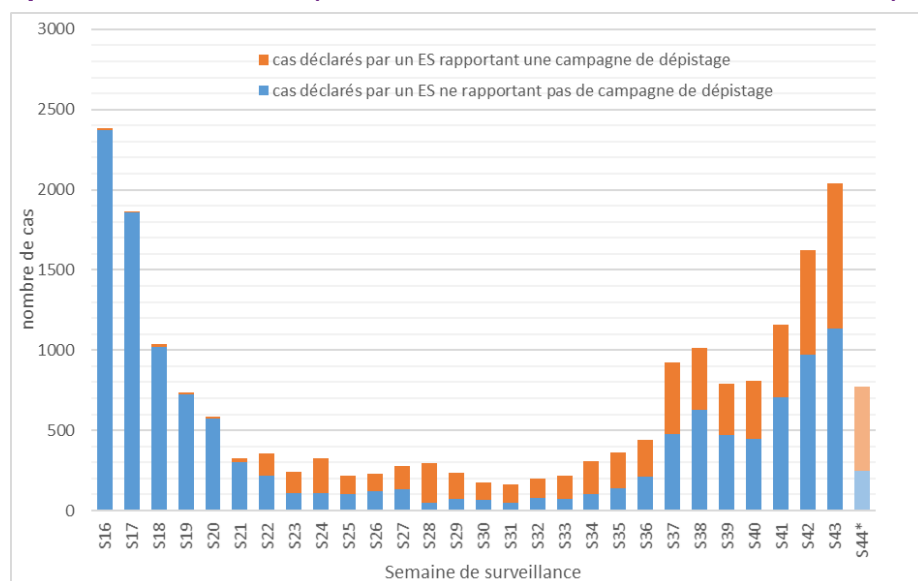


Surveillance des professionnels en établissements de santé, infectés par le SARS-CoV-2

Cette surveillance a été mise en place le 22 avril 2020 et 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. Rappel : ces données sont déclarées chaque semaine par un référent par établissement, et sont susceptibles d'être modifiées a posteriori au cours de la période de surveillance.

- Depuis le dernier bilan publié début octobre, 8 015 cas supplémentaires ont été déclarés, portant à **44 281** le nombre de PES infectés pour la période du 1^{er} Mars au 02 novembre 2020. La répartition actualisée du nombre hebdomadaire de cas déclarés (Figure 26), montre, après une diminution entre la semaine 16 et la semaine 31, une augmentation depuis la semaine 32, avec une accentuation de l'augmentation à partir de la semaine 37, y compris dans les établissements ne réalisant pas de campagne de dépistage chez les professionnels. Pour la semaine 44, les données sont considérées comme non consolidées.
- A partir du 13 avril, il était demandé de renseigner la catégorie de service où avaient travaillé les PES infectés (N=20 112) dans les 15 jours précédant les symptômes. Pour 30% d'entre eux, le service n'est pas connu. **Les services de médecine hors réanimation** sont les plus souvent décrits (N=5 232, 26%) (Tableau 7). Les 526 PES infectés ayant travaillé dans les services de réanimation représentait 2,3% des 23 123 PES (données SAE 2018) travaillant en réanimation dans les établissements participant à l'enquête.
- Aucun décès supplémentaire lié à la COVID-19 chez un professionnel travaillant en établissement de santé n'a été déclaré en octobre 2020. Au total, 17 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 ont été enregistrés depuis le 1^{er} mars 2020, dont 5 médecins, 4 aides-soignants, 2 professionnels de santé classés « autres » et 6 professionnels non soignants.

Figure 26. Nombre de professionnels COVID-19 déclarés dans les établissements de santé, par semaine, depuis le 13 avril 2020 (données au 02 novembre 2020, N=20 112), France



* Les données pour la semaine 44 sont en cours de consolidation
 Note : Les cas antérieurs au 13 avril 2020 (N = 24 169 cas) ont été signalés à Santé publique France de manière rétrospective et agrégée sans précision sur leur semaine de signalement.

Tableau 7 : Répartition par service des PES déclarés infectés par le SARS-CoV-2, depuis le 13 avril 2020 (données au 02 novembre 2020, N=20 112), France

Service	nombre PES infectés	%
Médecine hors réanimation	5 232	26
Chirurgie	1 110	6
Obstétrique	350	2
Réanimation	526	3
SSR	1 448	7
SLD	851	4
Service <u>médico-technique</u>	830	4
Autre	3 707	18
Inconnu	6 058	30
TOTAL	20 112	100

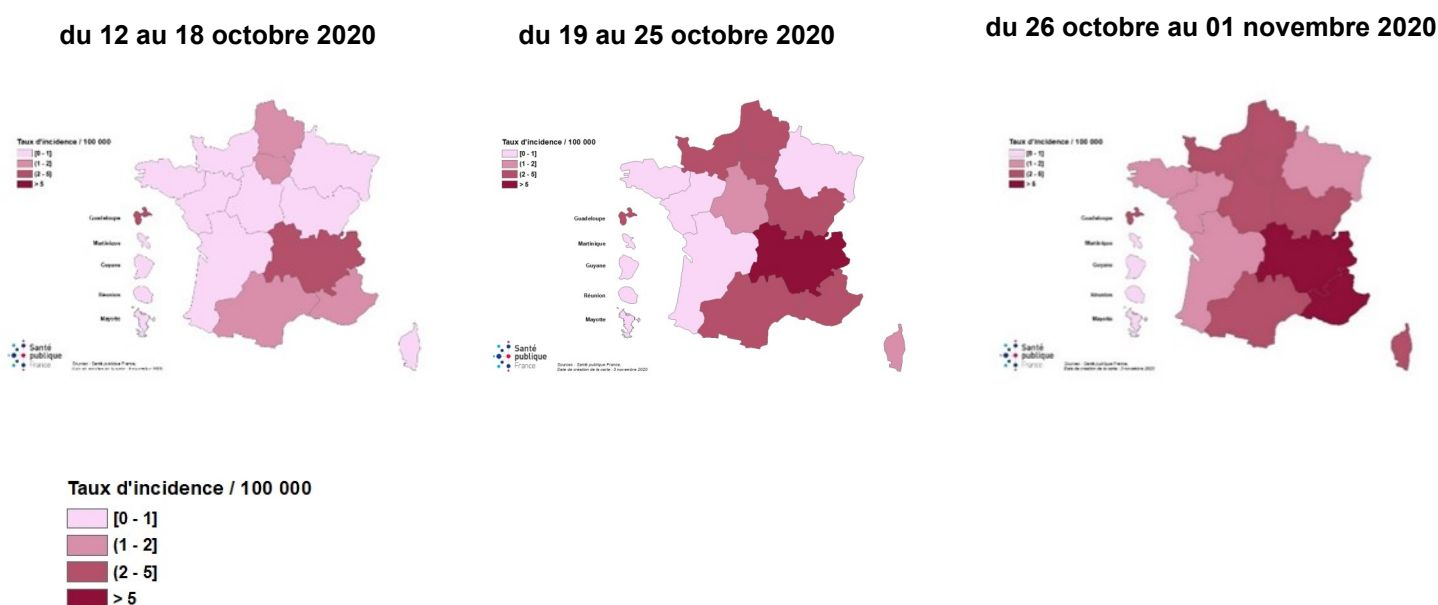
SSR : soins de suite et réadaptation
 SLD : soins de longue durée

Surveillance de la mortalité

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

- Entre le 1^{er} mars et le 03 novembre 2020, **38 289 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **26 210** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **12 079** décès parmi des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements médicaux-sociaux (EMS).
- **93% des cas de COVID-19 décédés sont âgés de 65 ans ou plus.**
- **Au niveau national**, le nombre hebdomadaire de décès **continue de progresser** en semaine 44 avec 2 242 décès vs 1 550 en S43, soit une augmentation de **+45%**, elle était de **+78%** entre S42 et S43 (de 872 à 1 550 décès) et de **+60%** entre S41 et S42. En S44, le nombre des décès survenus parmi les personnes hospitalisées a augmenté de 1 078 en S43 à 1 755 en S44, soit **+63%**, tout comme celui des résidents des EHPA et autres EMS avec 472 décès en S43 et 487 en S44. Pour les EHPA et autres EMS, l'augmentation du nombre de décès entre S43 et S44 sera très certainement réévaluée à la hausse dans le prochain point épidémiologique avec la consolidation des données de la S44.
- Le **taux hebdomadaire de décès** à l'échelle nationale était de 3,34 pour 100 000 habitants en semaine 44 (*versus* 2,31 en S43 et 1,30 en S42).
- **En semaine 44**, les **plus forts taux de décès par région** de patients COVID-19 rapportés à la population (/100 000 habitants) étaient observés en Auvergne-Rhône-Alpes (7,35), Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,08), Bourgogne-Franche-Comté (3,67), Normandie (3,48), Hauts-de-France (3,37), Île-de-France (3,30) et Occitanie (3,12) (Figure 27).
- Malgré la non consolidation des données en semaine 44, les **taux hebdomadaires de décès** déclarés (/100 000 habitants) étaient en **augmentation dans 14 régions** entre les semaines 43 et 44, contre 13 régions la semaine dernière. Seuls les taux dans les régions ultramarines de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion étaient en diminution et le taux à Mayotte était à nouveau à 0 en S44.

Figure 27. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS), S42 (12 au 18 octobre), S43 (19 au 25 octobre) et S44 (26 octobre au 1^{er} novembre) par région, France 2020 (source : SI-VIC et ESMS)



Les données de la S44 ne sont pas consolidées pour les EHPA et autres EMS

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, 15 469 certificats de décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 8).
 - L'âge médian au décès était de 84 ans et 91,2% avaient 65 ans et plus.
 - Les hommes représentaient 55% de ces décès.
 - Des comorbidités étaient renseignées pour 10 047 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 24% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 34% de ces décès.
 - Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 2,5% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.
- **Pour la semaine 44** (du 26 octobre au 1^{er} novembre 2020), **1 362 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 32% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 28). **Ce nombre de décès poursuit sa hausse** (+562 décès, soit +70%, par rapport à la semaine S43).
- Parmi les 1 362 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention d'infection au SARS-CoV-2 dans le certificat, 1 119 (82%) étaient âgées de plus de 75 ans, 185 étaient âgées de 65 à 74 ans, 53 personnes étaient âgées de 45 à 64 ans et 5 personnes étaient âgées de 15 à 44 ans.

Figure 28. Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 1^{er} novembre 2020 (données au 04 novembre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

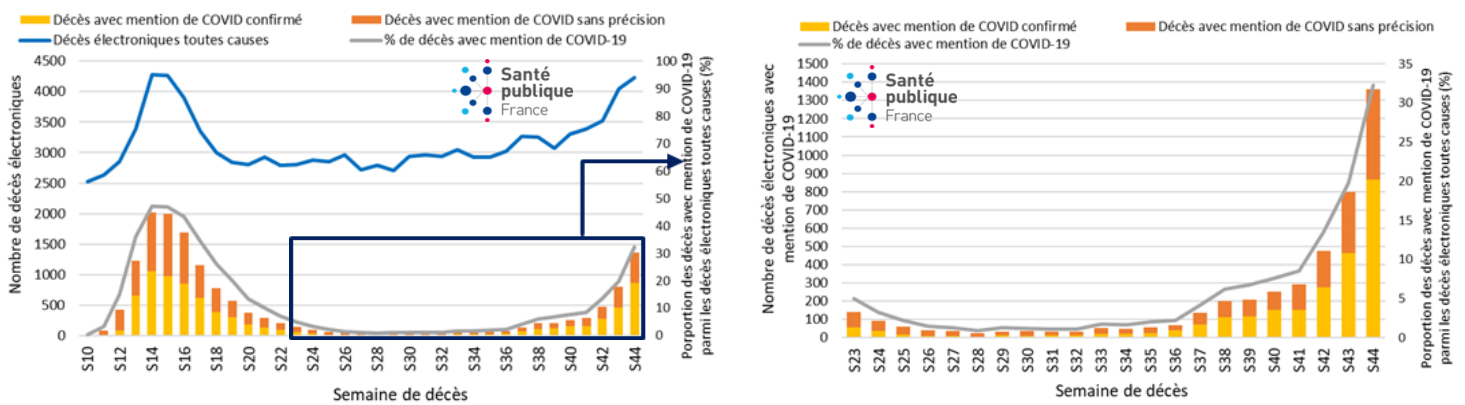


Tableau 8. Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 02 novembre 2020 (données au 03 novembre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%
Hommes	8 468	55

Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	2	100	2	0
15-44 ans	40	33	83	67	123	9
45-64 ans	353	29	876	71	1 229	9
65-74 ans	739	32	1 579	68	2 318	17
75 ans ou plus	4 290	36	7 507	64	11 797	86
Tous âges	5 422	35	10 047	65	15 469	100

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	10 047	65
Aucune ou non renseigné	5 422	35

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	3 447	34
Hypertension artérielle	2 386	24
Diabète	1 639	16
Pathologie respiratoire	1 338	13
Pathologie rénale	1 233	12
Pathologies neurologiques *	877	9
Obésité	581	6
Immunodéficience	231	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 supérieure à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre) avec une hausse plus marquée en semaine 43 (du 19 au 25 octobre) (Figure 29). Cette hausse concerne les personnes de plus de 65 ans .
- Au niveau régional (Figure 30), le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu dans deux régions en semaine 41, trois régions en semaine 42 et s'étend à sept régions en semaine 43 : Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile-de-France, Occitanie, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, ainsi qu'en Normandie (à la limite du seuil de significativité).
- La hausse de la mortalité est plus particulièrement marquée en **Auvergne-Rhône-Alpes** (Figure 31) et en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (Figure 32).
- Ces excès concernent principalement **les personnes de 65 ans ou plus**.
- En **Guadeloupe**, après un excès de décès observé de la semaine 37 à la semaine 42 (du 07 septembre au 19 octobre), le nombre de décès semble revenir dans les marges de fluctuation habituelle en semaine 43 (du 19 au 25 octobre).
- Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer la part attribuable à l'épidémie de COVID-19.**

Figure 29. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, en France, de la semaine 15-2014 à la semaine 43-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

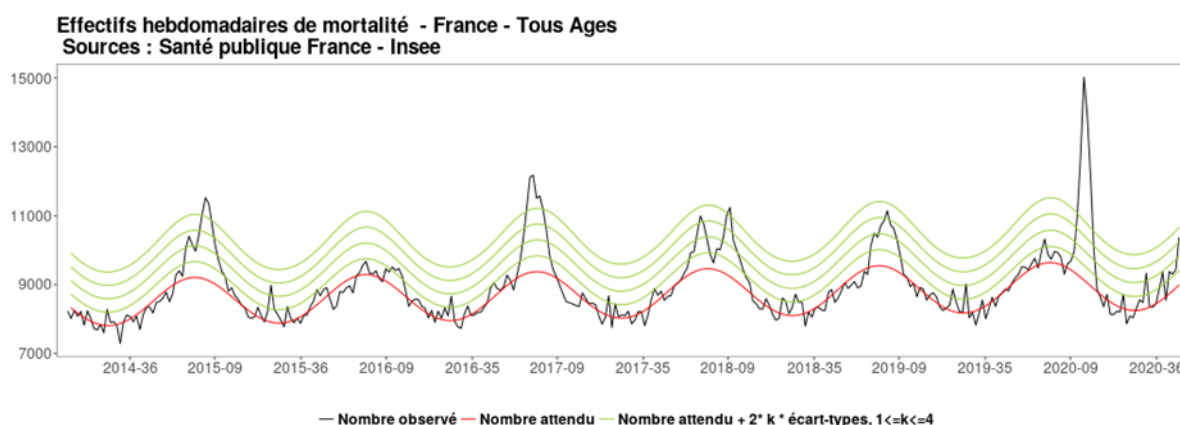
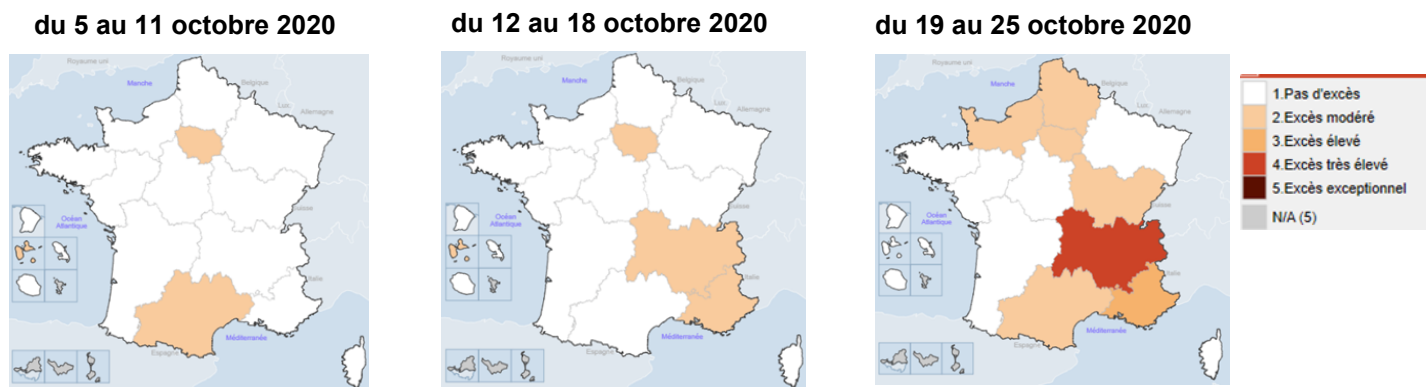


Figure 30. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 41 (du 5 au 11 octobre), 42 (du 12 au 18 octobre) et 43 (du 19 au 25 octobre 2020), données au 3 novembre 2020, par région (Sources : Santé publique France, Insee)



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

Figure 31. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, en Auvergne-Rhône-Alpes, de la semaine 15-2014 à la semaine 43-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

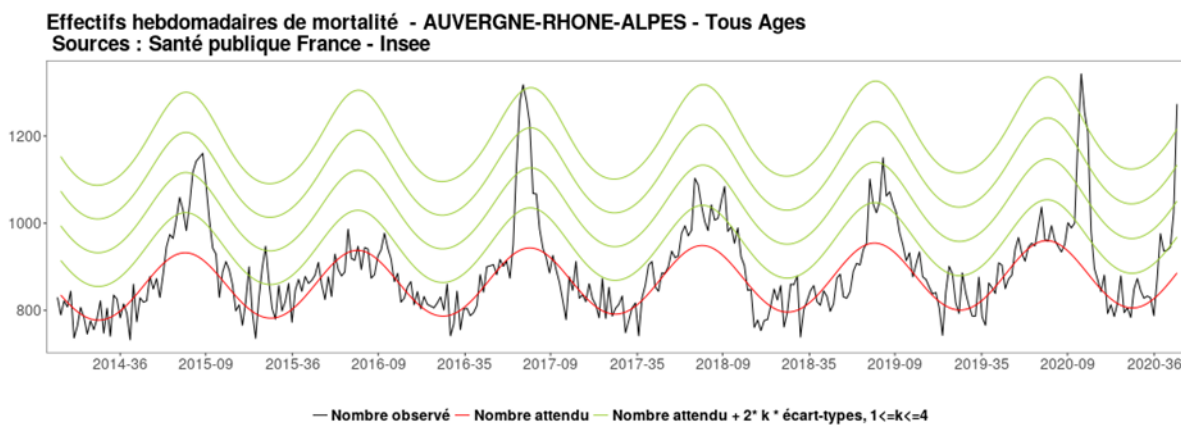
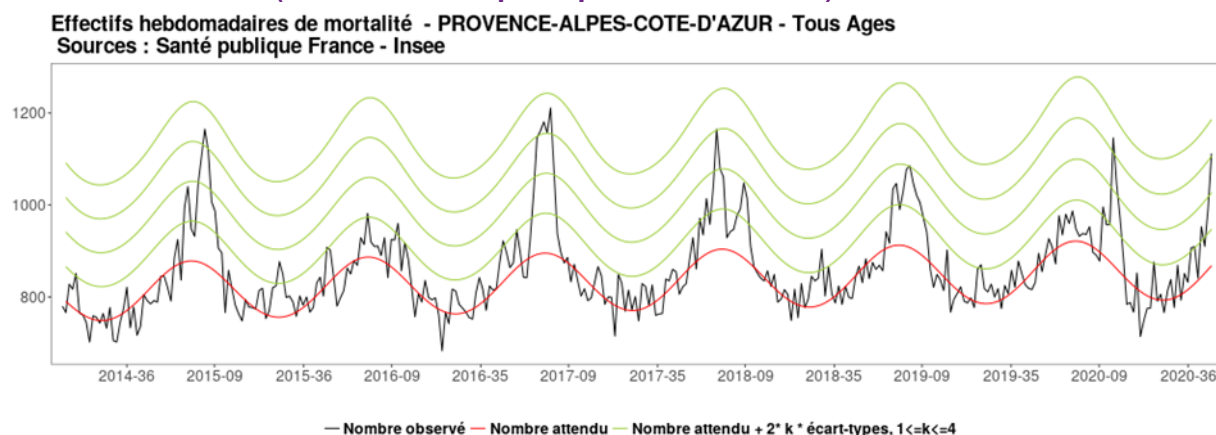


Figure 32. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, de la semaine 15-2014 à la semaine 43-2020 (Source : Santé publique France - Insee)



Mortalité à l'échelle européenne

A l'échelle européenne, parmi les 26 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, un excès de mortalité était observé dans trois pays/régions en semaine 39, dans deux pays/régions en semaine 40, dans trois pays/régions en semaine 41 et dans sept pays/régions en semaine 42 (Pays-Bas, Belgique, Angleterre, Italie, Slovaquie, Portugal et Espagne) (Figure 33).

Figure 33. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 42-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 28 octobre 2020) (Source : Euromomo)



Situation internationale

- Dans le monde et selon le bilan de l'ECDC du 04/11/2020, 47 594 234 cas confirmés étaient rapportés dont 1 215 892 décès. Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Europe** et en **Amérique** (États-Unis et Amérique Latine), à l'origine de respectivement 52% et 30% des cas rapportés dans le monde entre le 26 octobre et le 1^{er} novembre (semaine 44). En **Asie du Sud-Est**, où sont localisés 11% des cas sur les 7 derniers jours rapportés dans le monde, l'épidémie est toujours en phase descendante, avec une décroissance lente et continue. Le nombre de nouveaux cas y demeure élevé (+381 422 cas entre le 26 octobre et le 1^{er} novembre) mais la mortalité liée au COVID-19 est en baisse.
- Dans la zone **Amérique**, le nombre global de nouveaux cas est en hausse. Aux États-Unis, ce nombre a atteint récemment des niveaux élevés (+548 965 nouveaux cas sur les 7 derniers jours), avec près de 80 000 nouveaux cas rapportés en moyenne chaque jour depuis le 27 octobre. L'épidémie y est en phase ascendante depuis trois semaines, touchant une majeure partie du pays (notamment Midwest, région des Grandes Plaines, Sud-Ouest) mais à des niveaux différents selon les États (Nord-Est et Sud-Est). Au Canada, l'augmentation du nombre de nouveaux cas (+20 267) et d'hospitalisations pour COVID-19 se poursuit depuis plus d'un mois : le Québec, l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique cumulent 93% des nouveaux cas; 96% des décès pour COVID-19 rapportés se concentrent au Québec, en Ontario, en Alberta et au Manitoba au cours des 7 derniers jours. L'incidence tend à se stabiliser au Québec où les mesures de restriction instaurées dans plusieurs régions québécoises sont prolongées jusqu'au 23/11. L'incidence est en baisse mais se maintient à un niveau élevé au Brésil (+163 002 cas sur 7 jours), en Argentine (+87 811), au Pérou (+17 064), stable au Chili, au Costa Rica et au Paraguay, tandis qu'elle s'accroît en Argentine (+87 811), au Mexique (+38 036) et, plus récemment, en Colombie (+64 209).
- En **Asie**, l'épidémie est fluctuante en Inde - qui concentre 80% des cas récents en Asie du Sud-Est – avec une incidence en diminution depuis six semaines. L'incidence est stable en Indonésie et au Népal qui passent désormais au stade de transmission communautaire, selon l'OMS. Une augmentation de nouveaux cas est rapportée au Sri Lanka au cours des 7 derniers jours (+3 142) suite à un important cluster lié à la fréquentation d'une usine de confection textile. Au Japon, le taux d'incidence augmente très légèrement depuis peu (3,8 cas / 100 000 hab. vs. 3,2 en S43) et reste stable en Corée du Sud (1,5). Dans ces deux pays, les nouveaux cas sont principalement liés à des clusters. En **Océanie**, une augmentation très importante de la transmission du SARS-CoV-2 est décrite en Polynésie française et à Guam depuis plus d'un mois. La situation est à un niveau très bas en Australie et en Nouvelle-Zélande.
- Dans les pays du **Moyen-Orient**, l'épidémie est en augmentation depuis 2 mois et demeure en phase ascendante au Liban, en Jordanie, à Oman et aux Émirats arabes unis. La situation est préoccupante en Iran et en Irak avec des niveaux élevés de nouveaux cas (respectivement +50 067 cas et +23 477 cas sur 7 jours) et de décès (+2 544 et +342) et a pour conséquence, l'extension de mesures à travers l'Iran. En raison de capacités hospitalières saturées, les mesures de restrictions instaurées à Téhéran sont prolongées jusqu'au 20 novembre. En Israël, le taux d'incidence continue sa décroissance (60,2 cas/100 000 hab. vs. 70,1 en S43 et 443 en S40), dans un contexte d'allègement graduel des restrictions, après un confinement national de 4 semaines achevé le 18/10.
- En **Afrique**, le nombre de nouveaux cas augmentent légèrement (+3%) de manière continue depuis plusieurs semaines, tandis que la mortalité globale liée au COVID-19 est en baisse, concentrée majoritairement en Afrique du Sud (52% des décès récents) et au Kenya (16%). La hausse des nouveaux cas est particulièrement marquée en Afrique du Sud (+11 206 sur 7 jours), au Kenya (+ 6 402) et en Éthiopie (+3 311). L'épidémie est également active au Maroc (+25 325 cas) où la majorité des cas est concentrée dans la région de Casablanca, en Tunisie (+13 107) et en Libye (+5 684). Ces trois pays décrivent une hausse sensible de la mortalité pour COVID-19.
- En **Europe**, pour les pays de l'UE/EEA et Royaume-Uni, l'augmentation du nombre de nouveaux cas se poursuit (observée dans 28 pays), y compris chez les personnes de plus de 65 ans (observée dans 22 pays), d'après l'ECDC. Le taux de dépistage hebdomadaire varie de 746 à 9 871 tests pour 100 000 habitants ; ce taux est le plus élevé au Luxembourg en S43, suivi du Danemark, de Malte, de la Belgique et du Royaume-Uni. Les niveaux d'occupation à l'hôpital et le nombre de nouvelles admissions pour COVID-19 sont en forte hausse, ces 7 derniers jours, dans 24 pays. Parmi ces pays, on estime que 17% des cas de COVID-19 ont été hospitalisés. La vulnérabilité de la population européenne au SARS-CoV-2 est très élevée, avec un niveau d'immunité global inférieur à 15% dans la plupart des pays européens, selon le dernier [rapport d'évaluation de risque de l'ECDC](#) au 23 octobre. La mortalité pour COVID-19 a augmenté de 43% dans la région Europe, par rapport à la semaine précédente, d'après l'OMS.

- Parmi les pays européens de l'UE/EEA, les taux d'incidence hebdomadaires les plus élevés sont observés en Belgique (865 cas/100 000 hab), en République tchèque (775), au Luxembourg (766), en Slovénie (610), en France (449), aux Pays-Bas (385), en Croatie (379), en Pologne (346), en Autriche (330), en Italie (313), en Slovaquie (306), en Espagne (303), au Portugal (250) et au Royaume-Uni (239). Le taux d'incidence a fortement augmenté en France, en Italie, en Autriche et en Allemagne (Figure 35). Hors zone UE/EEA, des taux d'incidence élevés sont observés en Suisse (642), en Europe centrale et dans les Balkans (taux rapporté au 03 novembre pour les 7 derniers jours) : Arménie (486), Monténégro (370), Bosnie-Herzégovine (323), Macédoine du Nord (279), Géorgie (362), ainsi qu'en Ukraine (121). En Russie, une hausse importante de nouveaux cas (+123 814 sur 7 jours) et de décès est également rapportée. Le taux d'incidence est de 85 cas / 100 000 hab. sur les 7 derniers jours, stable par rapport à la semaine précédente (taux de 91 en S43).

Figure 34. Taux d'incidence pour 100 000 habitants de COVID-19 rapporté pour les semaines 42 et 43/2020 dans les pays de l'UE/EEA (source: ECDC)

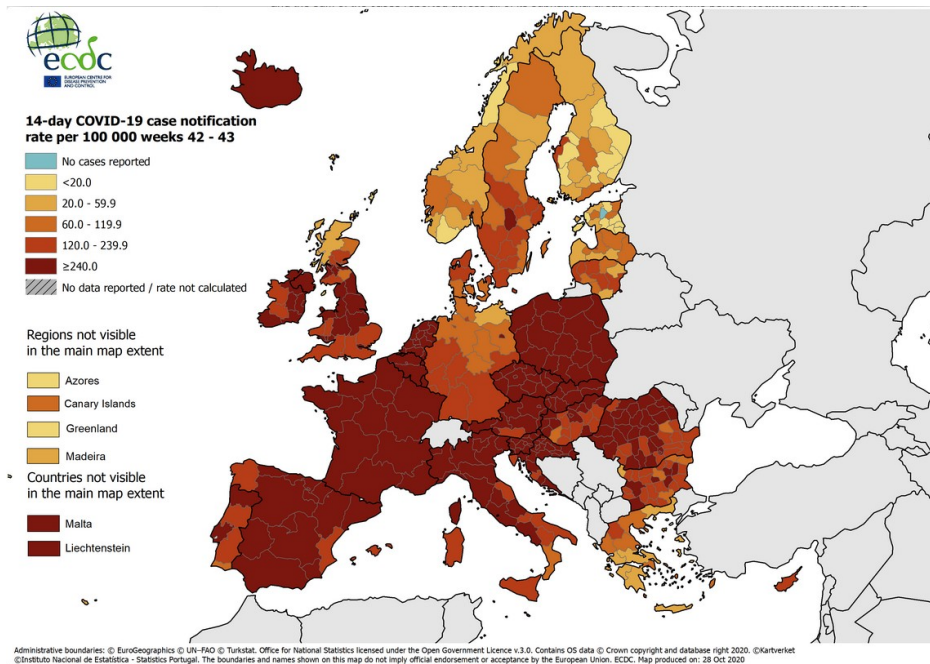
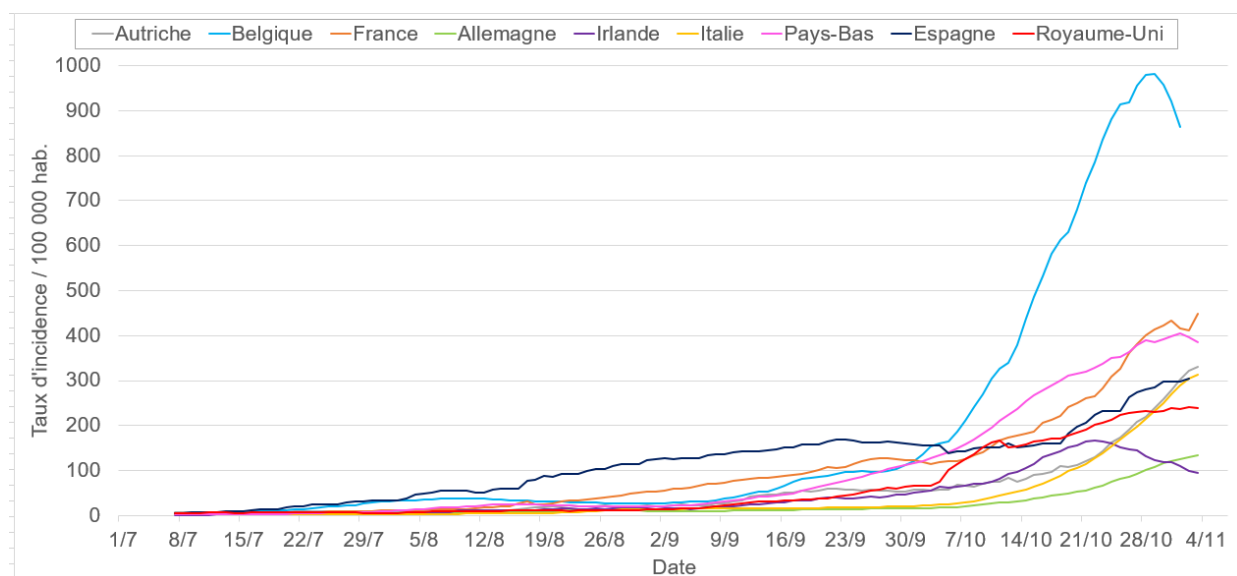


Figure 35. Taux d'incidence pour 100 000 habitants (sur 7 jours) de COVID-19 pour les principaux pays limitrophes à la France entre le 01 juillet et le 03 novembre 2020 (source : ECDC)



Pour en savoir plus sur la situation internationale :

En Europe : [ECDC - Weekly surveillance report \(week 43\), 29 octobre 2020](#)

Dans le monde : [Organisation mondiale de la santé - Weekly Epidemiological Update, 3 novembre 2020](#)

Prévention

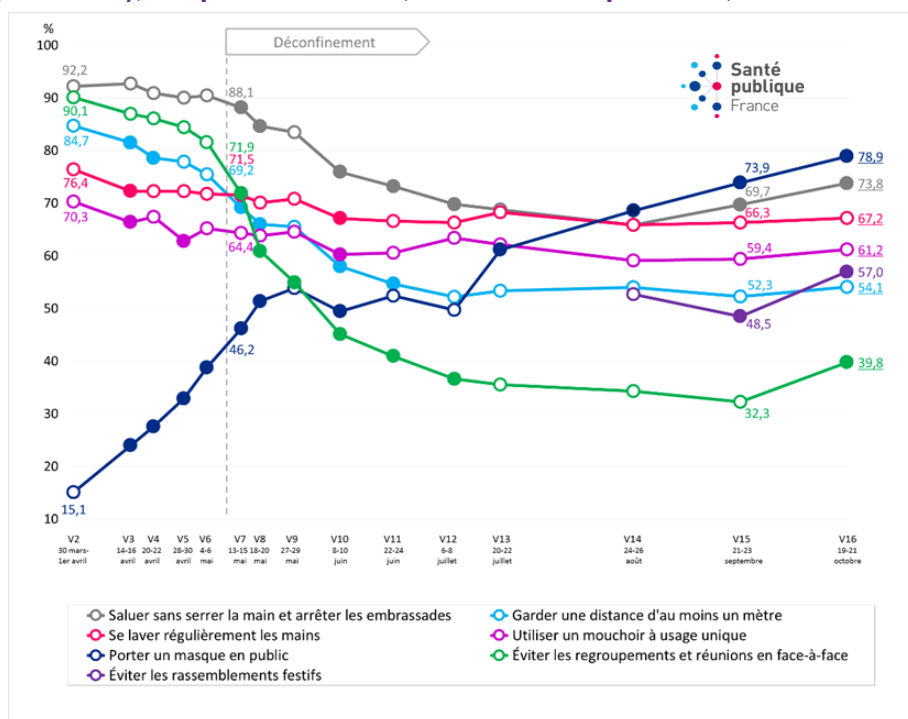
Suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

Enquête Santé publique France CoviPrev : enquêtes Internet répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (*Access panel*), de mars à octobre 2020.

1) Adoption des mesures de prévention

- En vague 16 (19-21 octobre), pour la première fois depuis l'arrêt du confinement en mai, l'adoption systématique **de toutes les mesures en lien avec la limitation de l'interaction sociale** a augmenté (Figure 36).
- **Toutes les classes d'âge sont concernées par cette augmentation**, même si les différences d'adoption systématique entre les 18-24 ans et les 65 ans et plus restent conséquentes pour plusieurs mesures de prévention (maintien d'une distance d'au moins 1 mètre (39% vs 65%), le salut sans contact physique (60% vs 80%), « éviter les rassemblements festifs » (43% vs 65%) et « éviter les regroupements et réunions en face à face » (28% vs 49%).

Figure 36. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.



Notes de lecture :

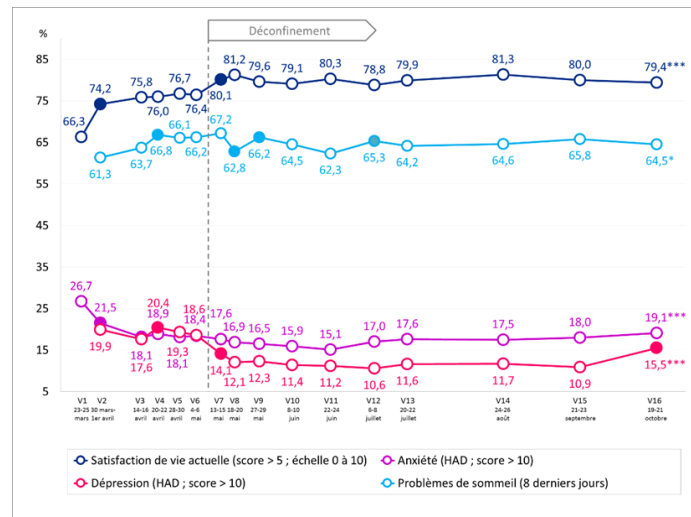
Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 16) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 2), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période postconfinement (vague 7), test de Wald ajusté, $p < 0,05$.

- En vague 16, les populations adoptant moins systématiquement les mesures de prévention sont le plus souvent les moins de 35 ans, les hommes et les personnes ayant un faible niveau de littératie (*motivation et compétence des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour prendre des décisions concernant leur santé*). Les personnes ne présentant pas de risque de développer une forme grave de COVID-19 portent moins systématiquement le masque en public.
- Les déterminants cognitifs (*perceptions de la maladie et des mesures de prévention*) de l'adoption systématique des mesures de prévention communs aux trois indicateurs (mesures d'hygiène, distance d'au moins un mètre et port du masque en public) sont le fait de **percevoir les mesures de prévention comme efficaces, comme peu contraignantes**, la **norme sociale perçue** (approbation et adoption des mesures de prévention par les proches) et le fait de **se sentir capable d'adopter les mesures de prévention**.

22) Santé mentale

- En vague 16 (19-21 octobre), une **augmentation** significative **des troubles dépressifs** est observée par rapport à la vague précédente (+ 5 points) (Figure 37).
- Aucune évolution significative n'est observée entre la vague 15 (21-23 septembre) et la vague 16 pour **les indicateurs d'anxiété, de satisfaction de vie et de problèmes de sommeil**. Ces derniers présentent cependant des niveaux plus défavorables que ceux observés avant l'épidémie (-6 points de satisfaction de vie ; + 6 points d'anxiété et + 16 points de problèmes de sommeil en comparaison aux données du *Baromètre Santé publique France 2017*).

Figure 37. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, octobre 2020



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 16) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 1 ou 2 selon l'indicateur), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période postconfinement (vague 7), test de Wald ajusté, $p < 0,05$. HAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

- En vague 16, les personnes déclarant **des antécédents de trouble psychologique**, celles déclarant **une situation financière très difficile**, **les femmes** et **les 25-34 ans** sont davantage concernés par les **trois indicateurs** de santé mentale : anxiété, dépression et problèmes de sommeil.
- Parmi les déterminants cognitifs (perception de la maladie et des mesures de prévention) analysés :
 - le fait de **percevoir la COVID-19 comme grave** est associé à une dégradation des **trois indicateurs de santé mentale** (anxiété, dépression, problèmes de sommeil).
 - le fait de **se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2** augmente **l'anxiété et les problèmes de sommeil**.
 - le fait de **percevoir les mesures comme contraignantes** est associé aux **états anxieux et dépressifs**.
- Une nouvelle vague d'enquête aura lieu en semaine 45 et les résultats seront publiés en semaine 46.

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



Synthèse

En France métropolitaine

En raison d'un défaut de remontées de données sur les tests par le système d'information SI-DEP vers Santé Publique France depuis le 28 octobre, les indicateurs basés sur les données des tests biologiques sont sous-estimés. Bien que ces données SI-DEP ne soient pas détaillées comme habituellement dans ce point épidémiologique, les données provisoires actuellement disponibles et les indicateurs des autres dispositifs de surveillance de la COVID-19 montrent en **semaine 44** (du 26 octobre au 1^{er} novembre 2020), **une augmentation de tous les indicateurs** de suivi de l'épidémie de SARS-CoV-2 **marquant la poursuite de la progression de l'épidémie sur l'ensemble du territoire.**

En médecine générale, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) du réseau Sentinelles était en augmentation par rapport à la semaine précédente (179/100 000 habitants en S44 vs. 158 en S43, soit +13%).

En semaine 44, basé sur les données disponibles **321 876 nouveaux cas confirmés de COVID-19** ont été enregistrés **en France métropolitaine, nombre supérieur à celui de la semaine précédente** où 268 625 nouveaux cas ont été rapportés, malgré la sous-estimation liée à la difficulté de remontée des données. Lorsque les difficultés de remontées de données seront résolues, il sera possible de préciser ces tendances.

L'augmentation du nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 s'est poursuivie en S44 mais dans une moindre mesure soit +3% par rapport S43 (de S42 à S43, +22%). Cette hausse concerne plus particulièrement les adultes et notamment les 75 ans et plus (+21%).

Aux urgences, les **passages pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)** étaient en **augmentation** (14 902 passages en S44 vs. 11 619 en S43, soit +28%). Cette augmentation s'observe dans toutes les classes d'âge et **plus particulièrement chez les 65-74 ans (+35%) et chez les 75 ans et plus (+29%)**. Toutes les régions métropolitaines sont concernées par cette hausse. Les augmentations les plus importantes étaient observées en Centre-Val de Loire (+71%), Grand Est (+69%), Bourgogne-Franche-Comté (+58%) et Pays de la Loire (+57%).

Le 03 novembre 2020, 26 265 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France métropolitaine dont 3 878 en réanimation.

Au niveau national, **en milieu hospitalier, le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a augmenté** en semaine 44 avec 17 450 nouvelles hospitalisations (12 176 en S43, soit +43%). Cette augmentation est moindre que l'augmentation observée entre les S42 et S43 (+62%) mais reste importante. Les **taux d'hospitalisation** étaient **en augmentation dans toutes les régions**. Les **taux les plus élevés** ont été enregistrés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (48,6/100 000 habitants), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (40,2) et **Bourgogne-Franche-Comté** (33,8).

Au niveau national, **le nombre de nouvelles admissions en réanimation** était également **en augmentation** (2 605 admissions en S44 vs. 1816 en S43, +43%). **Les taux d'admission en réanimation ont augmenté dans toutes les régions de France métropolitaine**. Les taux les plus élevés étaient rapportés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (6,6/100 000 habitants) en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (5,3) et **Hauts-de-France** (5,3).

En semaine 44, 8 813 personnes de 65 ans et plus avaient été admises en hospitalisation et 1 223 en réanimation. **Par rapport à début septembre (S36), le nombre hebdomadaire de personnes de 65 ans et plus nouvellement hospitalisées a été multiplié par 10 et celui des admissions en réanimation par 9.**

Les R-effectifs (Reff) permettent de décrire la dynamique de l'épidémie : lorsque le Reff est significativement supérieur à 1, ceci signifie que l'épidémie est en progression, lorsqu'il est égal à 1, l'épidémie se stabilise, lorsqu'il est significativement inférieur à 1, l'épidémie régresse (cf. page 20).

L'estimation du Reff_{SI-DEP} basé sur les données SI-DEP, rapportée habituellement dans le PE n'a pas pu être réalisée dû au défaut de remontée des données. L'estimation des Reff_{OSCOUR®} (passages aux urgences) est significativement supérieure à 1 (Reff_{OSCOUR®} : 1,30), estimation inférieure à l'estimation de la semaine précédente (1,38). La même tendance est observée pour l'estimation du Reff_{SI-VIC} qui est significativement supérieure à 1 (1,31 en S44 vs. 1,42 en S43). Même si les indicateurs disponibles sont en deçà des estimations de la semaine précédente, **ces indicateurs témoignent de la poursuite de l'augmentation de la circulation virale**, en France métropolitaine. L'ensemble de ces indicateurs sont significativement supérieurs à 1 dans l'ensemble des régions métropolitaines à l'exception de la Corse.

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

Si la dynamique de l'épidémie persiste dans les semaines à venir, il est estimé que le nombre hebdomadaire de nouveaux patients admis à l'hôpital aura doublé dans 17 jours et que le nombre de patients admis en réanimation aura doublé dans 17 jours.

Le nombre de décès lors d'une hospitalisation et en ESMS liés à la COVID-19 continue d'augmenter avec 2 242 décès enregistrés en S44 (vs 1 550 décès en S43, +45%). Les hausses observées les semaines précédentes ont été réévaluées avec la consolidation des données et étaient de +78% entre S42 et S43 et +60% entre S41 et S42. L'augmentation du nombre de cas de COVID-19 parmi les résidents des EHPAD annonce l'augmentation très probable des décès dans les semaines à venir. En semaine 43, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 par région étaient observés en Auvergne-Rhône-Alpes (7,4 /100 000 habitants), Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,1) et Bourgogne-Franche-Comté (3,7).

Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieure à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre) avec **une hausse plus marquée en semaine 43** (du 19 au 25 octobre). Cette hausse concerne les personnes de plus de 65 ans. La hausse de la mortalité est plus particulièrement marquée en Auvergne-Rhône-Alpes et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Du fait des délais de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes.

Dans les régions

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

Régions métropolitaines

L'épidémie touchent toutes les régions métropolitaines mais les régions actuellement les plus impactées sont **l'Auvergne-Rhône-Alpes, les Hauts-de-France, la Bourgogne-Franche-Comté, l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur**.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

- **En Guadeloupe**, les indicateurs de surveillance épidémiologique confirment une diminution globale de la circulation du virus depuis six semaines consécutives. La situation demeure tendue en milieu hospitalier avec une baisse des indicateurs (urgences, hospitalisation, réanimation) qui demeure néanmoins à des niveaux élevés. La Guadeloupe est toujours classée en niveau de vulnérabilité élevé.
- **En Martinique**, l'ensemble des indicateurs se maintient à un niveau élevé. Le taux d'hospitalisation était en augmentation. La Martinique est toujours classée en niveau de vulnérabilité élevé.
- **En Guyane**, les indicateurs étaient diminution et le nombre d'hospitalisation et le nombre d'admission en réanimation étaient stable. La Guyane est toujours classée en niveau de vulnérabilité élevé.
- **A La Réunion**, les indicateurs étaient en augmentation en semaine 44 avec une augmentation au recours aux soins et du nombre d'hospitalisations. La Réunion reste classée en niveau de vulnérabilité modéré.
- **A Mayotte**, une augmentation des indicateurs est observée. Malgré la hausse du nombre d'hospitalisations, aucune tension hospitalière liée au COVID-19 n'est observée au Centre hospitalier. Mayotte reste classée en niveau de vulnérabilité modéré.

En France métropolitaine et dans les DROM

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) incluant les établissements d'accueil pour personnes âgées, la hausse des indicateurs se poursuit avec des hausses importantes en S44. **Le nombre moyen de cas confirmés par épisode était en forte progression** par rapport à la semaine précédente, **chez les résidents** (33 cas confirmés par épisode en S44 vs. 25 en S43) et **chez le personnel** (14 en S43 vs. 8 en S42).

Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie restent les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que celles présentant des comorbidités. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 65% des personnes admises en réanimation et 93% des personnes décédées de COVID-19. De plus, 88% des personnes admises en réanimation présentent des comorbidités.

Les données de surveillance montrent, en revanche que, les enfants sont moins touchés par la COVID-19 et représentent toujours moins de 1% des patients hospitalisés et des décès.

Le bilan de la surveillance des **syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques** rapporte, au 03 novembre 2020, **240 signalements** survenus depuis le 1^{er} mars 2020. Une augmentation modérée est observée depuis fin septembre avec 32 cas répertoriés et aucun décès parmi eux.

Depuis le début de la mise en place du contact-tracing par l'assurance maladie, l'augmentation du nombre de nouveaux cas confirmés observée en semaine 44, est la plus forte enregistrée soit + 67%. Une augmentation du nombre de personnes-contacts à risque se poursuit également avec +22%, augmentation cependant moins forte que pour les cas confirmés. Le nombre moyen de personnes-contacts par cas passe à 2,2 en S44. La diminution du nombre de personnes contacts à risque peut s'expliquer en partie par une proportion croissante de cas sans personnes contact à risque identifiées : 44,5% (vs 36,9% en semaine 43, données non publiées). En parallèle, le nombre de nouveaux cas identifiés précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas diminue. Cette évolution est à mettre en parallèle avec une proportion plus faible de cas ayant pu être investigués, mais il est possible que des rattrapages soient effectués en début de semaine 45. Ces résultats suggèrent des difficultés dans la réalisation du contact-tracing liée à une évolution très importante de l'épidémie ces dernières semaines. En effet, le dispositif de contact tracing doit composer avec des volumes de cas et de personnes-contacts à investiguer en très forte croissance et malgré l'investissement très important des équipes de l'Assurance Maladie cette accélération des contaminations n'est pas sans impact sur la performance du suivi des patients. Certains de ces indicateurs devront également être interprétés dans les semaines à venir en tenant compte de la mise en place du re-confinement avec notamment une baisse attendue du nombre de cas, et de personnes-contacts à risque identifiées par cas.

Pour les personnes-contacts, l'évolution du dispositif peut avoir des conséquences sur les indicateurs de suivi, si les personnes-contacts notifiées par mail ou SMS ont une attitude différente de celles appelées, en particulier pour se faire tester. Il est cependant impossible, à ce stade et compte tenu de ces évolutions récentes, de pouvoir vérifier cette hypothèse.

Parmi les cas symptomatiques, le délai moyen entre la survenue des premiers signes cliniques et la date de prélèvements reste égal à 3 jours au niveau national. Cet indicateur devra être surveillé dans les semaines à venir pour s'assurer d'un délai le plus réduit possible pour que les mesures de contact-tracing permettant d'identifier et de stopper rapidement les chaînes de transmission dans le contexte du re-confinement, puissent être efficaces. Par ailleurs, le déploiement prochain des tests antigéniques selon les indications établies par la HAS devrait permettre de réduire ce délai.

La surveillance spécifique des professionnels travaillant dans les établissements de santé rapportait entre le 1^{er} mars et le 02 novembre 2020, 44 281 cas d'infections au SARS-CoV-2. Le suivi hebdomadaire montre trois périodes distinctes : après une diminution entre mi-avril (S16) et fin juillet (S31), on observe une **augmentation du nombre hebdomadaire de cas déclarés** avec une accentuation de l'augmentation à partir de début septembre (S37), en cohérence avec l'augmentation du nombre de cas dans la population générale. Parmi les données disponibles, les catégories de services les plus concernés étaient les services de médecine hors réanimation, les services « autres » et les services de SSR. Les professionnels salariés des établissements de santé (PES) infectés ayant travaillé dans les services de réanimation représentaient 2,3% des 23 123 PES travaillant en réanimation dans les établissements participant à l'enquête (données SAE 2018). Pour les autres catégories de service, en l'absence de dénominateur consolidé, cette proportion n'a pas pu être estimée. La participation à l'enquête s'est améliorée en septembre et octobre par rapport à juillet-août. Il est important que les établissements continuent de participer pour un recensement le plus exhaustif possible. Des messages de sensibilisation sont envoyés régulièrement aux établissements par les Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) et le Geres. Les professionnels de santé libéraux peuvent, s'ils ont été atteints, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#), ouverte à tous les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, pour documenter les circonstances de leur contamination.

La santé mentale des Français, dégradée en début de confinement, s'est ensuite significativement améliorée pour tous les indicateurs (états anxieux, dépressifs et satisfaction de vie) à l'exception des problèmes de sommeil qui ont augmenté et se maintiennent à des niveaux élevés depuis le début du confinement. Dans la dernière enquête réalisée **fin octobre, une augmentation significative des troubles dépressifs a été observée en comparaison de l'enquête fin septembre.**

Si les Français ont très largement adhéré à l'application des mesures de prévention, leur adoption systématique avait diminué depuis la levée du confinement. Pour la première fois, depuis cette date, la tendance semble s'inverser : **les mesures de réduction des contacts sont toutes davantage adoptées systématiquement comparées à septembre.** Le port systématique du masque en public, poursuit son augmentation. Cette amélioration touche toutes les classes d'âge. Ce changement de tendance pourrait refléter à la fois la fin des périodes de mixité sociale (vacances, rentrée scolaire et universitaire) mais aussi une crainte de la population devant l'intensité de la circulation virale et ses effets sur la mortalité.

En conclusion

Dans les **départements d'Outre-mer**, la circulation du SARS-CoV-2 est toujours active. Le niveau de vulnérabilité reste élevé en Guadeloupe et en Guyane ainsi qu'en Martinique où les indicateurs restent en augmentation. La tendance est à l'augmentation à Mayotte et à la Réunion qui restent en niveau de vulnérabilité est modéré.

En France métropolitaine, la situation épidémiologique continue de se dégrader avec une augmentation des indicateurs nationaux marquant une progression de l'épidémie de COVID-19 sur l'ensemble du territoire. Même si l'augmentation du nombre de cas confirmés issus du système SI-Dep ne peut être précisée cette semaine, les nombres de nouveaux cas confirmés, de cas confirmés dans les établissements d'accueil pour personnes âgées, de nouvelles hospitalisations et de nouvelles admissions en réanimation ainsi que les décès pour COVID-19 et de mortalité toutes causes continuent d'augmenter.

Toutes les régions métropolitaines sont touchées par la progression de l'épidémie. Les augmentations des indicateurs sont **plus particulièrement marquées chez les personnes âgées de 65 ans et plus**, pour lesquelles l'augmentation des recours aux urgences pour COVID-19 est la plus importante. Depuis début septembre, le nombre de patients de cette tranche d'âge admis en hospitalisation a été multiplié par 10 et celui du nombre de patients admis en réanimation par 9. **Ce constat chez les personnes les plus âgées, plus fragiles, laisse présager une poursuite de l'augmentation des hospitalisations et des décès dans les semaines à venir.** En effet, les formes graves surviennent à distance du début des signes cliniques : les hospitalisations et admissions en réanimation surviennent avec un décalage d'une à deux semaines après le début des signes et le décès avec un décalage de 3 à 4 semaines.

La plus grande vigilance doit absolument être maintenue auprès des personnes à risques de complications, notamment les personnes âgées, compte tenu de la fragilité de cette population dans laquelle survient le plus grand nombre de décès dus au SARS-CoV-2.

L'évolution de la situation hospitalière pour la COVID-19 en semaine 44 est très préoccupante et laisse présager des tensions hospitalières dans l'ensemble des régions dans les semaines à venir si la progression de l'épidémie se poursuit.

Le respect des différentes mesures collectives, notamment du confinement, sont décisives pour permettre de réduire l'impact de l'épidémie sur le système de soins. Actuellement, il est encore trop tôt pour évaluer l'effet des différentes mesures prises (couvre-feu, confinement) et quelques semaines de recul seront nécessaires pour en observer l'impact.

Le confinement ne doit pas faire oublier que **l'application des mesures de prévention individuelles et la réduction des contacts** restent primordiales pour contribuer à la diminution du nombre de cas. Elles restent essentielles notamment dans la sphère privée et professionnelle pour contenir la circulation du virus et ce, jusqu'à l'arrivée d'un vaccin ou d'un traitement efficace. Dans ce contexte, il est déterminant que **chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19, s'isole immédiatement et réalise un test diagnostic** dans les plus brefs délais.

L'adoption des mesures de prévention individuelles, couplées aux mesures collectives, sont les seuls moyens permettant actuellement de freiner la circulation du virus SARS-CoV-2 et réduire l'impact sur le système de soins et la mortalité.

L'utilisation des outils numériques (TousAntiCovid) est également recommandée pour renforcer les mesures de contact tracing et d'isolement rapide.

Méthodes

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

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

SurSaUD® (OSCOUR® et SOS Médecins) : données de recours aux services d'urgences et aux associations SOS Médecins pour une suspicion d'infection à COVID-19 (utilisation de codes spécifiques) (depuis le 24 février 2020).

SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) : nombre d'hospitalisations pour COVID-19, patients en réanimation ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation rapportés par les établissements hospitaliers (depuis le 19 mars 2020). On entend comme admission en réanimation l'admission en services de réanimation, en unités de soins intensifs et en unités de surveillance continue ; cette définition n'a pas été modifiée depuis le début de la surveillance.

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 (du 16 mars au 30 juin 2020 puis depuis le 5 octobre 2020).

IRA dans les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS) : nombre d'épisodes de cas d'infection respiratoire basse (IRA) et de cas probables et confirmés de COVID-19 en ESMS ainsi que le nombre de cas et décès par établissement (depuis le 28 mars 2020).

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

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

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

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

SI-DEP (système d'information de dépistage) : plateforme sécurisée avec enregistrement systématiquement des résultats des laboratoires de tests pour SARS-COV-2 (depuis le 13 mai 2020).

SI-MONIC (Système d'information pour le monitoring des clusters) : plateforme sécurisée avec saisie pour chaque cluster : date de signalement, code postal, type de collectivité, nombre de cas du cluster, criticité en termes de potentiel de transmission/diffusion et statut d'évolution.

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

Suivi des contacts/ContactCovid (Cnam) : Données issues de l'activité de suivi des contacts autour des cas de Covid-19, renseignées dans le système d'information ContactCovid géré par la Cnam (depuis le 13 mai 2020).

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Equipe de rédaction

Christine Campese, Alexandra Septfons, Anna Maisa, Nelly Fournet, Anne Fouillet, Yann Le Strat, Julien Durand, Myriam Fayad, Guillaume Spaccaverri, Patrick Rolland, Valerie Henry, Céline Caserio-Schonemann, Bruno Coignard, Didier Che, Daniel Lévy-Bruhl, Katia Hamdad, Camille Le Gal, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Mathias Bruyand, Pauline Delezire, Fatima Ait Belghiti, Laëtitia Gouffé-Benadiba, Yu Jin Jung, Linda Lasbeur, Enguerrand du Roscoat, Isabelle Bonmarin, Ke Zhou, Yann Savitch, Anne Laporte, Pierre Arwidson, Julie Figoni

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 Cedex

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

Date de publication :
05 novembre 2020

Pour en savoir plus sur :

► **Les méthodes du système de surveillance** : consulter la page [Santé publique France](#)

► **Nos partenaires et les sources de données** :

[SurSaUD®](#)
[SI-VIC](#)

[OSCOUR®](#)
[CépiDC](#)

[SOS Médecins](#)
[Assurance Maladie](#)

[Réseau Sentinelles](#)

Pour en savoir plus sur l'épidémie de COVID-19 :

► **En France** : [Santé publique France](#) et [Ministère des Solidarités et de la Santé](#)

► **A l'international** : [OMS](#) et [ECDC](#)

► Un numéro vert **0 800 130 000** (appel gratuit) a été mis en place (7j/7 24h/24). Cette plateforme permet d'obtenir des informations sur le COVID-19 et des conseils.

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