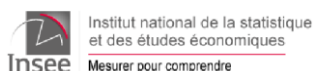


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 : médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, sociétés savantes d'inféctiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Cnam, Inserm,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



Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance, d'alerte et de prévention, analyse et publie les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires et de ses propres études et enquêtes. **Ce bilan est basé sur les données rapportées à Santé publique France jusqu'au 03 février 2021.**

► Points clés

En semaine 04, persistance de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau très élevé dans le contexte d'augmentation de la prévalence des variants plus transmissibles

- Stabilisation du nombre de nouveaux cas confirmés
- Nombre de personnes hospitalisées toujours très élevé
- Augmentation des admissions en services de réanimation (+6%)
- Métropole : les régions les plus touchées : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France, Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est
- Outre-mer : forte augmentation des indicateurs à Mayotte

Mortalité

- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée

Variants émergents du SARS-CoV-2

- Enquête Flash#2 du 27 janvier 2021 : augmentation de la prévalence des variants émergents

Prévention

- Vaccination : point au 02 février 2021
 - 1 615 088 personnes ayant reçu au moins une dose
 - Couverture vaccinale chez les résidents des Ehpad ou USLD : 57,1%
- Renforcement de l'adoption des mesures barrières et de la limitation des contacts
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 04 (du 25 au 31 janvier 2021)

	S04	S03*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	143 325	141 732	+1%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	6,7%	7,1%	-0,4 point
Taux de dépistage (/100 000 habitants) du SARS-CoV-2 (SI-DEP)	3 208	2 972	+8%
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 936	2793	+5%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	7 396	7 312	+1%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	11 117	11 155	0%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 800	1 706	+6%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres EMS)	2 633	2 892	Non consolidée

* Donnée consolidées

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars 2020 au 02 février 2021

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	309 453
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	77 238

► Point de situation en semaine 04 (du 25 au 31 janvier 2021)

En semaine 04 (du 25 au 31 janvier 2021), les indicateurs épidémiologiques de suivi de l'épidémie de COVID-19 montraient une persistance de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau très élevé dans le contexte d'augmentation de la prévalence des variants plus transmissibles. La stabilité de la majorité des indicateurs observée en semaine 04 ne permet pas d'écarter l'hypothèse d'une aggravation de la situation épidémiologique dans les prochaines semaines, liée à la poursuite de la circulation de ces variants.

Au niveau national, en semaine 04, 2 153 127 personnes ont été testées et 143 325 ont été confirmées positives au SARS-CoV-2, soit **20 475 nouveaux cas confirmés en moyenne chaque jour**. Les indicateurs virologiques montraient une stabilisation **du taux d'incidence et une augmentation du taux de dépistage (+8%)**. En semaine 04, **les personnes de 75 ans et plus restaient les plus touchées par le SARS-CoV-2**. Le nombre de cas confirmés dans cette classe d'âge reste stable depuis deux semaines.

Les indicateurs du suivi des contacts étaient globalement stables par rapport à la semaine précédente. Moins d'un quart des nouveaux cas est actuellement identifié par le dispositif de contact-tracing.

Les indicateurs de la médecine libérale ambulatoire étaient en augmentation modérée en semaine 04 et le recours aux urgences était quasiment stable (+1%). Une stabilité était observée pour le nombre d'hospitalisations, **contrairement au nombre de nouvelles admissions en réanimation qui étaient en augmentation (+6%)** mais dans une moindre mesure par rapport à la semaine précédente (+20%). **Le nombre de patients hospitalisés en France pour COVID-19 reste élevé**, avec **28 071 personnes hospitalisées au 02 février 2021, dont 3 280 en réanimation**.

Le **nombre hebdomadaire de décès**, incluant les décès survenus en milieu hospitalier et dans les établissements médico-sociaux, était en augmentation **en semaine 03** (données S04 non consolidées). Ainsi, plus de **77 000 décès liés à la COVID-19** ont été rapportés du 1^{er} mars 2020 au 02 février 2021.

Les résultats préliminaires de l'enquête Flash#2 menée le 27 janvier 2021 sur les tests RT-PCR positifs au SARS-CoV-2 indiquent que, parmi les cas diagnostiqués le 27 janvier 2021, **14,0% seraient des suspicions de variants 20I/501Y.V1 (UK)** pour les 78 laboratoires utilisant un criblage par technique TFS et **14,6% seraient des suspicions de variants 20I/501Y.V1 (UK), 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** pour les 45 laboratoires utilisant un criblage par RT-PCR spécifique recherchant la mutation N501Y. La deuxième partie de cette enquête concerne les séquençages des prélèvements suspects, qui sont en cours et s'appuient notamment sur trois plateformes nationales. Les résultats définitifs de cette enquête Flash#2 seront communiqués dès que l'ensemble des résultats de séquençage seront validés et transmis. Ces résultats préliminaires sont difficiles à comparer avec ceux de l'enquête Flash#1, mais confirment l'hétérogénéité régionale de la diffusion de ces variants et une augmentation de leur prévalence dans l'ensemble des régions pour lesquelles les résultats sont interprétables.

L'enquête CoviPrev (18-20 janvier 2021) a montré que **la situation épidémique et les mesures prises pour la contrôler affectent de façon importante la santé mentale de la population**, en particulier sur le plan de la symptomatologie anxio-dépressive.

Les **mesures barrières et de distanciation physique** restent les principaux moyens permettant de freiner la circulation du virus SARS-CoV-2 et d'en réduire l'impact sur le système de soins et la mortalité. **L'adhésion systématique à ces mesures est encore plus importante à respecter dans le contexte d'augmentation de la prévalence des variants plus transmissibles.**

La campagne de vaccination s'adresse prioritairement aux personnes les plus vulnérables et aux professionnels de santé. **Au 02 février 2021**, selon les données issues de Vaccin COVID, **1 615 088 personnes avaient reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** en France, soit 2,4% de la population en France.

Le 02 février 2021, **358 093 résidents** en Ehpad ou en unité de soins de longue durée (USLD), personnes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19, **ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France**. Il est ainsi estimé que **57,1% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin contre la COVID-19**.

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

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
PRÉSENCE DE VARIANTS D'INTÉRÊT EN FRANCE - Résultats préliminaires de l'enquête Flash #2 CNR Virus des infections respiratoires / Santé publique France du 27 janvier 2021.....	13
IMPACT DES COUVRE-FEUX ANTICIPÉS SUR LA DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 À L'ÉCHELLE DES DÉPARTEMENTS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE	15
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	17
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	23
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	26
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	27
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	29
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	37
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	43
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE.....	47
SITUATION INTERNATIONALE.....	48
VARIANTS ÉMERGENTS DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL	51
SYNTHÈSE	54
SOURCES DES DONNÉES	59

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

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

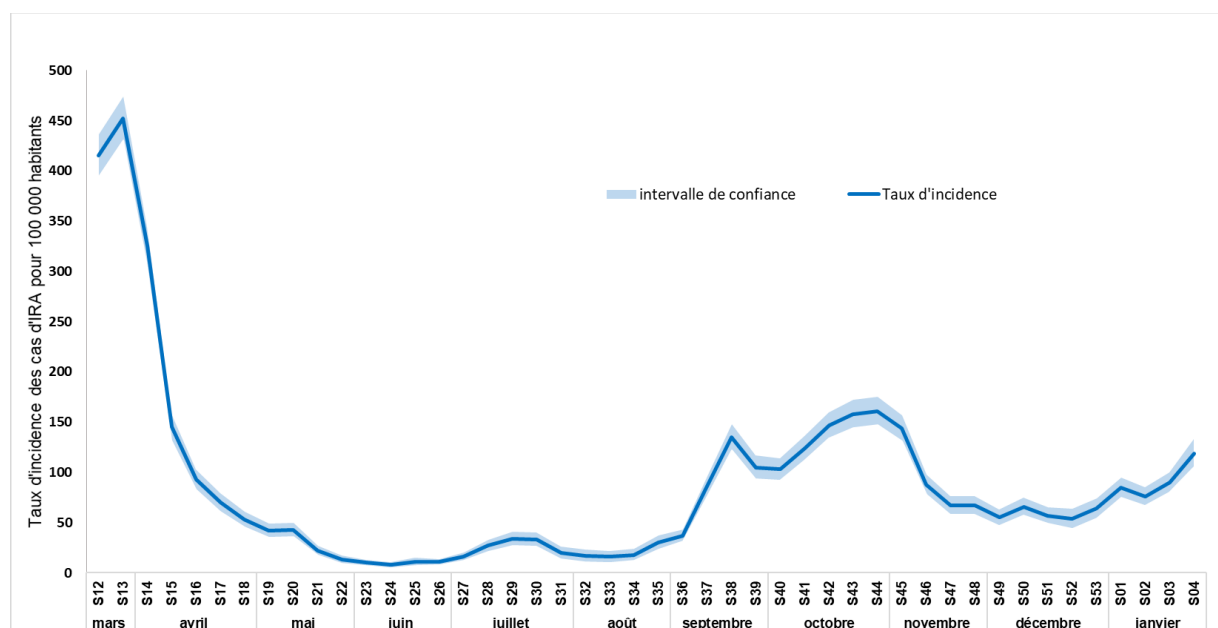
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le Réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes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

• En semaine 04 (du 25 au 31 janvier 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 119/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [105-133]) en France métropolitaine, en augmentation par rapport à celui de la semaine 03 : 90/100 000 habitants (IC95% : [80-100]) (Figure 1).

• Sur les 48 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, 4 se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2, 6 étaient positifs pour un rhinovirus, 5 pour un métapneumovirus, 2 pour un virus respiratoire syncytial (VRS). Aucun virus grippal n'a été détecté.

• Depuis la semaine 37, sur les 717 prélèvements effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés sur prélèvement nasopharyngé, 252 (35%) étaient positifs pour un rhinovirus, 118 (16%) pour le SARS-CoV-2, 14 (2%) pour un métapneumovirus et 7(1%) pour un VRS. Deux prélèvements se sont avérés positifs pour un virus grippal de type B/Victoria en semaine 49-2020 et en semaine 02-2021.

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



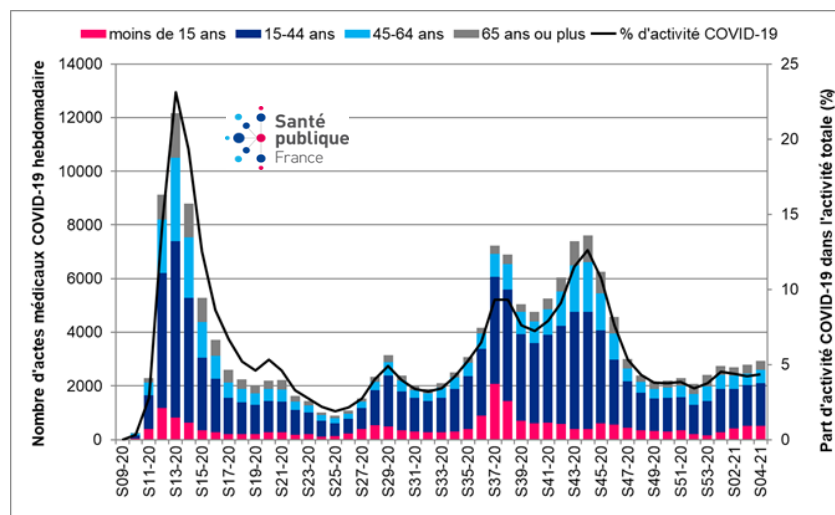
Semaine 04 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

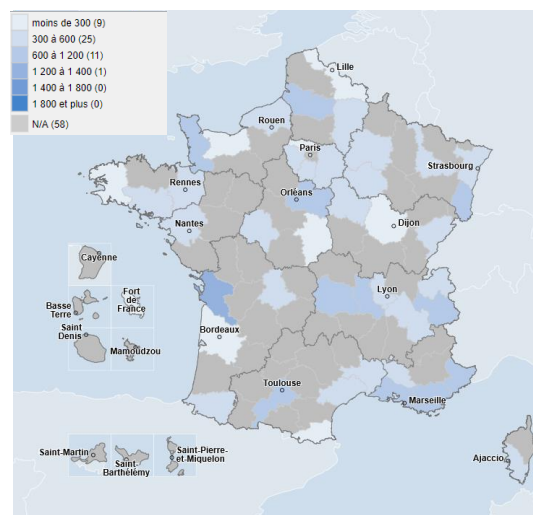
- Depuis le 03 mars 2020, **173 962 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 1^{er} février 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 04** (du 25 au 31 janvier 2021), **2 936 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période.
- La majorité des passages était enregistrée en Île-de-France (16%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (15%), Nouvelle-Aquitaine (12%), Auvergne-Rhône-Alpes (12%) et Hauts-de-France (10%).
- Après deux semaines de stabilisation, ce chiffre était en hausse modérée par rapport à la semaine précédente, avec **2 936 actes** enregistrés (vs 2 793 actes en S03, soit +5%, données consolidées).
- Ces actes étaient en hausse chez les 15-74 ans (+8% soit +161 actes), stables chez les moins de 2 ans et en légère baisse chez les 75 ans et plus. La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge** était comparable à celle de la semaine précédente, excepté pour les 45-64 ans chez qui l'on observait une légère augmentation : 0-4 ans : 5%, 5-14 ans : 12%, 15-44 ans : 55%, 45-64 ans : 17% (15% en S03), 65-74 ans : 4%, 75 ans et plus : 7%.
- **Au niveau régional**, les nombres d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en hausse avec des effectifs modérés dans plusieurs régions. Les hausses les plus importantes s'observaient en Centre-Val de Loire (+72% soit +49 actes) et dans le Grand Est (+15% soit +32 actes).
- La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était stable à 4,4% (vs 4,3% en S03) (Figure 2).

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



Source : SOS Médecins

Figure 3. Taux hebdomadaire d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes médicaux SOS Médecins, par département, semaine 04-2021, France



Source : SOS Médecins

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

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

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

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

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

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

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

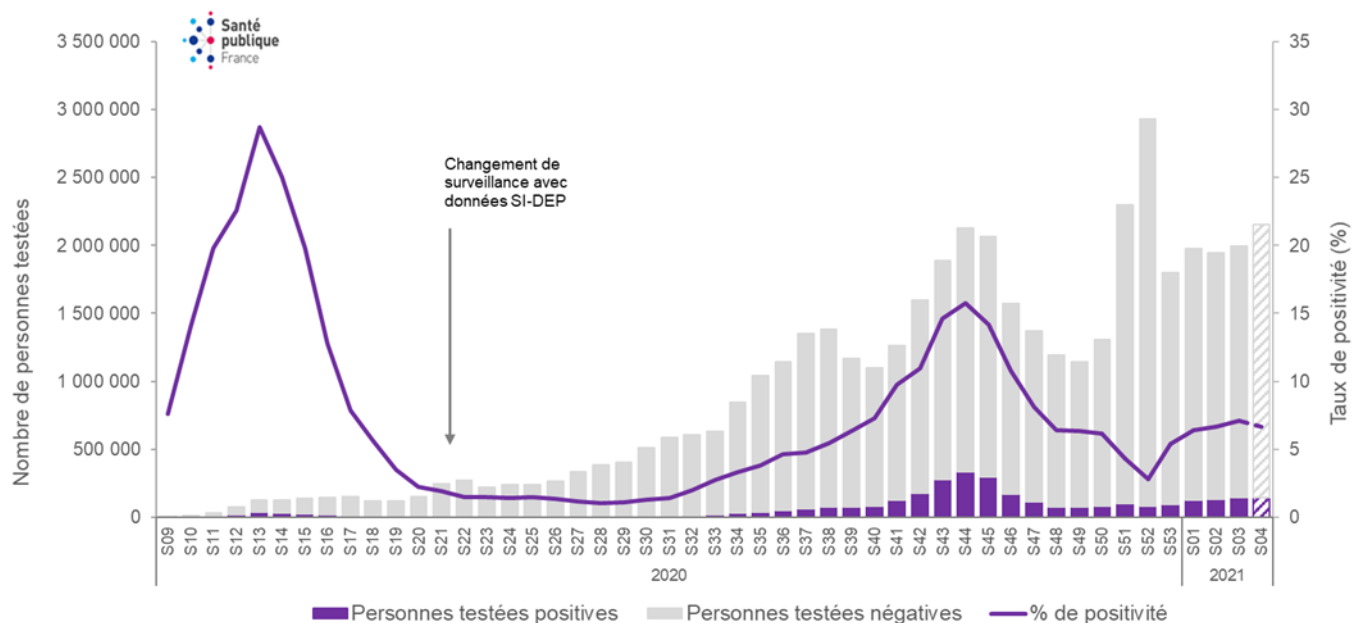
Cas confirmé de COVID-19 : une personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir [définition de cas](#)).

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

- En semaine 04, 2 153 127 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 1 994 608 en S03, soit +8%). Un total de **143 325 nouveaux cas confirmés** a été rapporté, **stable** par rapport à la semaine 03 où 141 732 nouveaux cas avaient été rapportés, soit +1% (Figures 4 et 5).

- Au 03 février 2021, **un total de 3 251 160 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

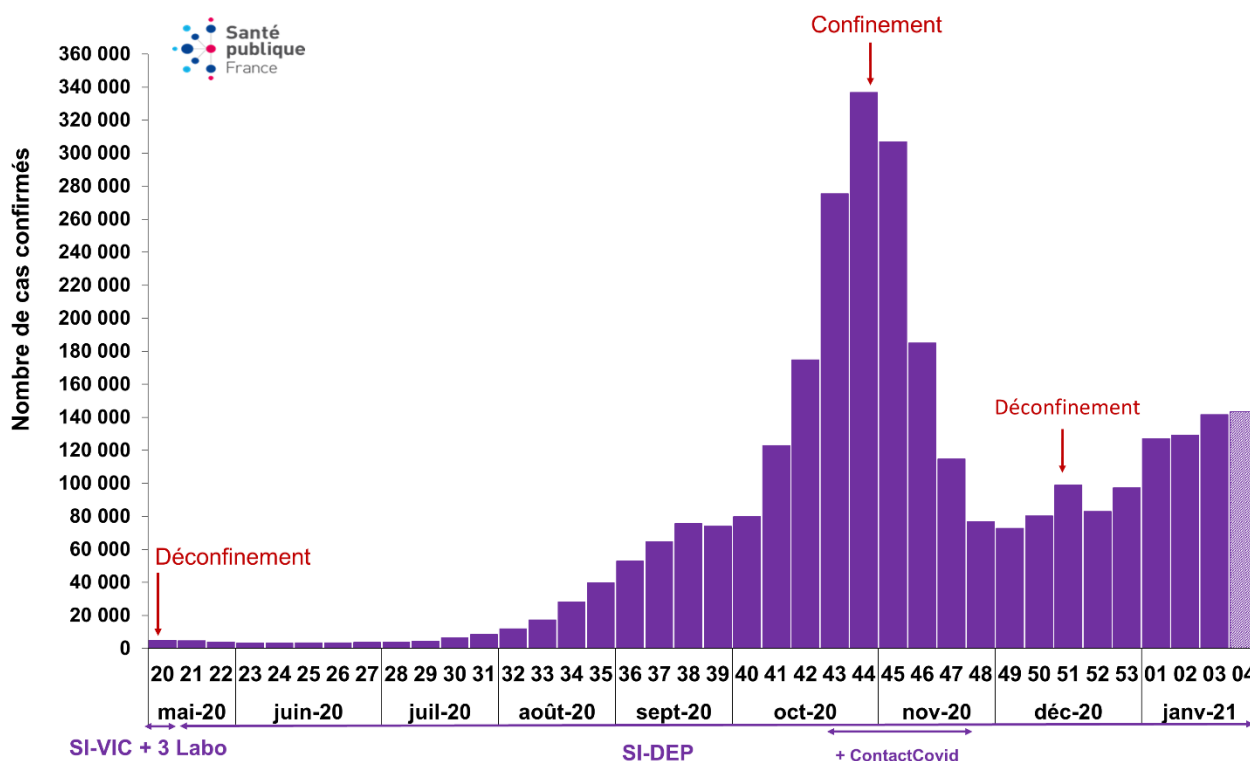
Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 03 février 2021)



Semaine 04 : données non consolidées

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

Figure 5. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 31 janvier 2021, France (données au 03 février 2021)



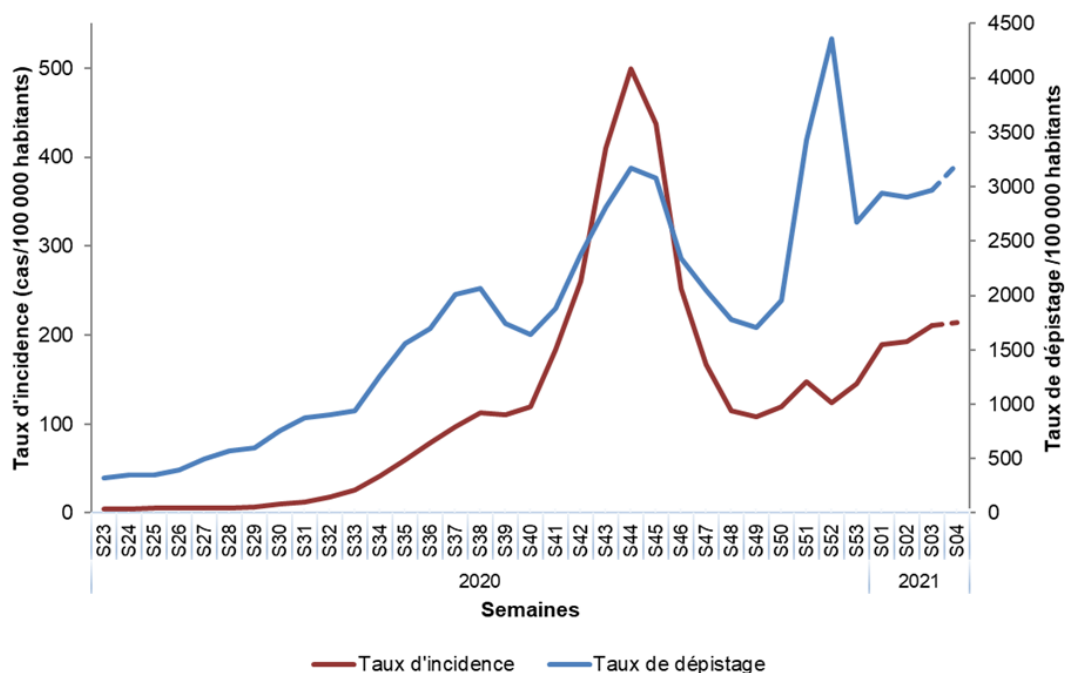
Semaine 04 : données non consolidées

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

- **Le taux national d'incidence** des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **214 cas/100 000 habitants** en S04, **stable** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (211 cas/100 000 habitants en S03, +1%) (Figure 6).

- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **3 208/100 000 habitants**, en **augmentation** par rapport à la semaine 03 (2 972/100 000 habitants, +8%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 03 février 2021)



Semaine 04 : données non consolidées

Source SI-DEP

- **La proportion des tests effectués en S04** et intégrés dans la base SI-DEP de Santé publique France le jour même ou le lendemain du prélèvement était de **96%**, stable par rapport à la semaine précédente.

Analyse par classe d'âge

- **En semaine 04**, au niveau national, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 123 chez les 0-14 ans, 258 chez les 15-44 ans, 215 chez les 45-64 ans, 163 chez les 65-74 ans et 273 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).

- **Le taux d'incidence a légèrement augmenté par rapport à S03 dans toutes les classes d'âge excepté chez les 45-64 ans (-1%).** L'augmentation la plus forte était chez les 0-14 ans (+5%), suivis par les 65-74 ans (+3%), les 75 ans et plus (+2%) et les 15-44ans (+1%) (Figure 7a).

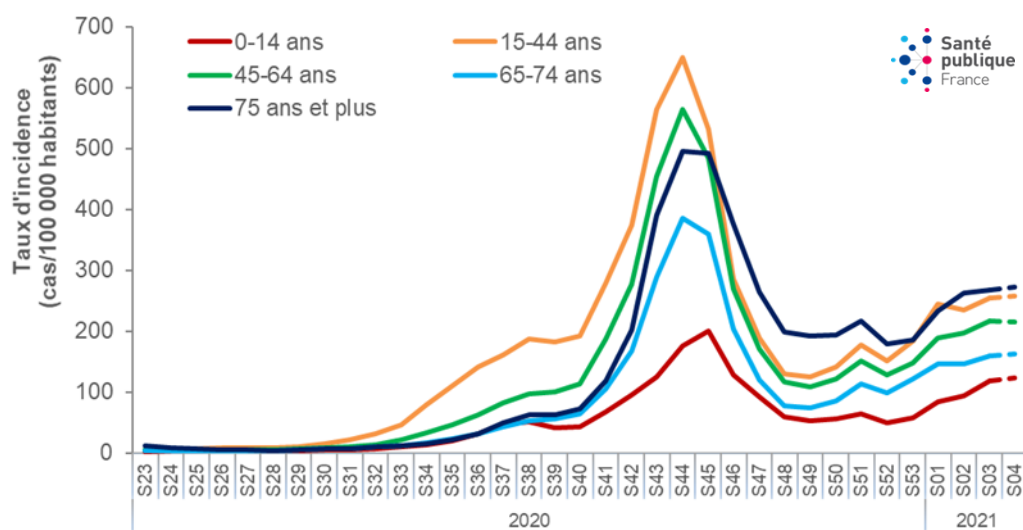
Chez les moins de 20 ans, les taux d'incidence suivaient la même dynamique avec +4% chez les 0-9 ans et +2% chez les 10-19 ans.

- Comparativement à la S03, le **taux de dépistage était en augmentation dans toutes les classes d'âge.** L'augmentation la plus forte était chez les 0-14 ans (+17%) suivis par les 15-44 ans (+10%), les 45-64 ans (+5%), les 65-74 ans (+4%) et les 75 ans et plus (+2%) (Figure 7b).

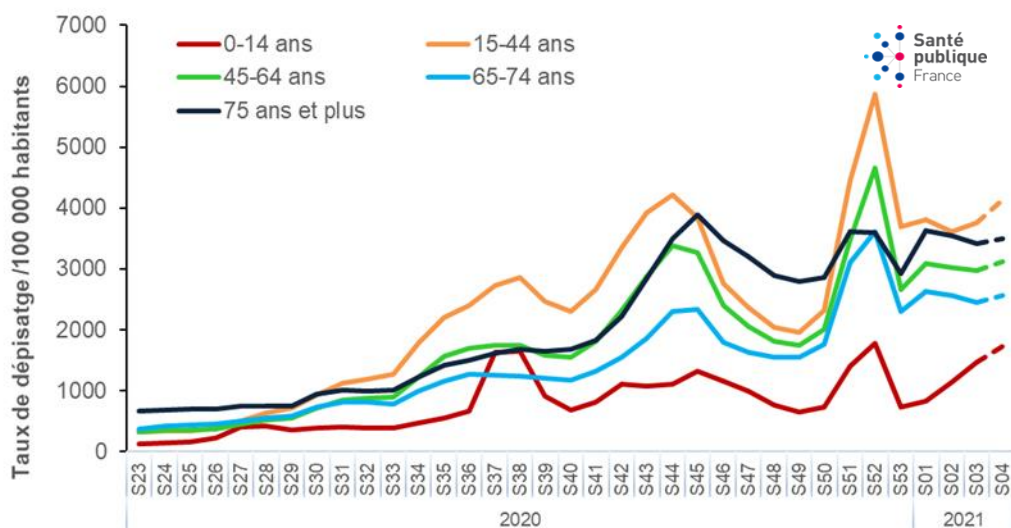
- **Le taux de positivité** des personnes testées était en diminution par rapport à la S03 dans toutes les classes d'âge sauf chez les 75 ans et plus, où ce taux était stable. La diminution la plus forte était chez les 0-14 ans (-0,8 point) suivis par les 15-44 ans (-0,5 point), les 45-64 ans (-0,4 point) et les 65-74 ans (-0,1 point) (Figure 7c).

Figure 7. Évolution des taux d'incidence (7a), de dépistage (7b) et de positivité (7c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23-2020, France métropolitaine (données au 03 février 2021)

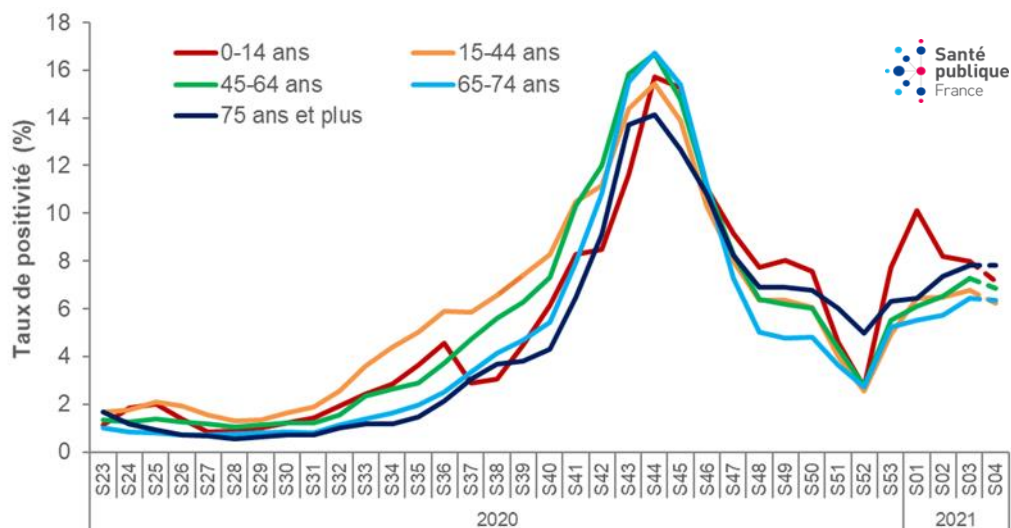
7a



7b



7c



Semaine 04 : données non consolidées

Source : SI-DEP

Dépistage selon la présence de symptômes

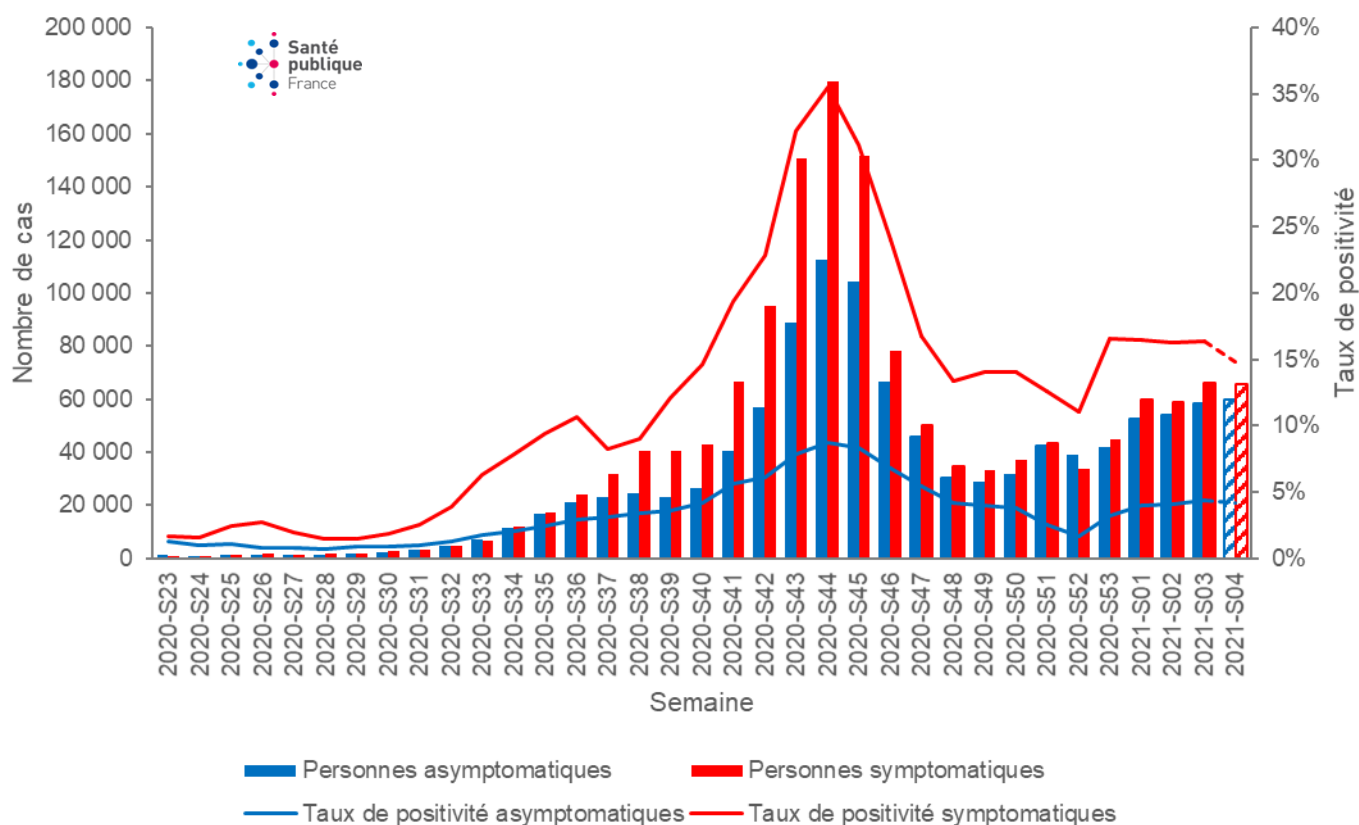
- **Parmi l'ensemble des personnes testées en S04** (quel que soit le résultat du test), 76% se déclaraient sans symptômes, proportion stable par rapport à S03 (77%). Le nombre de personnes testées était en augmentation en S04 par rapport à S03 chez les asymptomatiques : 1 432 575 en S04 (vs 1 329 881 en S03, soit +8%) et chez les symptomatiques : 440 980 en S04 (vs 403 576 en S03, soit +9%).

- **52% des cas confirmés présentaient des symptômes** (données disponibles pour 125 175 cas). Cette proportion était stable par rapport à S03, où elle était de 53% (Figure 8).

- Comparativement à S03, **une légère augmentation du nombre de cas était observée chez les personnes testées asymptomatiques** (59 652 vs 58 156 en S03, soit +2,6%) **et une stabilisation du nombre de cas chez les personnes testées symptomatiques** (65 523 vs 66 218 en S03, soit -1%) (Figure 8).

- **Le taux de positivité était de 14,9% chez les personnes symptomatiques, en diminution par rapport à S03 (16,4%).** Il était de 4,2% chez les asymptomatiques (4,4% en S03) (Figure 8).

Figure 8. Évolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes (2 617 156 cas décrits), par semaine, depuis la semaine 23-2020, France métropolitaine (données au 03 février 2021)



Semaine 04 : données non consolidées

Source : SI-DEP

► Au niveau régional

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

En métropole

- **En France métropolitaine**, 140 624 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 04, en hausse par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S03 avec 139 125 nouveaux cas, soit +1%). **Le taux de positivité** était de **6,7%** en S04, en légère baisse par rapport à S03 (7,2% en S03, soit - 0,5 point). **Le taux d'incidence** des cas confirmés **était stable** en S04 avec **217 cas/100 000 habitants** (vs 214 en S03, +1%). **Le taux de dépistage** était de **3 239/100 000 habitants** en S04, en hausse par rapport à la semaine précédente (2 995 en S03, +8%).

- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés était, en semaine 04, **au-dessus du seuil de 100/100 000 habitants dans 93 départements métropolitains (92 départements en S03)**. Les départements présentant les taux d'incidence (/100 000 habitants) les plus élevés étaient les Alpes-Maritimes (453), les Bouches-du-Rhône (396), le Var (333), le Tarn (310), le Jura (301), la Drôme (285) et la Moselle (276) (Figure 9a).

- Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés dans le Jura, l'Ain, le Tarn et l'Ardèche (9,2%), la Drôme (9,1%), les Alpes-Maritimes (8,9%), le Territoire de Belfort, l'Isère et l'Aisne (8,6%). **Aucun département ne dépassait le seuil de positivité de 10%** en S04 (cinq en S03) (Figure 9b).

- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage (/100 000 habitants)** en S04 étaient les Bouches-du-Rhône (5 386), les Alpes-Maritimes (5 065), Paris (4 922), la Haute-Corse (4 523) et le Var (4 357) (Figure 9c).

En outre-mer

- **En Guadeloupe**, en semaine 04, les indicateurs étaient **stables**, avec un taux d'incidence de 31/100 000 habitants et un taux de positivité de 2,8% (3,2% en S03).

- **En Martinique**, les indicateurs étaient **stables**, avec un taux d'incidence de 21/100 000 habitants et un taux de positivité de 1,8% (2,1% en S03).

- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient **en hausse** avec un taux d'incidence de 306/100 000 habitants (229 en S03) et un taux de positivité de 7,8% (5,1% en S03).

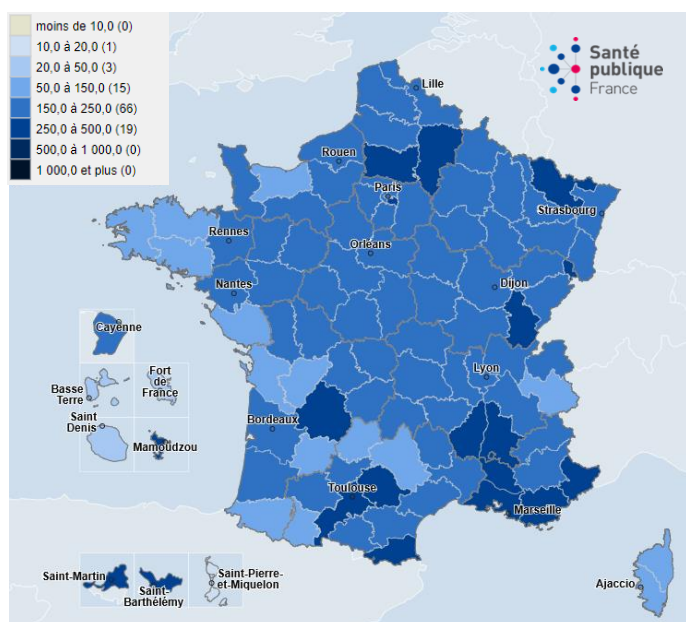
- **En Guyane**, les indicateurs étaient en **baisse** avec un taux d'incidence de 152/100 000 habitants (216 en S03) et un taux de positivité de 6,6% (8,5% en S03).

- **À Mayotte**, les indicateurs étaient en **forte hausse** : le taux d'incidence était de 415/100 000 habitants (268 en S03) et le taux de positivité de 17,0% (13,7% en S03).

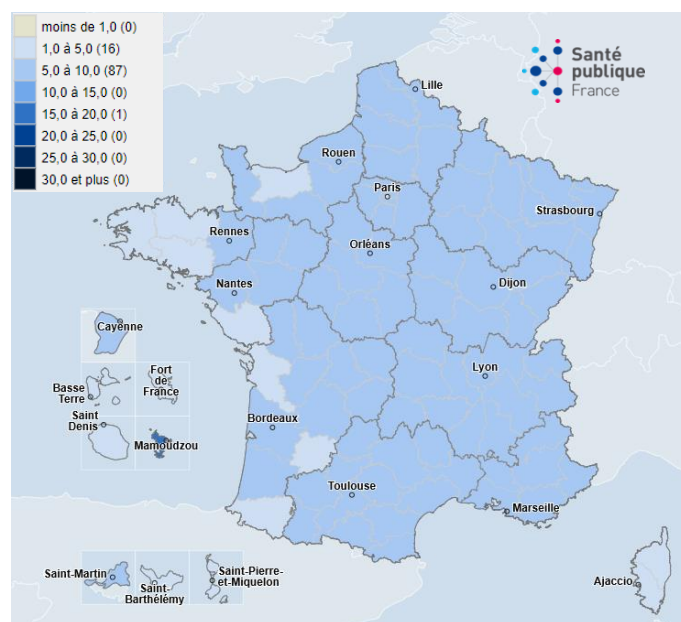
- **À La Réunion**, les indicateurs étaient en **légère hausse** : le taux d'incidence était de 43/100 000 habitants (41 en S03) et le taux de positivité de 2,5% (2,3% en S03).

Figure 9. Taux d'incidence (/100 000 habitants) (9a), de positivité (9b) et de dépistage (nombre de tests/100 000 habitants) (9c) pour le SARS-CoV-2 du 25 au 31 janvier 2021, par département, France (données au 03 février 2021)

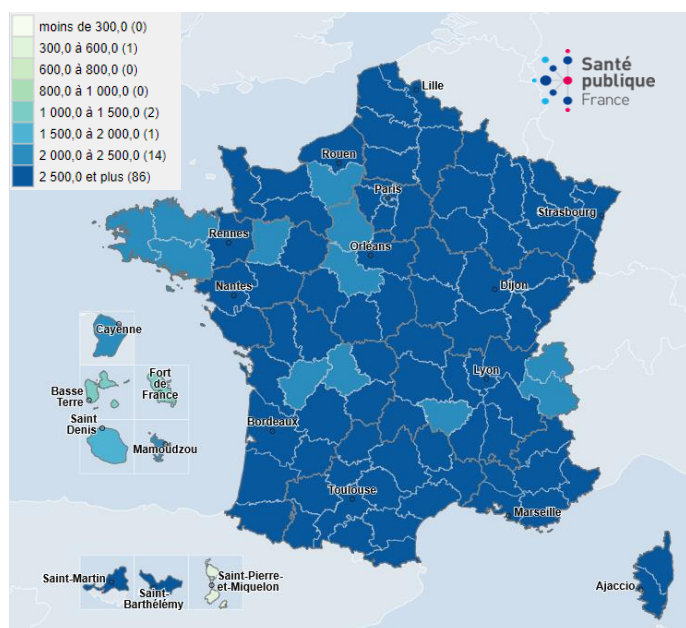
9a



9b



9c



Source : SI-DEP

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

PRÉSENCE DE VARIANTS D'INTÉRÊT EN FRANCE - Résultats préliminaires de l'enquête Flash #2 CNR Virus des infections respiratoires / Santé publique France du 27 janvier 2021

Dans le but d'établir une cartographie de la diffusion des variants d'intérêt 20I/501Y.V1, 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3 en France, une deuxième enquête Flash a été proposée à tous les laboratoires de biologie médicale (LBM) publics et privés par le CNR Virus des infections respiratoires et Santé publique France et en collaboration avec un réseau de virologues hospitaliers coordonné par l'ANRS Maladies Infectieuses Émergentes. L'objectif de cette enquête, conduite le 27 janvier 2021 est d'identifier, parmi les prélèvements avec résultat de RT-PCR COVID-19 positif, d'éventuels cas d'infection aux variants 20I/501Y.V1 (UK), 20H/501Y.V2 (ZA) et 20J/501Y.V3 (BR). Depuis l'enquête Flash #2, le recueil des données se fait en ligne pour en améliorer la qualité et la réactivité.

La recherche de variants repose sur une approche en deux étapes appliquée aux prélèvements pour RT-PCR COVID-19 traités lors de cette journée par les LBM participants. Dans un premier temps, les laboratoires ont utilisé un kit de RT-PCR de criblage pour la mutation N501Y dans la protéine S pour ceux équipés de cette technologie, ou bien un kit de criblage de discordance par RT-PCR (TaqPath™ COVID-19 CE-IVD RT-PCR Kit) commercialisé par la société Thermo Fisher Scientific® (TFS) pour les autres laboratoires (tel que décrit par le laboratoire associé au CNR Virus des infections respiratoires [1]). Dans un second temps et afin de confirmer ces suspicions, les échantillons avec résultat discordant ou de criblage positif pour la mutation N501Y sont analysés par séquençage pour confirmation.

Nous présentons ici les résultats préliminaires de la première étape (identification d'échantillons avec un résultat de criblage), sur la base des données transmises par les laboratoires au 3 février 2021 à 13h00, la consolidation des données de cette enquête n'étant pas terminée et les activités de séquençage étant en cours.

Les principaux résultats, concernant la participation des laboratoires et le nombre de prélèvements inclus, figurent dans le Tableau 1. Pour cette enquête Flash #2, 144 laboratoires ont confirmé leur participation en se connectant à l'application en ligne pour renseigner les données descriptives de leur laboratoire ; **136 laboratoires répartis sur 15 régions de France métropolitaine et d'outre-mer ont renseigné les données Prélèvements (94,4%)**, pour un total de 95 306 prélèvements RT-PCR, dont 7 657 positifs (taux de positivité = 8,0%). Les laboratoires privés (n=32) étaient à l'origine de 68% des prélèvements totaux inclus dans cette enquête.

Tableau 1. Résultats préliminaires à l'échelle nationale, Enquête Flash #2, 27 janvier 2021, France

Nombre de laboratoires participants	136
Nombre de prélèvements RT-PCR inclus	95 306
Nombre de prélèvements avec un résultat RT-PCR positif	7 657

L'analyse suivante (Tableau 2) porte sur les données des LBM ayant saisi leurs résultats de RT-PCR de criblage (N=123) et permet de dénombrer :

- **14,0% de suspicions de variants 20I/501Y.V1 (UK) pour 78 laboratoires utilisant un criblage par technique TFS** (428 discordants pour 3 065 RT-PCR positives)
- **14,6% de suspicions de variants 20I/501Y.V1 (UK) ou 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) pour 45 laboratoires utilisant un criblage par RT-PCR spécifique recherchant la mutation N501Y** (542 mutations pour 3 722 RT-PCR positives)

[1] Bal *et al.* Two-step strategy for the identification of SARS-CoV-2 variant of concern 202012/01 and other variants with spike deletion H69–V70, France, August to December 2020. *Euro Surveill.* 2021;26(3):pii=2100008. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.3.2100008>

Les résultats préliminaires par région confirment l'hétérogénéité régionale observée lors de l'enquête Flash #1 (Tableau 2).

Compte tenu de faibles effectifs (nombre de laboratoires participants et/ou nombre de RT-PCR criblées incluses dans l'analyse), les résultats pour les régions Bourgogne-Franche-Comté, Corse, Pays-de-la-Loire, Guadeloupe et Réunion ne sont pas mentionnés.

Pour les autres régions, les résultats suggèrent une augmentation de la proportion de suspicions de variants parmi l'ensemble des RT-PCR positives. À ce jour, la comparaison des données des enquêtes Flash #1 et Flash #2 est cependant délicate alors que les données ne sont pas consolidées. Par ailleurs et comme lors de la première enquête, l'indication des prélèvements traités par ces LBM (appartenance éventuelle à un cluster ou autre chaîne de transmission, antécédent de voyage) n'est pas connue.

Tableau 2. Proportion de résultats préliminaires de RT-PCR discordants, par région du laboratoire préleveur, Enquête Flash #2, 27 janvier 2021, France

Région du laboratoire préleveur	Laboratoires	RT-PCR			Criblage TFS (suspicion variant 20I/501Y.V1)			Criblage N501Y (suspicion de variant 20I/501Y.V1, 20H/501Y.V2, 20J/501Y.V3)		
		N	N	N+	%	N	N+	%	N	N+
Auvergne-Rhône-Alpes	16	19 102	1 587	8,3	428	21	4,9	893	121	13,5
Bourgogne-Franche Comté*	3	708	-	-	-	-	-	-	-	-
Bretagne	8	3 376	226	6,7	36	0	0,0	137	46	33,6
Centre-Val de Loire	3	1 733	137	7,9	137	9	6,6	-	-	-
Corse*	1	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Grand Est	5	5 129	322	6,3	250	37	14,8	38	9	23,7
Guadeloupe*	1	62	-	-	-	-	-	-	-	-
Hauts de France	13	3 795	467	12,3	245	31	12,7	142	11	7,7
Île-de-France	35	29 136	2 445	8,4	1 195	233	19,5	1 142	206	18,0
La Réunion*	1	384	-	-	-	-	-	-	-	-
Normandie	5	4 732	369	7,8	216	10	4,6	153	8	5,2
Nouvelle Aquitaine	12	5 809	363	6,2	232	31	13,4	62	10	16,1
Occitanie	14	5 935	476	8,0	228	46	20,2	148	15	10,1
Pays de la Loire*	6	2 753	-	-	-	-	-	-	-	-
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13	12 644	1 078	8,5	44	3	6,8	970	109	11,2
Total France	136	95 306	7 857	8,0	3 065	428	14,0	3 722	542	14,6

* Compte tenu de faibles effectifs (nombre de laboratoires participants et/ou nombre de RT-PCR criblées incluses dans l'analyse), les résultats ne sont pas mentionnés pour les régions Bourgogne-Franche-Comté, Corse, Pays de la Loire, Guadeloupe et Réunion. De ce fait, le total France des colonnes N+, qui intègre les valeurs de l'ensemble des régions, diffère de la somme des lignes par région du tableau.

Les résultats de cette deuxième enquête Flash doivent encore être consolidés : ils seront communiqués dès que l'ensemble des données et résultats de séquençage seront disponibles et validés.

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

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

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

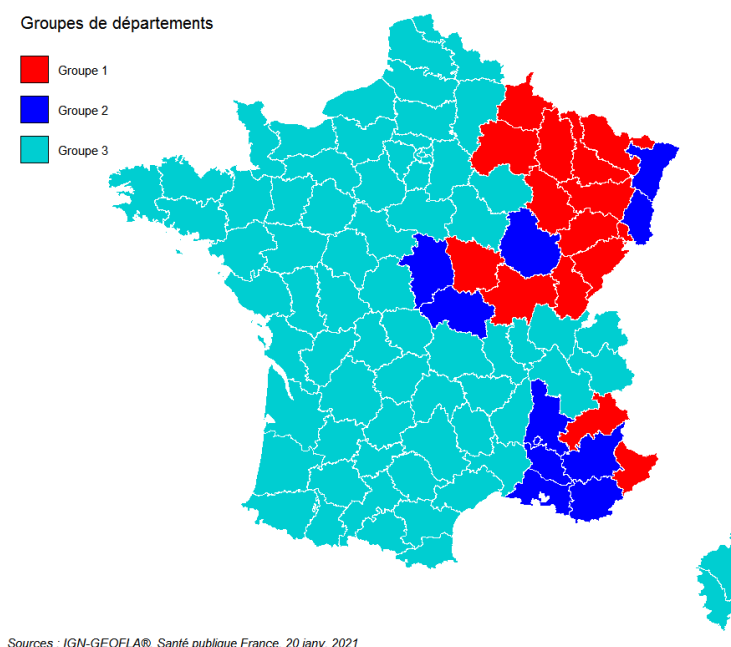
Les départements ont donc été classés selon trois groupes :

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

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

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

Figure 10. Répartition des départements classés par date de mise en place du couvre-feu anticipé, janvier 2021, France métropolitaine



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

• En semaine 03, il était observé une augmentation des taux d'incidence dans le groupe 1 (+5,1%) et de manière encore plus marquée dans le groupe 2 (+15,1%) et dans le groupe 3 (+9,4%).

• En semaine 04, l'évolution des taux d'incidence s'est globalement stabilisée en France métropolitaine. Plus précisément, une légère diminution est observée dans les groupes 1 et 2 (-4,0% et -3,5% respectivement), tandis que dans le groupe 3, une légère augmentation se poursuit (+3,0%) (Figure 11, Tableau 3).

• Le taux de dépistage est en légère augmentation dans les trois groupes (entre +6,3 % et +8,7%), suggérant que la diminution du taux d'incidence observée dans les groupes 1 et 2 n'est pas liée à une baisse de l'activité de dépistage (Tableau 3).

• L'évolution des taux de positivité suit une tendance générale à la diminution, les tendances entre les groupes suivant les mêmes dynamiques que celle des taux d'incidence correspondant. On observe une baisse plus marquée dans les groupes 1 et 2 (-10,3% et -9,3% respectivement) que dans le groupe 3 (-5,2%).

Figure 11. Évolution du taux d'incidence sur 7 jours glissants par groupe de départements, du 27 juin 2020 au 31 janvier 2021, France métropolitaine (données au 03 février 2021)

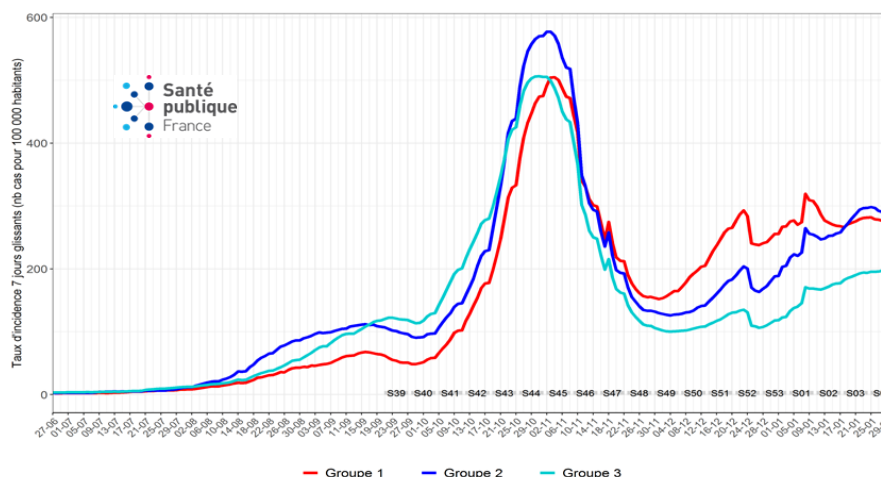


Tableau 3. Variations hebdomadaires des taux d'incidence, de positivité et de dépistage par groupe de départements, du 28 décembre 2020 au 31 janvier 2021, France métropolitaine (données au 03 février 2021)

		S53	S01	S02	S03	S04
Groupe 1	Taux d'incidence	268	308	268	282	270
	S vs S-1 (%)	-	+15,1	-13,0	+5,1	-4,0
Groupe 2	Taux d'incidence	205	255	258	297	286
	S vs S-1 (%)	-	+24,3	+1,3	+15,1	-3,5
Groupe 3	Taux d'incidence	124	169	177	194	200
	S vs S-1 (%)	-	+36,3	+5,0	+9,4	+3,0
Groupe 1	Taux de positivité (%)	8,1	8,4	8,1	8,5	7,6
	S vs S-1 (%)	-	+3,4	-2,8	+4,5	-10,3
Groupe 2	Taux de positivité (%)	6,5	7,1	7,3	8,0	7,3
	S vs S-1 (%)	-	+8,8	+2,9	+9,9	-9,3
Groupe 3	Taux de positivité (%)	4,8	6,0	6,4	6,8	6,4
	S vs S-1 (%)	-	+25,3	+5,1	+7,0	-5,2
Groupe 1	Taux de dépistage	3 302	3 674	3 290	3 307	3 541
	S vs S-1 (%)	-	+11,3	-10,4	+0,5	+7,1
Groupe 2	Taux de dépistage	3 152	3 601	3 543	3 712	3 947
	S vs S-1 (%)	-	+14,2	-1,6	+4,8	+6,3
Groupe 3	Taux de dépistage	2 565	2 791	2 787	2 851	3 098
	S vs S-1 (%)	-	+8,8	-0,1	+2,3	+8,7

- En semaine 03, l'analyse des indicateurs montrait une dégradation de la situation épidémiologique sur les 7 derniers jours (18 au 24 janvier), notamment dans le groupe des départements où le couvre-feu anticipé aurait pu commencer à produire un effet. Ces éléments n'étaient donc pas en faveur d'un impact positif du couvre-feu anticipé, bien qu'une évolution encore plus défavorable aurait pu être observée en l'absence de celui-ci.
- L'analyse pour la **semaine 04** (du 25 au 31 janvier) montre une **évolution plus favorable**, avec une **légère inversion de la tendance dans les premiers départements sous couvre-feu anticipé** (groupes 1 et 2) et une **stabilisation dans les autres** (groupe 3).

ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

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

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

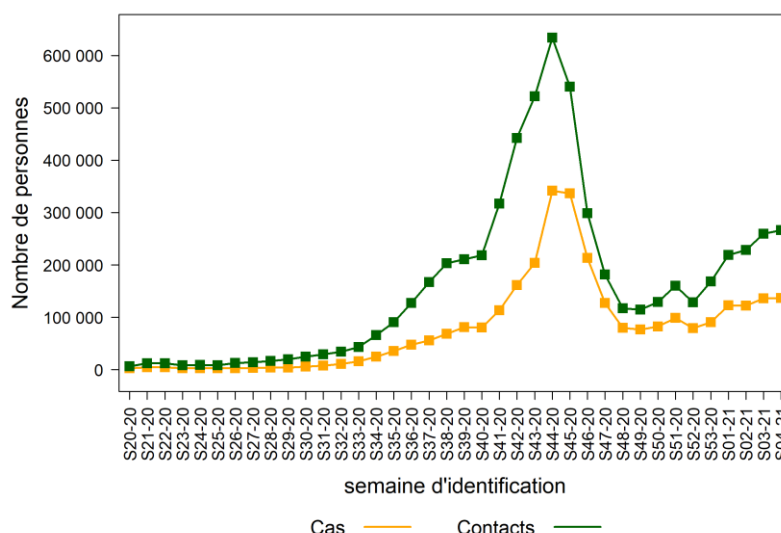
Dans ce chapitre, les tests RT-LAMP sont assimilés à des tests RT-PCR.

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

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

- Au cours de la semaine 04, le nombre de nouveaux cas était stable (136 856 cas vs 136 284 en S03, soit +0,4%), ainsi que le nombre de nouvelles personnes-contacts à risque : 266 325 vs 259 269 en S03, soit +2,7% (Figure 12).
- À Mayotte, 977 nouveaux cas ont été rapportés (244 en S03), ainsi que 1 568 nouvelles personnes-contacts (421 en S03).
- En semaine 04, le **pourcentage de nouveaux cas diagnostiqués par test antigénique restait stable (25,0% en S04 vs 25,2% en S03)**. Toutes les régions ont diagnostiqué davantage de cas par tests RT-PCR que par tests antigéniques, mais ces derniers ont représenté 40% des diagnostics confirmés en Guadeloupe et 37% en Île-de-France durant cette semaine.

Figure 12. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai 2020 au 31 janvier 2021, France



*Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique.

Source : ContactCovid – Cnam

- En semaine 04, l'**âge moyen des cas était de 44 ans** (cette valeur variant entre 44 et 46 ans depuis S46 de 2020) et de 33 ans pour les personnes-contacts (34 ans en S03). Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus était en légère diminution à 7,7% (contre 8,0% en S03).

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

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

● **En semaine 04, la proportion de cas et de personnes-contacts à risque ayant pu être investigués par l'Assurance maladie est restée à un niveau élevé** (93% pour les cas et 95% pour les personnes-contacts).

● La proportion des cas investigués était la plus basse à Mayotte (54%) et à La Réunion (82%), et la plus haute en Auvergne-Rhône-Alpes (99%).

● La proportion des personnes-contacts à risque investiguées était égale ou supérieure à 88% dans toutes les régions, et de 100% à Mayotte.

● À l'échelle nationale, la proportion de cas ayant pu être investigués restait plus importante chez ceux âgés de moins de 75 ans ($\geq 91\%$) que chez ceux âgés de 75 ans et plus (84%).

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

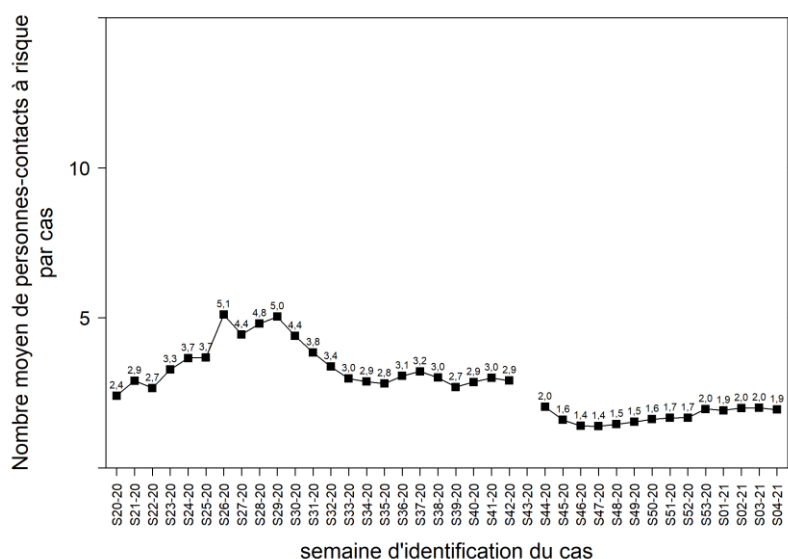
● **Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas est resté stable à 1,9 en S04** (Figure 13).

● La proportion de cas ne rapportant aucune personne-contact à risque était stable à 45,6%. Au niveau régional, cette valeur s'échelonnait entre 36,4% (La Réunion) et 51,5% (Martinique).

● Parmi les cas déclarant au moins une personne-contact à risque, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était stable à 3,6 (vs 3,7 en S03).

● **Les sujets âgés de 14 à 44 ans représentaient 57,5% du total des cas ne rapportant aucun contact à risque**, contre 29,0% pour les 65 ans et plus. Les sujets âgés de 65 ans et plus ne représentaient que 6,5% des cas rapportant plus de 5 personnes-contacts à risque, contre 83,7% pour les 14-64 ans.

Figure 13. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, par semaine, du 13 mai 2020 au 31 janvier 2021, France



Note : indicateur non estimable pour la semaine 43-2020

Source : ContactCovid – Cnam

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

- En semaine 04, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas restait le plus faible chez les cas âgés de 75 ans et plus (0,6 personne-contact à risque par cas, comme en S03) et le plus élevé chez les cas âgés de 15 à 44 ans (2,5 personnes-contacts à risque par cas, comme en S03).
- Les cas âgés de moins de 65 ans avaient peu de contact avec des personnes âgées de 65 ans et plus ($\leq 9,4\%$) (Figure 14).
- Pour la majorité des classes d'âge des cas et des personnes-contacts, le nombre de contacts à risque était toujours globalement intermédiaire entre la situation observée en S42 de 2020 (semaine de début du couvre-feu dans certains territoires) et celle observée en S46 de 2020 (début du deuxième confinement) (Figure 15).

Figure 14. Proportion de contacts de 65 ans et plus, suivant l'âge du cas index, du 13 mai 2020 au 31 janvier 2021, France

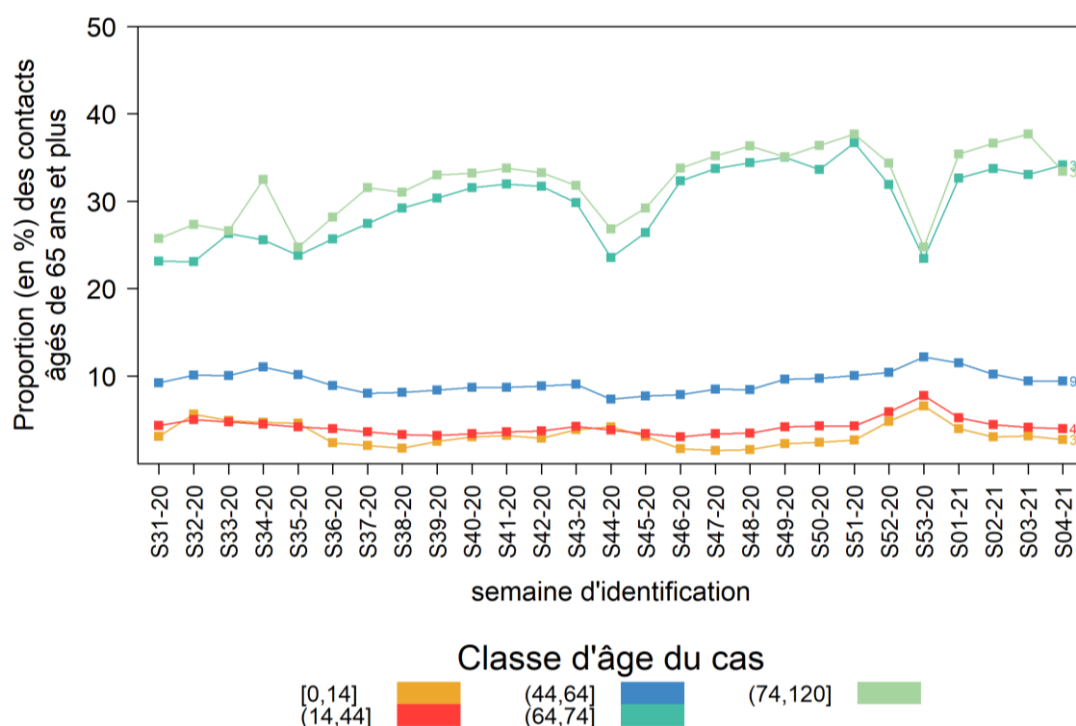
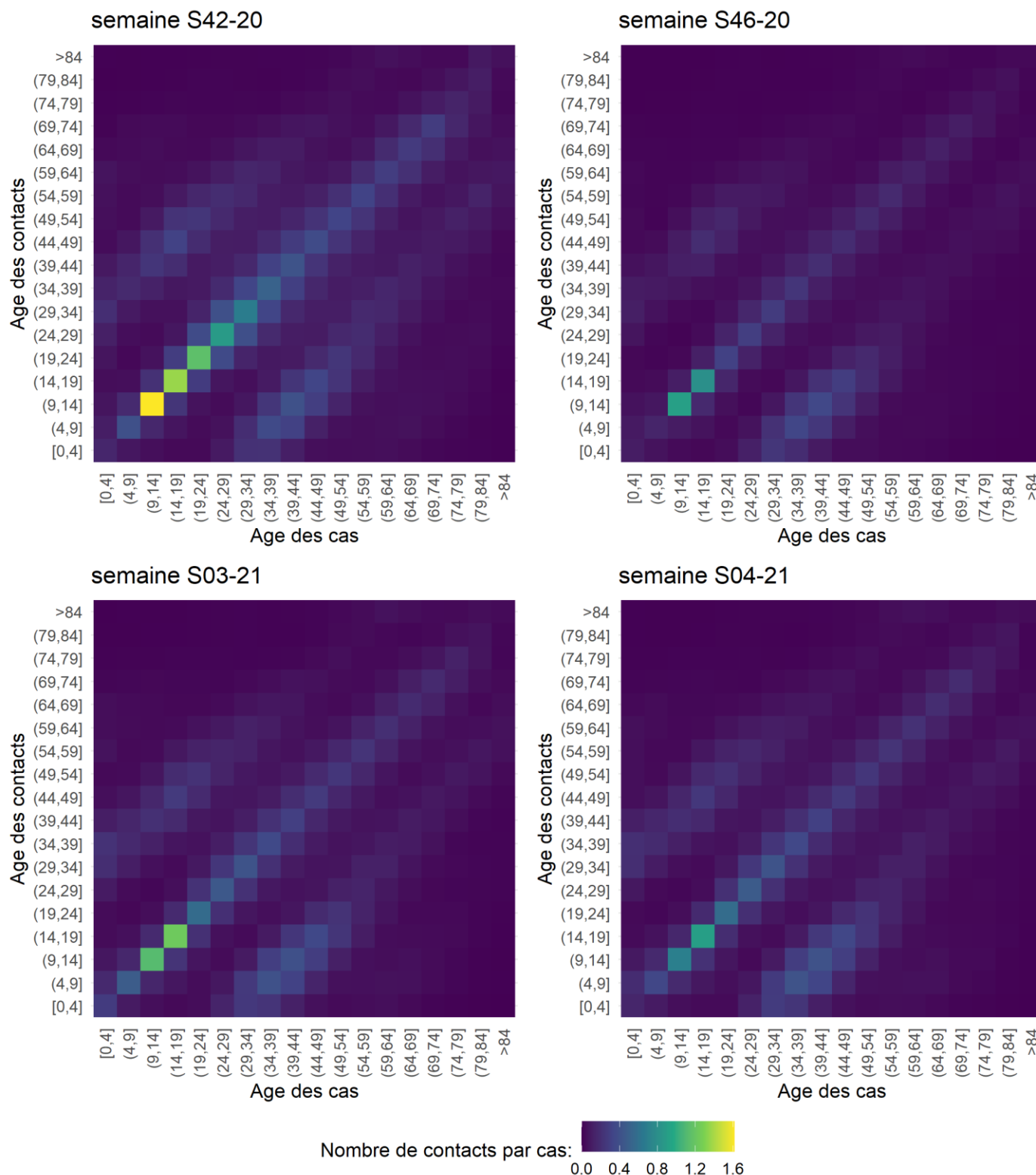


Figure 15. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts, pour les semaines 42-2020 (semaine de début d'un couvre-feu dans certains territoires), 46-2020 (confinement 2), 03 et 04-2021, France



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

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

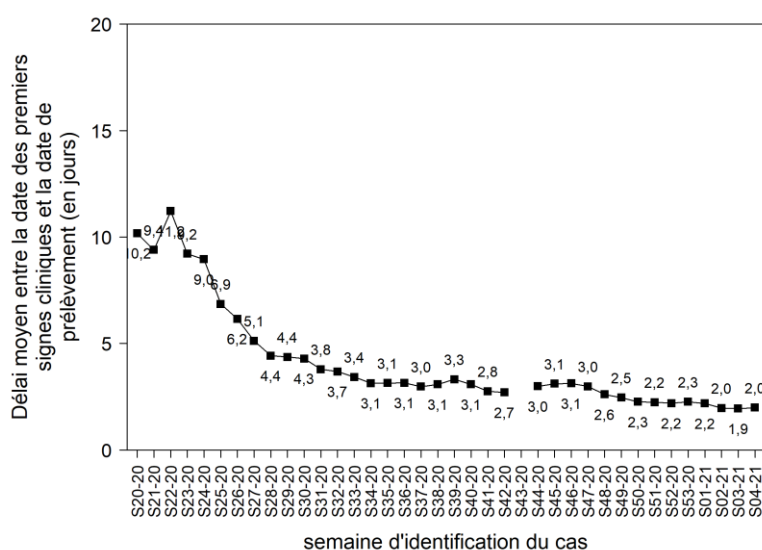
Source : ContactCovid – Cnam.

► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En semaine 04, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour diagnostic par RT-PCR ou tests antigéniques renseignés (soit 53% des cas), **le délai moyen de diagnostic reste estimé à 2,0 jours** (Figure 16). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

- Au niveau régional, les délais de diagnostic s'échelonnaient entre 1,8 jour (Corse) et 3,0 jours (Guyane). Ce délai était également plus élevé en Guadeloupe (2,9 jours). L'indicateur ne peut pas être calculé pour Mayotte (Cf. note en introduction). Le faible nombre de cas dans les départements d'outre-mer rend cependant cet indicateur très volatil dans ces départements, et sujet à des variations importantes.

Figure 16. Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques, par semaine, du 13 mai 2020 au 31 janvier 2021, France



Note : le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et une date de prélèvement renseignées. En semaine 04, cela représente 53% des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un Point épidémiologique à l'autre.

Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020.

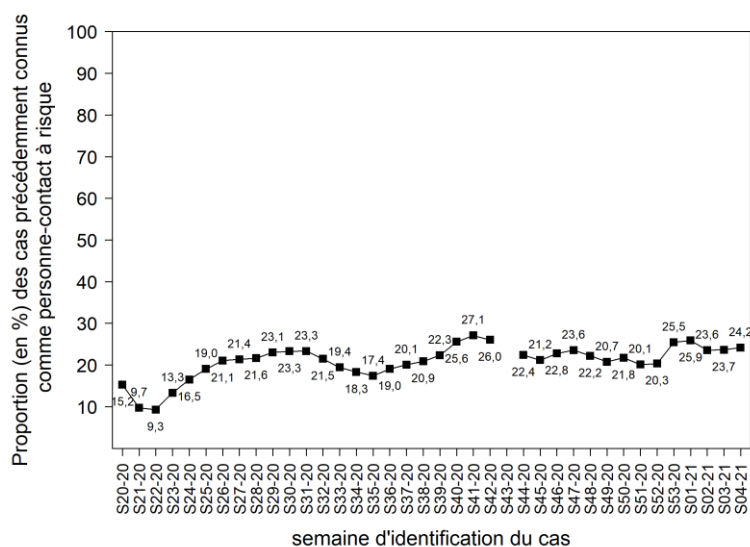
Source : ContactCovid – Cnam

► Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque

- La proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque d'un autre cas a légèrement augmenté (24,2% en S04 vs 23,7% en S03) (Figure 17). La proportion de cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque était la plus faible en Guadeloupe (16,7%), et la plus haute à La Réunion (28,7%) (Figure 18).

- La proportion des personnes-contacts devenues des cas était en diminution, passant de 13,1% à 11,8% (semaine d'identification des personnes-contacts : S03, valeur non entièrement consolidée). Ce nombre était près de 2 fois plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques (13,4%) que de cas asymptomatiques (7,6%).

Figure 17. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 31 janvier 2021, France

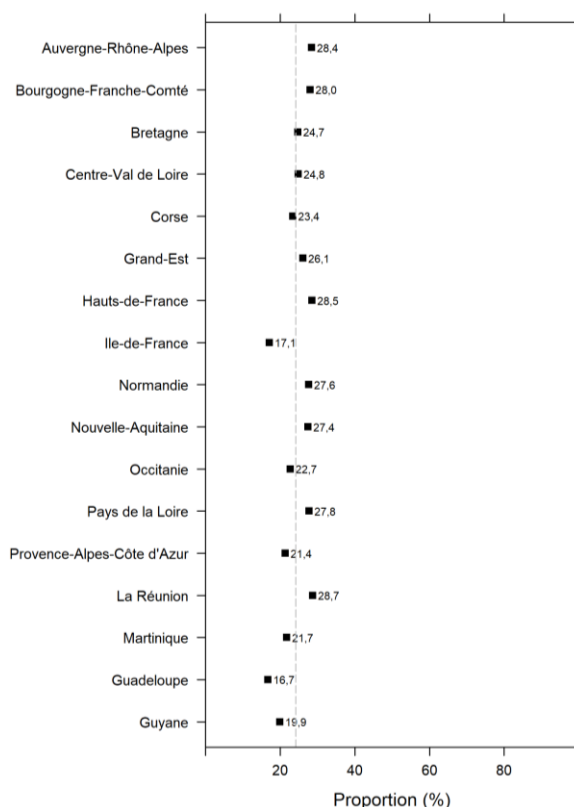


Note : les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un Point épidémiologique à l'autre.

Indicateur non estimable en semaine 43-2020.

Source : ContactCovid – Cnam

Figure 18. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque durant la semaine 03 (du 25 au 31 janvier 2021) par région, France



Note : délai moyen calculé quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.

La ligne verticale correspond à la moyenne nationale.

Source : ContactCovid – Cnam

► Mobilité des cas et des personnes-contacts

- En S04, la proportion de nouveaux cas revenant d'un voyage (hors département ou pays de résidence) était stable à 2,4%, contre 2,6% en S03. Cette proportion n'a pas évolué depuis S51-2020 pour les personnes-contacts (autour de 1%).
- La proportion de personnes-contacts qui n'appartenaient pas au même foyer que le cas index était de 62% (identique en S03).

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

► Données cumulées depuis début mars 2020

- Du 1^{er} mars 2020 au 31 janvier 2021, **25 495** signalements d'un ou plusieurs cas de COVID-19 biologiquement confirmés ou non ont été déclarés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à Santé publique France via le [portail national des signalements](#) du ministère de la Santé (Tableau 4).
- Il s'agissait de **15 739 (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD et autres EHPA) **et 9 756 (38%) dans les autres ESMS** (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 4).
- Parmi les **15 739 signalements en EHPA**, 13 084 (85%) épisodes comprenaient **au moins un cas confirmé** parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 25 495 signalements en ESMS, **175 811 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents (Tableau 4). Parmi les **23 025 décès survenus dans les établissements**, 22 856 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 4. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'ESMS, chez les résidents et le personnel, rapportés entre le 1^{er} mars 2020 et le 31 janvier 2021, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	15 739	6 952	1 118	1 686	25 495
Cas confirmés ⁶	153 219	18 562	1 216	2 814	175 811
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	8 939	339	0	36	9 314
Décès ⁷ établissements	22 856	115	0	54	23 025
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	73 410	14 208	1 303	1 430	90 351

¹Établissement d'hébergement pour personnes âgées

²Établissement d'hébergement pour personnes handicapées

³Établissement de l'Aide sociale à l'enfance

⁴Autres établissements

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

⁶Cas de COVID-19 biologiquement confirmés

⁷Cas possibles et confirmés décédés

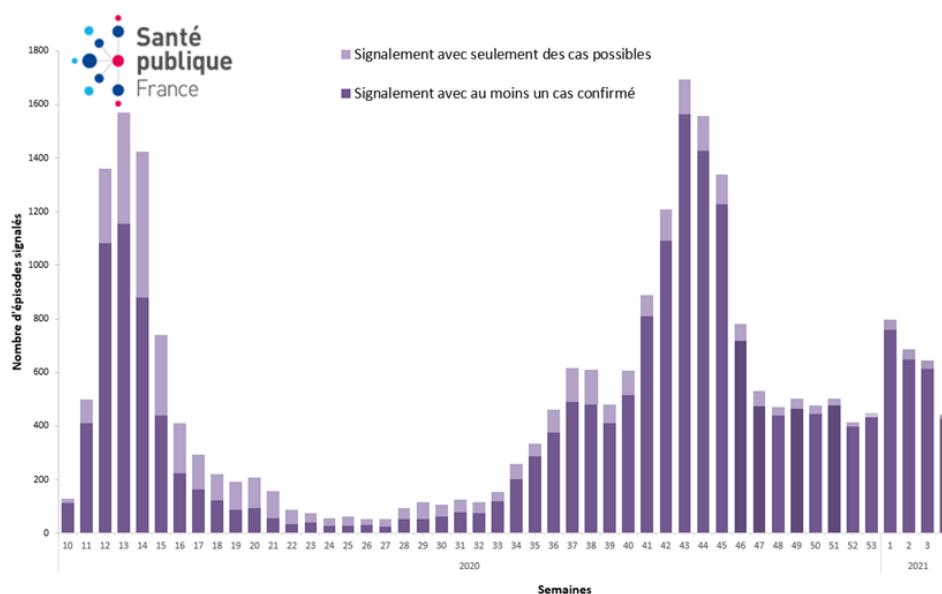
► Données recueillies depuis début juillet 2020

- Depuis début juillet 2020, **le nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS** a augmenté pour atteindre un pic en S43-2020 avec **1 693** signalements enregistrés (Figure 19), puis il a diminué entre les semaines 44 et 48 et s'est stabilisé les semaines suivantes. **Une augmentation du nombre de signalements** a été enregistrée en semaine 01-2021 et une tendance à la baisse est observée depuis la semaine 02. Au total, 646 signalements ont été enregistrés en semaine 03, et **443** en semaine 04 (données non consolidées).
- La proportion d'EHPA par région ayant signalé au moins un nouvel épisode en S04 sur le territoire métropolitain est comprise entre 2% et 4%.
- Depuis le 20 juillet, parmi les 10 446 EHPA, 6 147 (59%) ont déclaré au moins un épisode. Parmi les 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 2 775 (31%) ont déclaré au moins un épisode.

- Depuis fin juillet, **le nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS** a augmenté, pour atteindre un pic en semaine 45 (22 081 cas). Depuis la semaine 46, le nombre de cas confirmés a diminué jusqu'en semaine 53 (7 049 cas en S53 vs 19 749 cas en S46). Le nombre de cas confirmés a augmenté en semaine 01 et 02-2021 et **semble diminuer** depuis, avec **9 476** cas enregistrés en semaine 03-2021 et **8 573** cas en semaine 04-2021 (données de S04 non consolidées) (Figure 20).

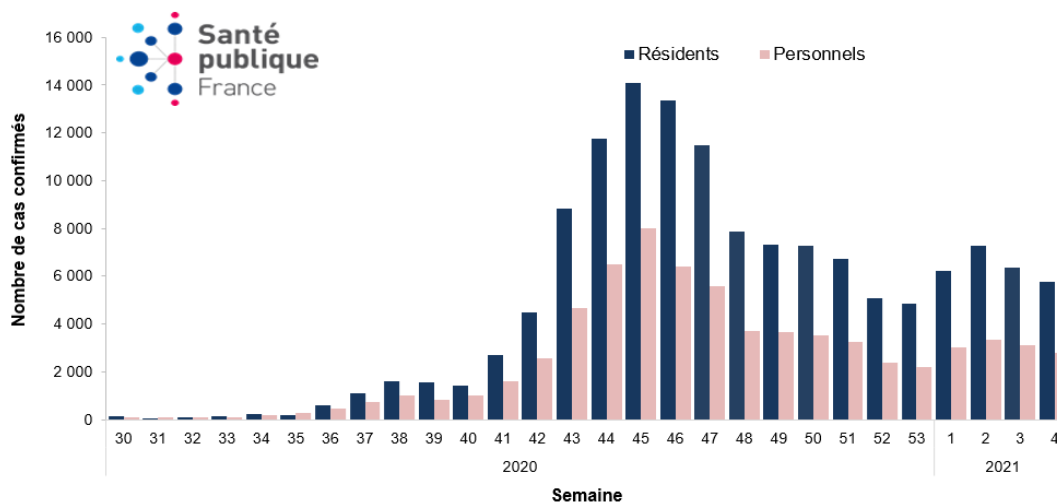
- Dans les EHPA, en semaines 02 et 03-2021, la proportion de nouveaux cas confirmés enregistrés chez les résidents était plus importante en région Provence-Alpes-Côte d'Azur que dans les autres régions ; en semaine 04-2021 elle semble diminuer (Figure 21). On constate également une **diminution de la proportion de nouveaux cas confirmés dans la région du Grand Est en semaine 04** par rapport à la semaine 03. Cette proportion a été calculée en rapportant le nombre de cas confirmés chez les résidents en EHPA au nombre total de résidents en EHPA par région.

Figure 19. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 en ESMS, par date de début des signes du premier cas, entre le 1^{er} mars 2020 et le 31 janvier 2021, France



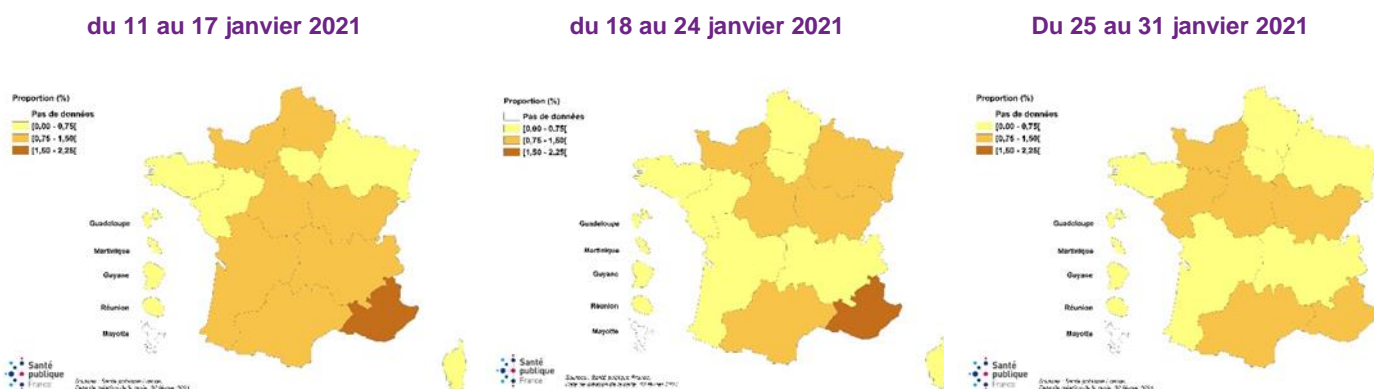
* Semaine 04 : données non consolidées

Figure 20. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 31 janvier 2021, France



* Semaine 04 : données non consolidées

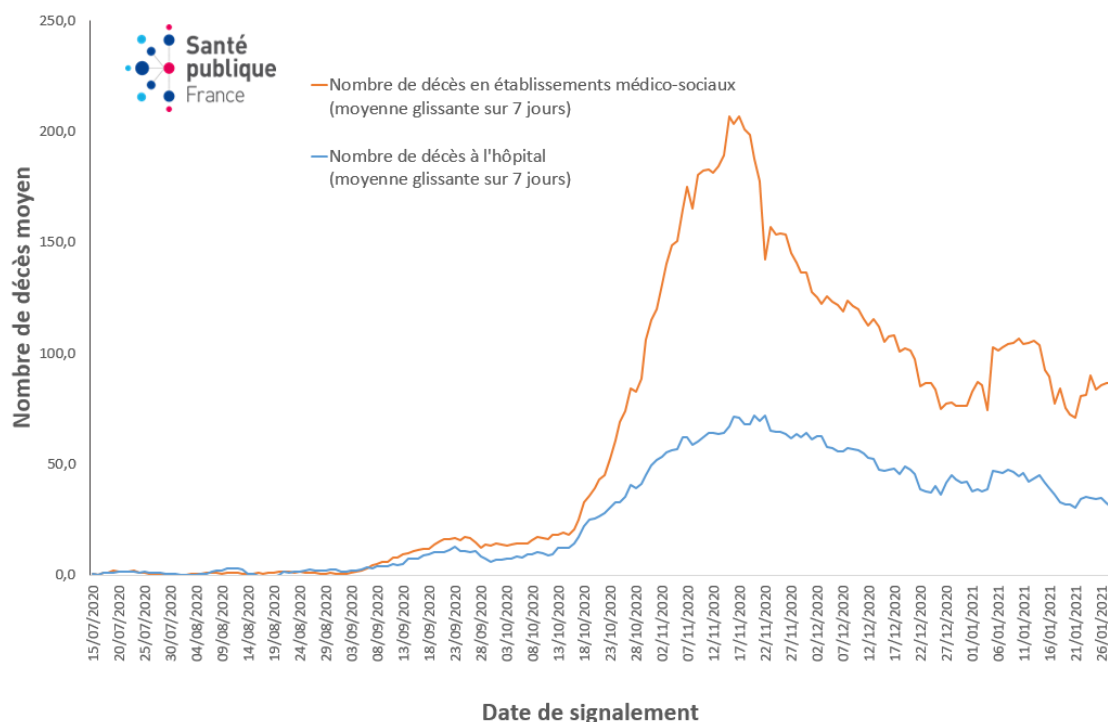
Figure 21. Proportion de nouveaux cas confirmés de COVID-19 chez les résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) par semaine depuis le 11 janvier 2021, par région, France



* Semaine 04 : données non consolidées

- Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36, **le nombre de décès en établissement d'accueil dans les ESMS** a augmenté de la semaine 37 à la semaine 46 (S46 : 1 490 décès), a diminué jusqu'en semaine 48 puis s'est stabilisé. Le nombre de décès a augmenté en semaine 53 avec 649 décès enregistrés, puis **s'est stabilisé**. En semaine **04-2021**, **345 décès ont été enregistrés** (données non consolidées).
- Le nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès dans l'ensemble des ESMS **semble se stabiliser pour les décès en établissement et diminuer pour les décès à l'hôpital** (Figure 22). La consolidation des données permettra de confirmer l'évolution observée.

Figure 22. Nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents en ESMS, par date de signalement du décès, rapportés entre le 15 juillet 2020 et le 31 janvier 2021, France



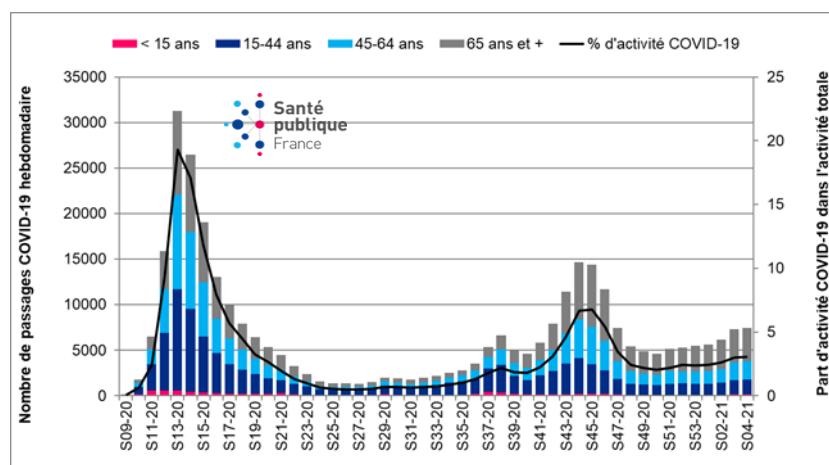
Dernières données de décès le 28 janvier 2021 pour l'estimation de la moyenne glissante sur 7 jours

Semaine 04 : données non consolidées

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

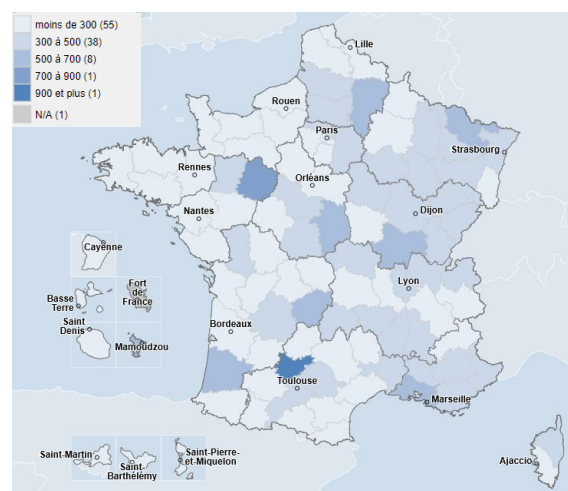
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **348 454 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 02 février 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période) (Figure 23).
- **En semaine 04** (du 25 au 31 janvier 2021), **7 396 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (7 312 passages en S03, +1%). Ce nombre était stable après deux semaines de hausse consécutives.
- La part d'activité était stable (3,0% en S04 et S03). Le nombre d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était stable (58% en S04 et S03).
- Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en hausse modérée chez les 15-74 ans (+3% soit +124 passages) et stables dans toutes les autres classes d'âge. La **répartition du nombre de passages par classe d'âge** était comparable à la semaine précédente : 0-4 ans : 1%, 5-14 ans : 1%, 15-44 ans : 21%, 45-64 ans : 27%, 65-74 ans : 17%, 75 ans et plus : 33%.
- **Au niveau régional**, les passages pour suspicion de COVID-19 étaient en hausse dans quatre régions métropolitaines : Occitanie (+14% soit +74 passages), Pays de la Loire (+16% soit +52 passages), Nouvelle-Aquitaine (+9% soit +51 passages) et Centre-Val de Loire (+13% soit +28 passages). Une augmentation des passages était également observée à Mayotte (+189% soit +36 passages).
- En semaine 04, comme les précédentes semaines, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité était enregistrée en Île-de-France (17%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (15%), Auvergne-Rhône-Alpes (13%) et Grand Est (10%).

Figure 23. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 24 février 2020, France



Source : OSCOUR®

Figure 24. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 04-2021, France



Source : OSCOUR®

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

NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

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

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

- L'estimation du nombre de reproduction effectif en **France métropolitaine est supérieure à 1 de façon significative dans deux des trois sources de données**. Ainsi, à partir des données virologiques (tests RT-PCR et tests antigéniques SI-DEP), l'estimation au 30 janvier est de **1,04** (IC95% [1,03-1,04]). À partir des passages aux urgences (OSCOUR®) pour suspicion de COVID-19, l'estimation du nombre de reproduction au 30 janvier est de **1,05** (IC95% [1,03-1,08])

En revanche, à partir des données d'hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), l'estimation au 31 janvier repasse en dessous de 1 : **0,99** (IC95% [0,97-1,01]) (Tableau 5 et Figure 25).

- Au 30 janvier 2021, les estimations des **R -effectif à partir des données virologiques SI-DEP sont significativement supérieures à 1 dans 9 des 13 régions métropolitaines** : Bretagne, Centre Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Tableau 5). Les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Corse présentent un R -effectif égal ou supérieur à 1 de façon non significative.

- À partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), les estimations du nombre de reproduction au 30 janvier 2021 sont significativement supérieures à 1 **dans trois régions métropolitaines** : Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie. Elles sont supérieures à 1 mais de façon non significative dans sept autres régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Corse, Grand Est, Hauts-de-France, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

- À partir des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC, les estimations du nombre de reproduction au 31 janvier sont significativement supérieures à 1 **dans deux régions métropolitaines** : Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elles sont supérieures à 1 mais de façon non significative dans quatre autres régions : Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse et Nouvelle-Aquitaine.

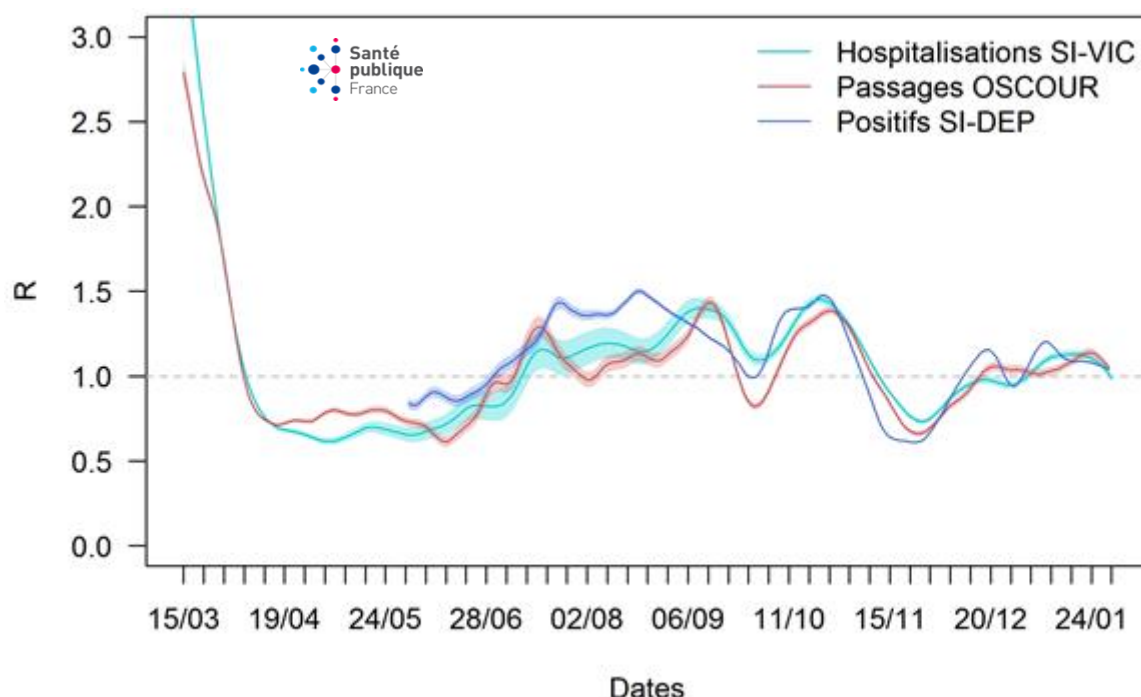
- **Les estimations du nombre de reproduction sont significativement supérieures à 1 dans les trois sources de données en Occitanie.**

- **En Outre-mer**, les estimations du nombre de reproduction au 30 janvier sont significativement supérieures à 1 à **La Réunion et à Mayotte à partir des données virologiques SI-DEP et à Mayotte à partir des deux autres sources** (passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC).

Les estimations du nombre de reproduction excèdent 1 mais sans être significatives en Guadeloupe et Martinique à partir des données virologiques SI-DEP, ainsi qu'à La Réunion à partir des hospitalisations rapportées dans 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;178:1505-12.

Figure 25. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP), des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), du 15 mars 2020 au 30 janvier 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 5. Nombre de reproduction effectif du 30 janvier 2021 à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), et nombre de reproduction effectif du 31 janvier à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) par région, France

Territoire	Régions	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1.00 (0.98-1.01)	1.04 (0.97-1.11)	0.96 (0.91-1.02)
	Bourgogne-Franche-Comté	0.95 (0.93-0.97)	0.98 (0.90-1.07)	0.91 (0.84-0.98)
	Bretagne	1.08 (1.05-1.12)	0.93 (0.79-1.07)	1.11 (0.98-1.24)
	Centre-Val de Loire	1.04 (1.01-1.07)	1.12 (0.98-1.26)	1.02 (0.92-1.13)
	Corse	1.07 (0.96-1.17)	1.11 (0.76-1.54)	1.08 (0.70-1.53)
	Grand Est	1.02 (1.00-1.03)	1.05 (0.98-1.13)	0.96 (0.90-1.02)
	Hauts-de-France	1.05 (1.03-1.07)	1.06 (0.97-1.15)	0.93 (0.87-1.00)
	Ile-de-France	1.08 (1.07-1.10)	1.08 (1.02-1.14)	0.96 (0.91-1.01)
	Normandie	0.98 (0.95-1.00)	0.96 (0.84-1.09)	0.92 (0.84-1.01)
	Nouvelle-Aquitaine	1.08 (1.06-1.10)	1.11 (1.03-1.20)	1.04 (0.96-1.12)
	Occitanie	1.06 (1.05-1.08)	1.09 (1.01-1.18)	1.09 (1.01-1.17)
	Pays de la Loire	1.05 (1.03-1.08)	1.09 (0.98-1.20)	0.98 (0.89-1.07)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1.02 (1.00-1.03)	1.04 (0.99-1.11)	1.06 (1.01-1.12)
	France métropolitaine	1.04 (1.03-1.04)	1.05 (1.03-1.08)	0.99 (0.97-1.01)
France ultramarine	Guadeloupe	1.01 (0.83-1.21)	NC	NC
	Guyane	0.70 (0.63-0.76)	0.66 (0.45-0.89)	0.75 (0.53-1.01)
	La Réunion*	1.19 (1.07-1.31)	0.71 (0.37-1.15)	1.09 (0.63-1.67)
	Martinique	1.06 (0.84-1.31)	NA	NC
	Mayotte	1.47 (1.39-1.56)	2.03 (1.49-2.66)	1.85 (1.45-2.29)

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

* 20% de cas importés

Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

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

- Depuis le 1^{er} mars 2020, **2 017** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Parmi les **309 453 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 6) :
 - l'âge médian des patients est de 73 ans et 53% sont des hommes ;
 - **54 213** patients sont décédés : **75%** étaient âgés de 75 ans et plus et **58%** étaient des hommes ;
 - **226 896** patients sont retournés à domicile.
- Le **02 février 2021**, **28 071 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France, dont 3 280 en services de réanimation.**

Tableau 6. Nombre de personnes hospitalisées (dont en réanimation) pour COVID-19 le 02 février 2021 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

	Le 02 février 2021				Depuis le 1 ^{er} mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	28 071		3 280		226 896		54 213	
Classes d'âge *								
Total	27 844		3 250		225 073		53 910	
0-14 ans	58	<1	10	<1	2 675	1	5	<1
15-44 ans	957	3	159	5	27 705	12	389	1
45-64 ans	4 195	15	985	30	57 262	25	4 297	8
65-74 ans	5 921	21	1 277	39	44 266	20	8 792	16
75 et +	16 713	60	819	25	93 165	41	40 427	75
Régions *								
Total	28 029		3 270		226 865		54 187	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	3 821	14	411	13	33 171	15	8 153	15
Bourgogne-Franche-Comté	1 785	6	157	5	12 303	5	3 393	6
Bretagne	731	3	45	1	4 058	2	932	2
Centre-Val de Loire	1 142	4	145	4	6 620	3	1 688	3
Corse	59	<1	7	<1	557	<1	125	<1
Grand Est	2 976	11	344	11	25 157	11	7 276	13
Hauts-de-France	2 594	9	291	9	20 896	9	5 391	10
Île-de-France	5 403	19	713	22	60 005	26	13 475	25
Normandie	1 397	5	113	3	7 369	3	1 911	4
Nouvelle-Aquitaine	1 584	6	224	7	9 619	4	2 328	4
Occitanie	1 838	7	262	8	12 135	5	2 682	5
Pays de la Loire	1 075	4	98	3	7 492	3	1 752	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 397	12	423	13	22 767	10	4 689	9
Outre-Mer								
La Réunion	22	<1	2	<1	795	<1	56	<1
Martinique	17	<1	3	<1	384	<1	45	<1
Mayotte	88	<1	11	<1	603	<1	47	<1
Guadeloupe	52	<1	5	<1	796	<1	171	<1
Guyane	48	<1	16	<1	2 138	1	73	<1

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

Source : SI-VIC

• Après avoir augmenté entre les semaines 01 et 03, le nombre de déclarations de nouvelles hospitalisations se stabilise en semaine 04 : **11 117 nouvelles hospitalisations** ont été déclarées en S04 contre **11 155** en S03 (Figure 26a).

Le **taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19** est resté stable à **16,6/100 000 habitants** en S04.

Figure 26a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 31 janvier 2021)

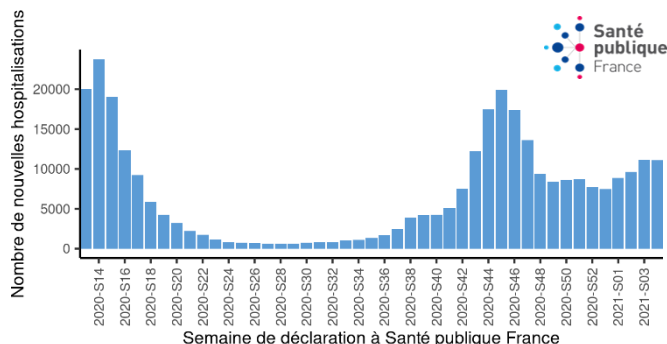
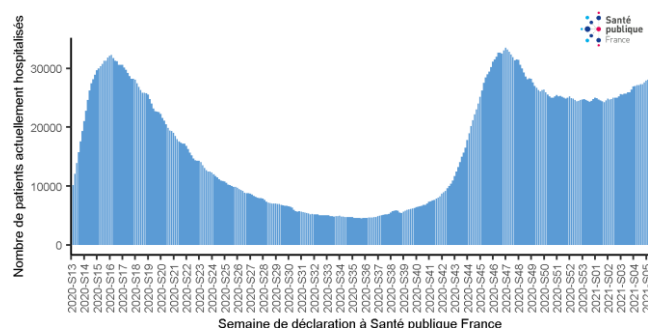


Figure 26b. Nombre de cas de COVID-19 en cours d'hospitalisation, par jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 02 février 2021)



Source : SI-VIC

• En semaine 04, le **taux hebdomadaire d'hospitalisations en France métropolitaine** a augmenté en **Occitanie (+17%), Île-de-France (+14%), Bretagne (+10%), Centre-Val de Loire (+10%)** et **Corse (+8%)**. Il est resté stable ou a diminué dans les autres régions de France métropolitaine.

• Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** en semaine 04 ont été enregistrés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur (30,6/100 000 habitants), Bourgogne-Franche-Comté (23,5), Grand Est (19,4), Auvergne-Rhône-Alpes (18,0), Centre-Val de Loire (17,1)** et **Hauts-de-France (16,8)**. Les autres régions enregistraient des taux inférieurs à 16,6 pour 100 000 habitants (Figure 27).

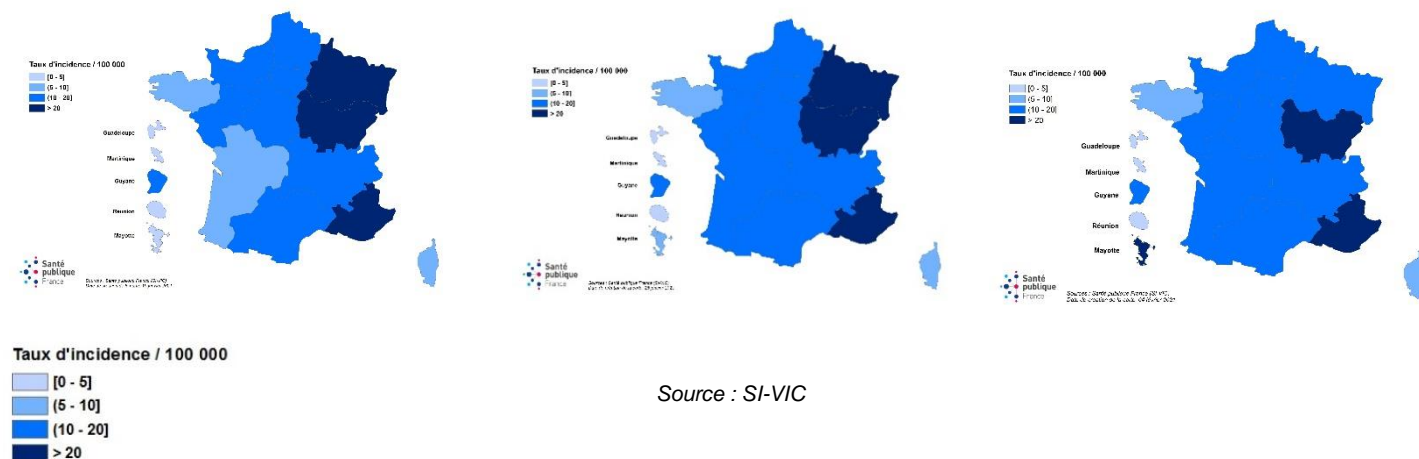
• Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 04, le **plus fort taux d'hospitalisations** était observé à **Mayotte** avec 25,0/100 000 habitants, en **augmentation** par rapport à la S03 (7,2). Une **augmentation** était aussi observée à **Guadeloupe** (4,0 vs 1,1 en S03, soit +11 hospitalisations) et en **Martinique** (2,0 vs 0,6 soit +5 hospitalisations). Les taux d'hospitalisations sont stables ou en baisse dans les autres régions d'outre-mer.

Figure 27. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 11 au 31 janvier 2021 (S02 à S04), France

du 11 au 17 janvier 2021

du 18 au 24 janvier 2021

du 25 au 31 janvier 2021



Source : SI-VIC

• L'augmentation du nombre de déclarations de **nouvelles admissions en services de réanimation** observée entre les semaines 01 et 03 se poursuit en S04 : **1 800** nouvelles admissions en services de réanimation ont été déclarées en S04 contre **1 706** en S03, soit +6%. Cette augmentation est plus faible que celle observée entre les semaines 02 et 03 (+20%) (Figure 28a).

Le taux hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de réanimation était de **2,7/100 000 habitants** en S04 vs **2,5** en S03.

Figure 28a. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 31 janvier 2021)

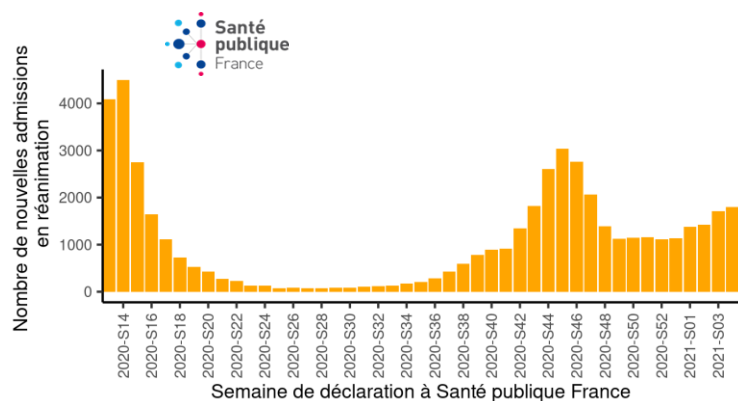
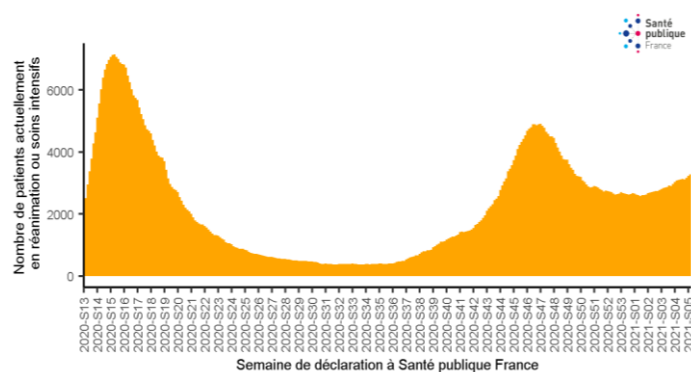


Figure 28b. Nombre de cas de COVID-19 en services de réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 02 février 2021)



Source : SI-VIC

• En semaine 04, **le taux hebdomadaire de nouvelles admissions en services de réanimation a augmenté** dans toutes les régions de France métropolitaine, excepté en **Corse** (-40%, soit moins 4 admissions), **Pays de la Loire** (-17%), **Bourgogne-Franche-Comté** (-16%), **Hauts-de-France** (-13%) et **Grand-Est** (-7%).

• Les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de réanimation** étaient rapportés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (4,6/100 000 habitants), **Centre-Val de Loire** (3,4), **Île-de-France** (3,1), **Grand Est** (3,0), **Auvergne-Rhône-Alpes** (3,0), **Bourgogne-Franche-Comté** (2,9). Les autres régions de France métropolitaine rapportaient des taux inférieurs à 2,7 pour 100 000 habitants (Figure 29).

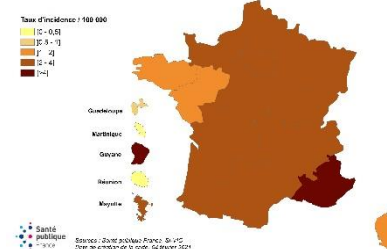
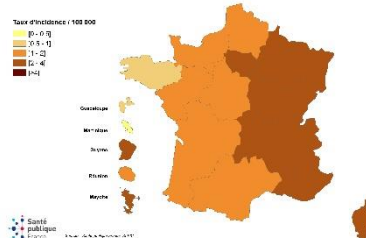
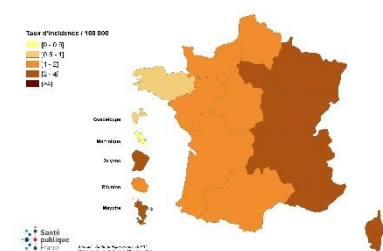
• Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 04, **le plus fort taux hebdomadaire d'admissions en services de réanimation** de patients COVID-19 était observé en **Guyane** (4,5/100 000 habitants), en augmentation par rapport à la semaine 03 (+5 admissions). Les effectifs des admissions en services de réanimation dans les autres régions d'outre-mer sont tous inférieurs à 7 en S04, rendant les différences par rapport à la semaine 03 peu interprétables.

Figure 29. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 11 au 31 janvier 2021 (S02 à S04), France

du 11 au 17 janvier 2021

du 18 au 24 janvier 2021

du 25 au 31 janvier 2021



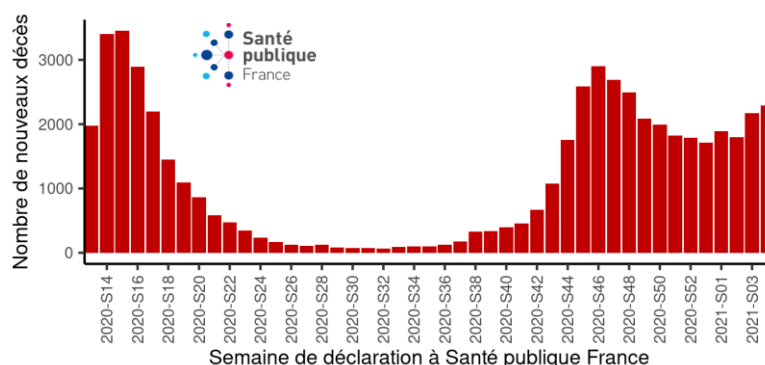
Taux d'incidence / 100 000

- [0 - 0,5]
- (0,5 - 1]
- (1 - 2]
- > 2

Source : SI-VIC

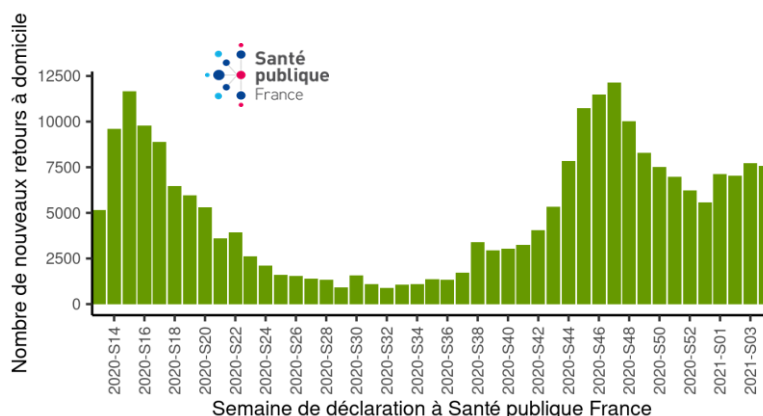
- En semaine 04, le nombre de **déclarations de décès** survenus au cours d'une hospitalisation a légèrement augmenté, avec **2 288** décès en S04 contre **2 175** en S03, soit +5%. Cette augmentation est plus faible que celle observée entre les semaines 02 et 03 (+21%) (Figure 30).

Figure 30. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 31 janvier 2021)



- Le nombre de déclarations de **retours à domicile** après une hospitalisation est stable en S04 : **7 573** contre **7 725** en S03, soit -2% (Figure 31).

Figure 31. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France (données au 31 janvier 2021)



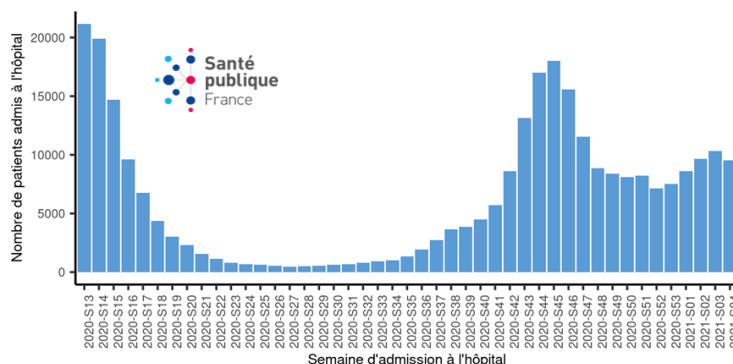
Source : SI-VIC

NB. Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en services de 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 26a, 28a, 30, 31) sont présentés par date de déclaration. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figures 32 et 33) ou par date de décès (Figure 34). Toutefois, les données de la S04 ne sont pas consolidées pour ces dernières.

- Le nombre de nouvelles hospitalisations a augmenté en S03 (+7% par rapport à S02, données consolidées). Les données de S04 ne sont pas encore consolidées (-8% entre S03 et S04). (Figure 35).

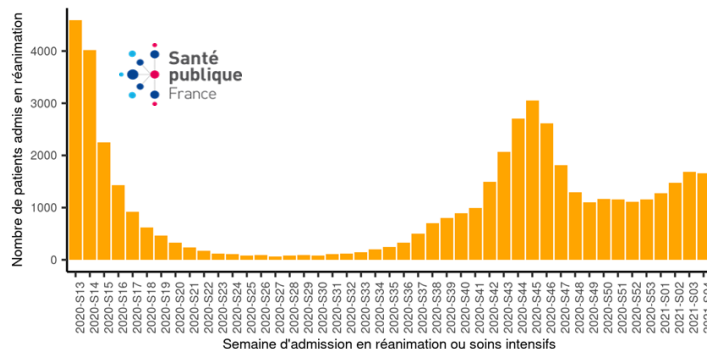
Figure 32. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis à l'hôpital, par semaine d'admission à l'hôpital, depuis le 24 février 2020, France (données au 02 février 2021)



Semaine 04 : données non consolidées / Source : SI-VIC

- Le nombre de nouvelles admissions en services de réanimation a augmenté en S03 (+14% par rapport à S02, données consolidées). Les données de S04 ne sont pas encore consolidées (-2% entre S03 et S04) (Figure 33).

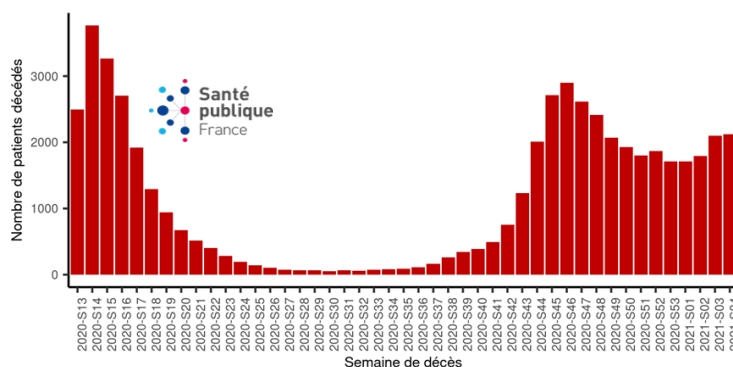
Figure 33. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis en service de services de réanimation pendant leur hospitalisation, par semaine d'admission en services de réanimation, depuis le 24 février 2020, France (données au 02 février 2021)



Semaine 04 : données non consolidées / Source : SI-VIC

- Le nombre de décès a augmenté en S03 (+17% par rapport à S02, données consolidées). Les données de S04 ne sont pas encore consolidées (+1% entre S03 et S04) (Figure 34).

Figure 34. Nombre hebdomadaire de décès à l'hôpital de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 02 mars 2020, France (données au 02 février 2021)



Semaine 04 : données non consolidées / Source : SI-VIC

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

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

- Entre le 05 octobre 2020 et le 02 février 2021, parmi les **5 916 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19**, **71% étaient des hommes** ; l'âge médian des patients était de **68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]) et 62% étaient âgés de 65 ans et plus ; 77 étaient des professionnels de santé.

- 89% des patients admis en réanimation présentaient au moins une comorbidité**, et cette proportion était de **84% parmi ceux âgés de moins de 65 ans**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'**hypertension artérielle** (45%), l'**obésité** (IMC \geq 30kg.m⁻²) (45% des cas signalés dont l'IMC était renseigné) et le **diabète** (31%) (Tableau 7).

- Parmi les 4 518 patients pour lesquels l'information était renseignée, 46% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 4 801 patients : 46% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 42% d'une ventilation invasive et 3% d'une assistance extracorporelle (ECMO/ECCO₂R) au cours de leur séjour en réanimation.

- 1 089 décès** ont été rapportés à ce jour, dont 3 chez des professionnels de santé. **L'âge médian des personnes décédées était de 74 ans** (IIQ : [67-79]) ; 82% des personnes décédées étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 1 069 patients ; parmi eux, 1 011 (95%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (52%), l'obésité (40% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (38%) (Tableau 7). Entre le 05 octobre 2020 et le 02 février 2021, 3 273 sorties de réanimation ont été rapportées.

Tableau 7. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 02 février 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France (données au 02 février 2021)

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=5 916)		Cas décédés en réanimation (n=1 089)	
	n	%	n	%
0-14 ans	17	<1	0	-
15-44 ans	337	6	21	2
45-64 ans	1 871	32	173	16
65-74 ans	2 177	37	402	37
75 et +	1 478	25	492	45
Non renseigné	36		1	
Comorbidités ¹	n		n	
	n	% ²	n	% ²
Aucune	629	11	58	5
Au moins une comorbidité	5 140	89	1 011	95
Hypertension artérielle	2 616	45	560	52
Obésité (IMC \geq 30) ³	2 334	45	379	40
Diabète	1 799	31	351	33
Pathologie cardiaque	1 455	25	403	38
Pathologie pulmonaire	1 221	21	267	25
Pathologie rénale	500	9	157	15
Immunodépression	417	7	120	11
Cancer	400	7	118	11
Pathologie neuromusculaire	186	3	56	5
Pathologie hépatique	132	2	52	5
Autre	871	15	180	17
Non renseigné	147		20	

¹Un patient peut présenter plusieurs comorbidités parmi celles listées dans le tableau.

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

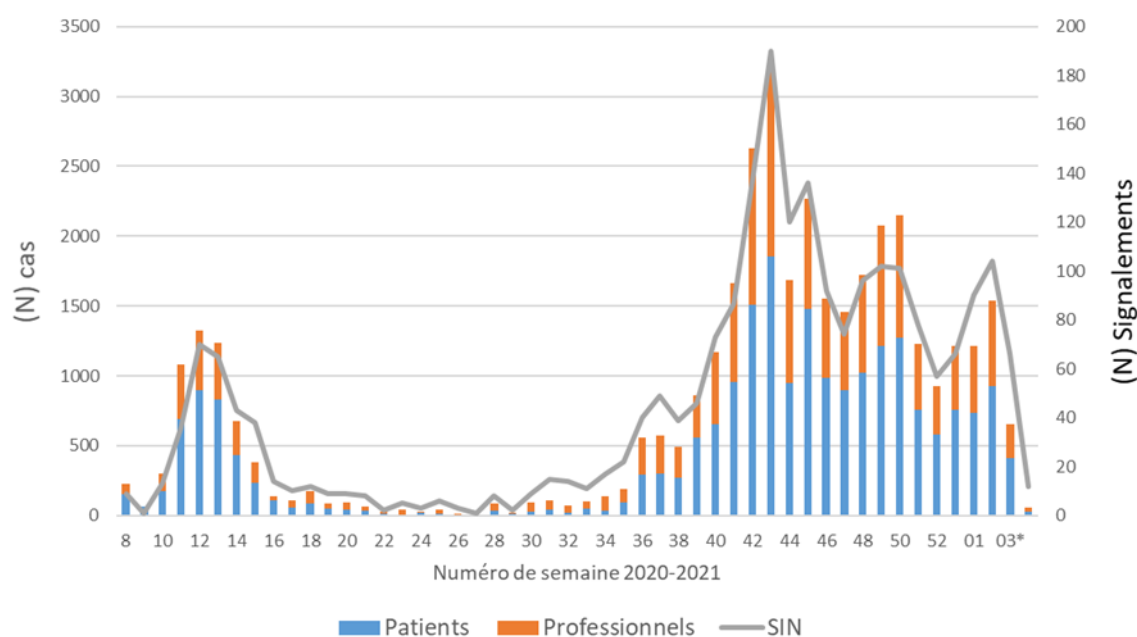
³La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients dont l'IMC est renseigné (n=5 222 et n=946 pour les cas décédés).

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

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

- Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 janvier 2021, **3 312 signalements de COVID-19 nosocomiaux** ont impliqué 39 085 cas : 23 528 patients (172 décès liés), 15 547 professionnels et 10 visiteurs. Parmi ces signalements, **2 310 correspondaient à des cas groupés** (au moins 3 cas liés).
- Depuis la fin décembre, une nouvelle reprise des signalements de cas groupés de COVID-19 nosocomiaux est observée. Les données des dernières semaines ne sont pas consolidées. (Figure 35).
- Les **signalements de cas groupés** de COVID-19 nosocomiaux correspondaient à **37 797 cas** : 22 642 patients (150 décès liés) et 15 155 professionnels. Parmi les signalements de cas groupés survenus en établissements de santé (n=2 310), la part des professionnels reste stable dans le temps, représentant 40% de l'ensemble des cas (Figure 35).

Figure 35. Nombre de patients et de professionnels positifs pour le SARS-CoV-2 des signalements de cas groupés de COVID-19 nosocomiaux et évolution de la courbe du nombre de signalements de cas groupés de COVID-19 nosocomiaux, par semaine du premier cas, entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 janvier 2021, France (N=37 797)



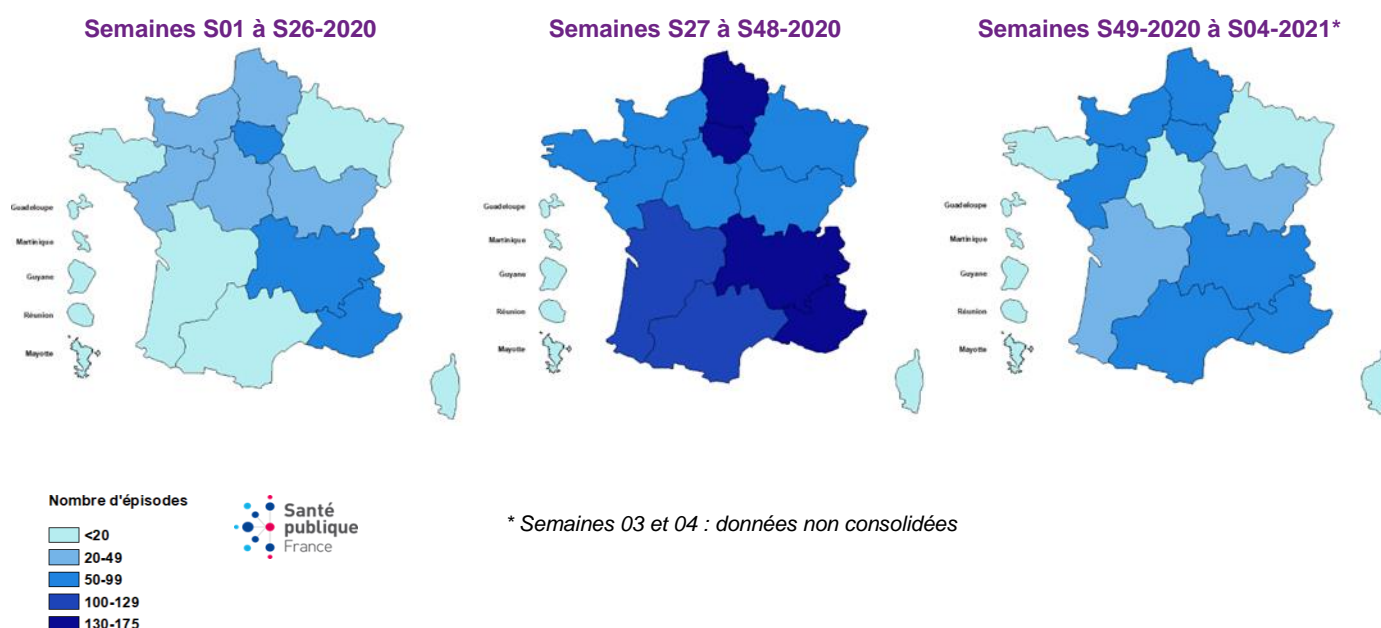
Semaines 03 et 04 : données non consolidées

- Parmi les cas groupés, lorsque l'information est disponible (n=1 697), pour plus de la moitié des épisodes (n=955, 56%), le cas index est un patient, un professionnel pour 35% (n=596) et un visiteur/la famille pour 7% (n=91). L'origine du cluster est parfois multifactorielle.
- Parmi les 1 605 signalements (75%) pour lesquels l'information est disponible, les hypothèses pour expliquer les contaminations peuvent être multiples. Près de 40% (n =639) de ces signalements évoquent la découverte fortuite d'un cas, 39% (n=620) des mesures barrières non optimales (incluant les difficultés d'application des bonnes pratiques), 21% (n=333) les pauses et transmissions entre les personnels, 20% (n=314) les visiteurs/familles, 13% (n= 208) l'utilisation des chambres doubles.

- Pour les 2 050 signalements (92%) pour lesquels l'information est disponible, les principales mesures correctives décrites peuvent être multiples : mise en place de dépistages (n=1 646, 80%), renforcement des mesures barrières (n=977, 48%), mise en place de précautions complémentaires gouttelettes (n=351, 17%) et installation d'un secteur COVID (n=322, 16%).

- Depuis le début de l'épidémie, le signalement des cas groupés de COVID-19 nosocomiaux a concerné l'ensemble des régions, avec un impact plus marqué dans les régions du Nord et de l'Est. De juillet à mi-novembre (semaines 27 à 48), quatre régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France et Hauts-de-France) sont à l'origine de plus de la moitié des signalements de cas groupés de COVID-19 nosocomiaux, enregistrant, chacune, au moins 150 signalements sur cette période. Ces régions sont, par ailleurs, celles dans lesquelles la circulation du virus était la plus active. Au cours des semaines suivantes (de fin novembre à fin janvier), aucune région n'a rapporté plus de 100 épisodes de cas groupés, mais sept d'entre elles ont enregistré plus de 50 épisodes de cas groupés (Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France, Hauts-de-France, Pays de la Loire, Normandie et Occitanie) (Figure 36).

Figure 36. Cas groupés de COVID-19, par région et par période, entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 janvier 2021 (n=2 310), France



► Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 32 776 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 8).

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

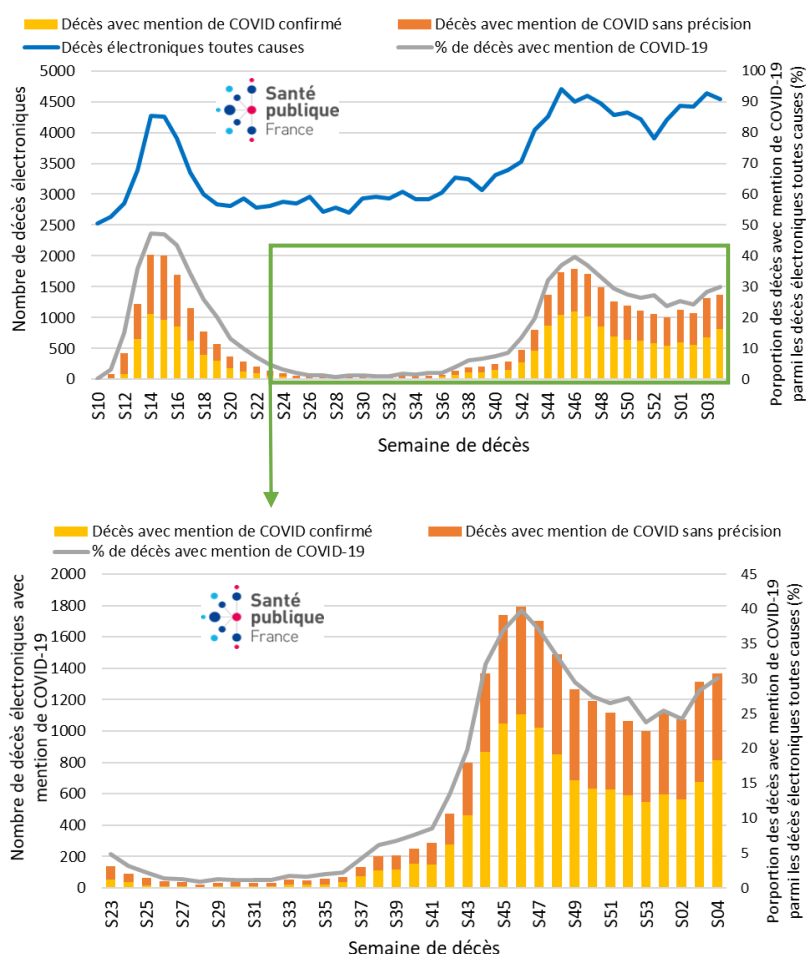
- Des comorbidités étaient renseignées pour 21 418 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 35% de ces décès et une mention d'hypertension artérielle pour 22%.

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

- **Pour la semaine 04 (du 25 au 31 janvier 2021), 1 367 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 30,1% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 38). **Ce nombre de décès était en légère hausse par rapport à la semaine précédente (+53 décès, soit +4% par rapport à S03).** La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 50,6%.

- Parmi les 1 367 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 1 103 (81%) étaient âgées de 75 ans et plus, 192 (14%) de 65 à 74 ans et 64 (5%) de 45 à 64 ans. Sept personnes décédées étaient âgées de 15 à 44 ans.

Figure 38. Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 31 janvier 2021, France (données au 02 février 2021)



Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 8. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 1^{er} février 2021, France (données au 02 février 2021)

Sexe	n	%
Hommes	17 799	54
Femmes	14 976	46

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	4	100	4	0
15-44 ans	66	33	134	67	200	1
45-64 ans	613	28	1 593	72	2 206	7
65-74 ans	1 364	30	3 249	70	4 613	14
75 ans ou plus	9 314	36	16 439	64	25 753	79
Tous âges	11 358	35	21 418	65	32 776	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	7 502	35
Hypertension artérielle	4 744	22
Diabète	3 434	16
Pathologie respiratoire	2 797	13
Pathologie rénale	2 741	13
Pathologies neurologiques *	1 848	9
Obésité	1 193	6
Immunodéficience	473	2

* ce groupe inclut les pathologies neurovasculaires et neuromusculaires

¹% présentés en ligne ; ²% présentés en colonne

► Mortalité toutes causes

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

- **Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu à partir de la S40-2020** (du 28 septembre au 04 octobre) **jusqu'en S03-2021** (du 18 au 24 janvier 2021), avec une hausse jusqu'en S45 (du 02 au 08 novembre), puis une diminution amorcée à partir de la S47 (du 16 au 22 novembre) (Figure 39). Les effectifs étaient à nouveau en hausse en S53 et en S01, puis se sont stabilisés en S02 et S03 à un niveau élevé.

- **L'excès de mortalité, au niveau national**, était compris entre +6% et +8% en semaines 40 à 42 avant de progresser nettement à partir de la semaine 43 et atteindre des excès compris entre +12% (S52) et +33% (S45) (Tableau 9). Du fait du délai habituel de transmission des données, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 03-2021 sera précisée la semaine prochaine.

Tableau 9 : Estimation de la proportion (%) de l'excès de décès par rapport à la mortalité attendue, tous âges confondus dans l'échantillon de 3 000 communes, France

Semaine %	2020											2021	
	S43	S44	S45	S46	S47	S48	S49	S50	S51	S52	S53	S01	S02
	+21	+26	+33	+31	+25	+21	+20	+19	+15	+12	+15	+17	+16

Estimations non consolidées sur les semaines 52-2020 à S02-2021

Sources : Santé publique France, Insee

- **Au niveau régional** (Figure 40), la dynamique du nombre de décès sur les dernières semaines reste hétérogène. Une **nouvelle hausse marquée des effectifs de décès** est notée en **Centre Val de Loire en semaine 03**, atteignant le pic observé en semaine 51, alors que les effectifs étaient revenus dans les marges de fluctuation depuis 2 semaines. En **Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie**, après une hausse entre les semaines 53-2020 et 02-2021, le **nombre de décès en S03 semble se stabiliser**, voire légèrement diminuer en Provence-Alpes-Côte d'Azur. En **Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Hauts-de-France**, les effectifs semblent à nouveau être **en légère hausse en semaine 03**, après une diminution en semaine 02. Les effectifs en Auvergne-Rhône-Alpes restent stables en semaine 03 par rapport à ceux de la semaine 02. Enfin, on note un excès modéré à la limite haute des marges de fluctuation habituelle en Nouvelle-Aquitaine et Normandie. Ces dynamiques restent à confirmer dans les prochaines semaines avec la consolidation des données.

- **Au total, le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu de S51 à S53-2020** dans 6 régions, en S01 et S02-2021 dans 8 régions, et **dans 9 régions en S03** : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

- **À l'échelon départemental**, 30 départements présentaient un **excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue** en S53-2020, 29 départements en S01-2021, 25 départements en S02-2021 et **36 départements en S03-2021** (Figure 41).

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

NB. Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes, en particulier sur les semaines 53 à 03-21, et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer la part de la mortalité attribuable à l'épidémie de COVID-19.**

Figure 39. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 20-2014 à la semaine 03-2021, France

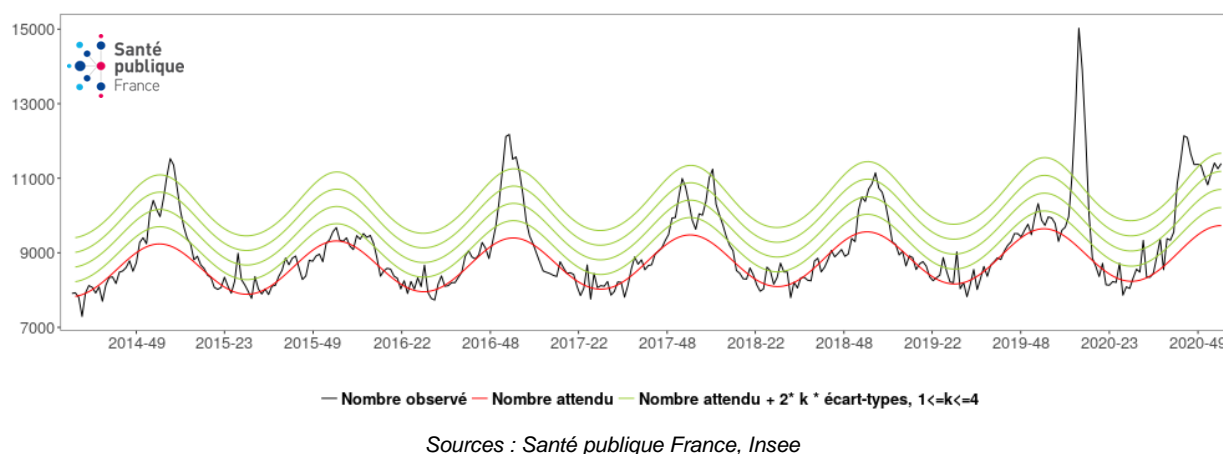
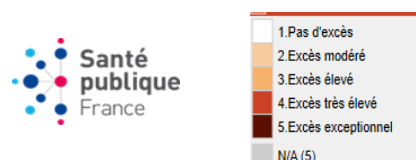
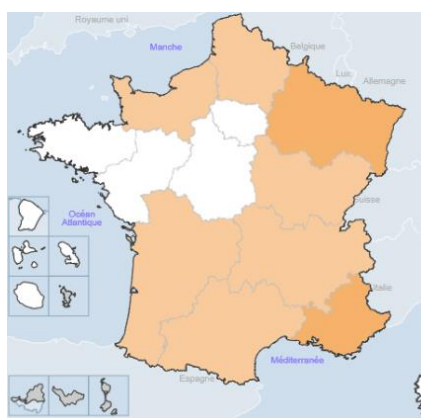


Figure 40. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 01, 02 et 03-2021, par région, France (données au 02 février 2021)

du 04 au 10 janvier 2021

du 11 au 17 janvier 2021

du 18 au 24 janvier 2021



Pas d'excès : indicateur standardisé de décès (Z-score) <2
 Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99
 Excès élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 5 et 6,99
 Excès très élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 7 et 11,99
 Excès exceptionnel de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) supérieur à 12

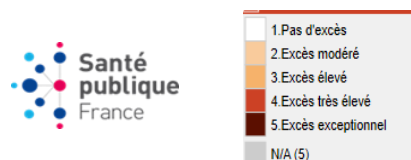
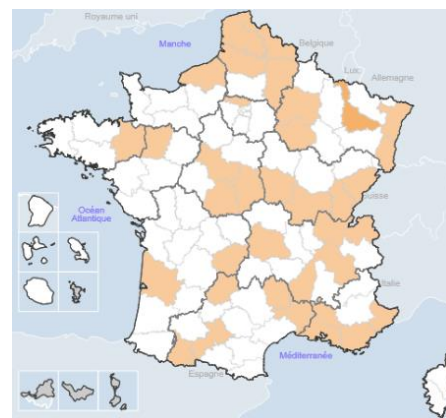
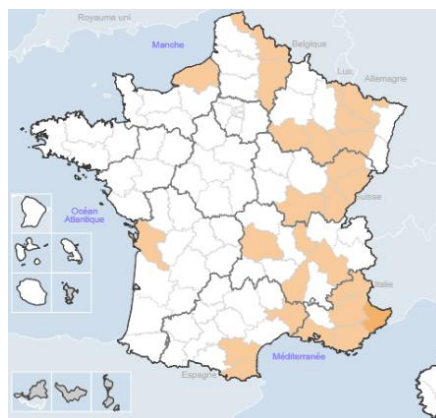
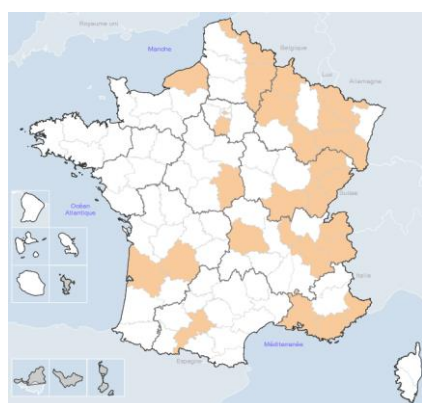
Sources : Santé publique France, Insee

Figure 41. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 01, 02 et 03-2021, par département, France (données au 02 février 2021)

du 04 au 10 janvier 2021

du 11 au 17 janvier 2021

du 18 au 24 janvier 2021



Pas d'excès : indicateur standardisé de décès (Z-score) <2
 Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99
 Excès élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 5 et 6,99
 Excès très élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 7 et 11,99
 Excès exceptionnel de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) supérieur à 12

Sources : Santé publique France, Insee

► Mortalité à l'échelle européenne

- À l'échelle européenne, parmi les 27 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité est notée depuis le début du mois d'octobre 2020, qui s'est accrue à partir de S43 jusqu'en S46 (Figure 45). Avec la consolidation des données issues des différents pays, on note que le nombre de décès reste en plateau à un niveau élevé entre les semaines 46 et 52, avant de repartir à la hausse en semaine 53 (Figure 42).
- Au total, un excès de mortalité était observé dans 20 pays/régions en S52, dans 19 pays/régions en S53, dans 18 pays/régions en S01-2021 et dans 16 pays en S02-2021 (Angleterre, Ecosse, Pays de Galles, Irlande du Nord, Estonie, Suède, Danemark, Pays-Bas, France, Italie, Israël, Autriche, Suisse, Slovaquie, Espagne et Portugal) (Figure 43).

Figure 42. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 27 pays/régions européens, de la semaine 03-2017 à la semaine 03-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 27 janvier 2021)

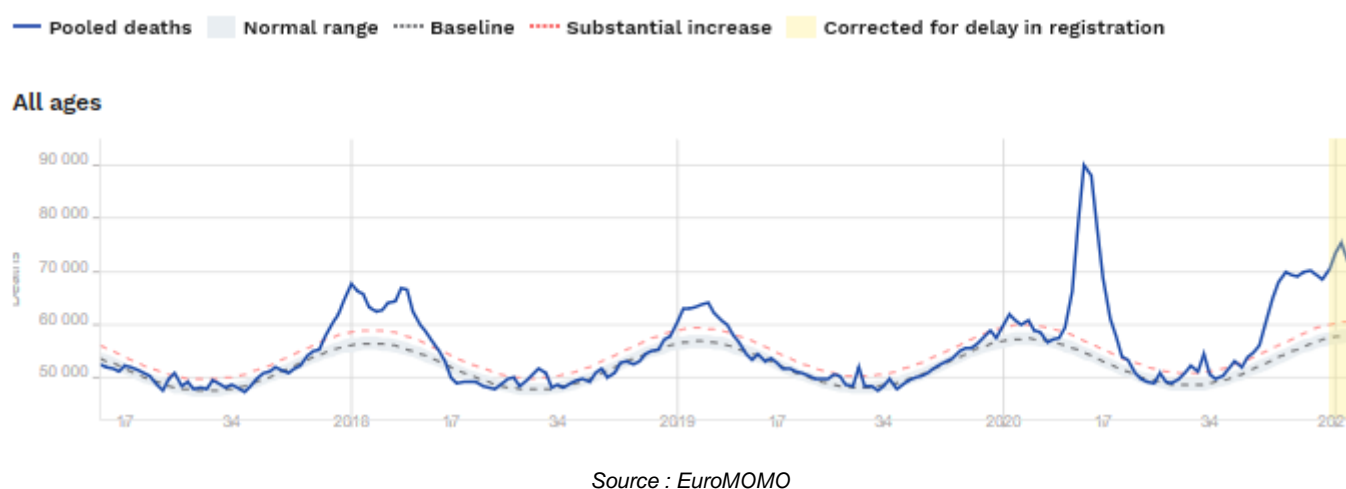
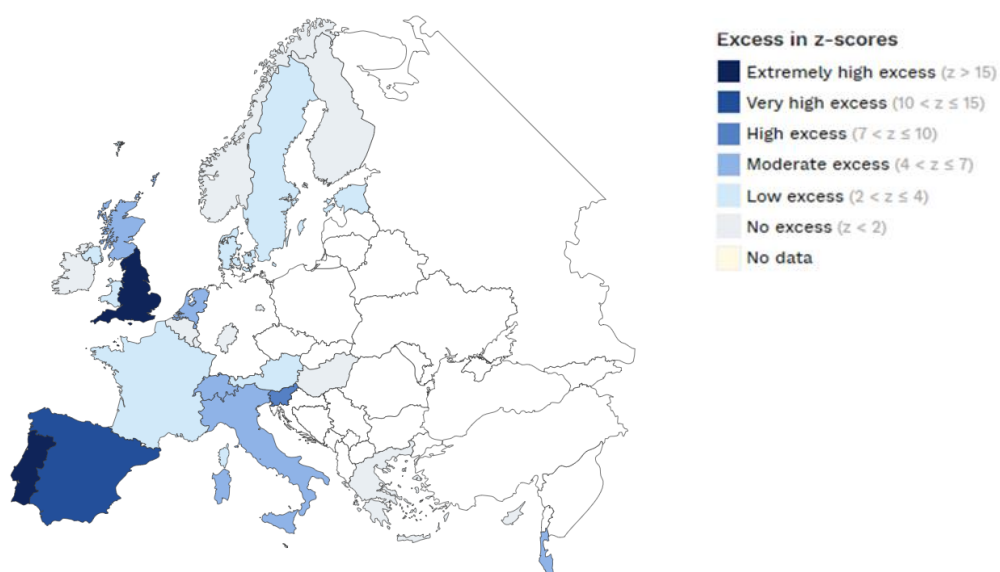


Figure 43. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 02-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 27 janvier 2021)



VACCINATION CONTRE LA COVID-19

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

La campagne de vaccination s'accompagne du suivi des nombres de personnes vaccinées ainsi que des couvertures vaccinales. Le système d'information Vaccin Covid, permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19, a été mis en œuvre le 04 janvier 2021. Il est administré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et alimenté par les professionnels de santé réalisant les vaccinations. A compter du 27 janvier 2021, l'estimation des nombres de personnes vaccinées en France contre la COVID-19 est issue de cette source de données.

► En population générale

- Au 02 février 2021, **1 615 088 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 102 297 personnes ont été vaccinées par deux doses** (données par date d'injection, données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, 2,4% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 0,2% a reçu deux doses.

Les répartitions des personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 présentées par région, par tranches d'âge et par sexe figurent dans les tableaux 10, 11 et 12.

Tableau 10. Nombre de personnes ayant reçu au moins 1 dose de vaccin contre la COVID-19 en France et couverture vaccinale (% de la population), par région

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne - Rhône - Alpes	181 042	2,3	9 213	0,1
Bourgogne - Franche-Comté	103 535	3,7	6 657	0,2
Bretagne	85 959	2,6	4 969	0,1
Centre-Val de Loire	70 675	2,8	5 046	0,2
Corse	10 568	3,1	941	0,3
Grand - Est	141 183	2,6	10 939	0,2
Hauts-de-France	116 751	2,0	9 698	0,2
Ile de France	218 641	1,8	8 221	0,1
Normandie	102 920	3,1	8 308	0,3
Nouvelle - Aquitaine	183 487	3,1	14 700	0,2
Occitanie	167 045	2,8	12 016	0,2
Pays de la Loire	94 428	2,5	5 252	0,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	129 395	2,6	6 051	0,1
France métropolitaine	1 605 629	2,5	102 011	0,2
Guadeloupe	894	0,2	29	0
Guyane	1 261	0,4	8	0
La Réunion	4 232	0,5	9	0
Martinique	2 410	0,7	239	0,1
Mayotte	654	0,2	1	0
Saint-Barthélemy	1	0	0	0
Non précisé	7	non applicable	0	non applicable
France entière	1 615 088	2,4	102 297	0,2

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

Du fait de défaut de saisie dans la base Vaccin Covid, les nombres de personnes vaccinées et donc les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimées (notamment dans les DROM).

Tableau 11. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et couverture vaccinale (% de la population), par classe d'âge

Classes d'âge	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
18-24	5 662	0,1	338	0
25-29	14 456	0,4	1 006	0
30-39	49 703	0,6	3 993	0
40-49	83 032	1,0	7 881	0,1
50-59	250 131	2,8	36 648	0,4
60-64	106 914	2,6	15 244	0,4
65-69	69 702	1,8	7 751	0,2
70-74	77 566	2,2	5 485	0,2
75-79	291 844	13,2	3 720	0,2
80 ans et +	665 859	16,0	20 222	0,5
inconnu*	219	non applicable	9	non applicable
France	1 615 088	2,4	102 297	0,2

* inconnu et incluant les personnes vaccinées et mentionnées comme âgées de moins de 18 ans

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

Conformément aux recommandations de vaccination, l'analyse par tranche d'âge montre que les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées chez les personnes les plus âgées : 13,2% des personnes âgées de 75 à 79 ans et 16,0% des personnes âgées de 80 ans et plus ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (Tableau 11).

Tableau 12. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et couverture vaccinale (% de la population), par sexe

Sexe	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Homme	636 250	2,0	39 390	0,1
Femme	978 221	2,8	62 885	0,2
Inconnu	617	non applicable	22	non applicable
France *	1 615 088	2,4	102 297	0,2

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

► Résidents en Ehpad et en USLD

Les résidents en Ehpad ou en USLD comptent parmi les personnes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 car ils sont particulièrement touchés par cette maladie.

Les résidents en Ehpad ou en USLD ne peuvent cependant pas être identifiés en tant que tels dans la base Vaccin Covid.

Sont ainsi définis comme résidents en Ehpad ou en USLD vaccinés contre la COVID-19 :

- des personnes vaccinées dans un Ehpad ou dans un USLD et âgés de 65 ans ou plus ou
- des personnes vaccinées et identifiées a priori par la Cnam comme résidant en Ehpad ou en USLD

Les indicateurs ainsi définis présentent des limites, avec des risques de sous-estimation en cas d'erreur de codage sur le lieu de la vaccination, si des résidents ont été vaccinés dans un autre service (ex : transfert d'un patient) ou si le résident est âgé de moins de 65 ans. À l'inverse, des surestimations sont possibles notamment si des personnes non-résidents d'Ehpad ou d'USLD et âgées de 65 ans et plus ont été vaccinées dans ces structures.

● Au 02 février 2021 (données par date d'injection), **358 093 résidents en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France.**

Il est ainsi estimé que 57,1% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin contre la COVID-19.

Les couvertures vaccinales régionales de la première dose varient entre 42,2% et 86,7% en France métropolitaine et entre 13,8% et 57,2% dans les DOM (Tableau 13). Du fait de défauts de saisie dans Vaccin COVID, les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions et notamment dans les DOM.

Il est estimé que 25 230 résidents des Ehpad et USLD ont reçu les deux doses de vaccin, ce qui correspond à 4,0% de ces résidents en France.

Tableau 13 : Nombre de résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 en France et couvertures vaccinales (% des résidents), par région

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	33 472	42,2	1 881	2,4
Bourgogne-Franche-Comté	20 002	59,0	1 792	5,3
Bretagne	26 838	64,0	1 554	3,7
Centre-Val de Loire	18 731	62,4	1 462	4,9
Corse	1 788	86,7	274	13,3
Grand Est	31 138	58,3	2 518	4,7
Hauts-de-France	23 510	47,9	2 345	4,8
Île de France	40 371	59,5	1 848	2,7
Normandie	25 015	71,9	2 372	6,8
Nouvelle-Aquitaine	43 850	60,2	4 113	5,6
Occitanie	34 908	56,3	2 858	4,6
Pays de la Loire	32 755	69,0	1 052	2,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	24 488	52,0	1 088	2,3
France métropolitaine	356 866	57,4	25 157	4,0
Guadeloupe	204	14,3	0	0
Guyane	127	57,2	0	0
La Réunion	640	41,8	1	0,1
Martinique	239	13,8	72	4,1
Non précisé	17	non applicable	0	non applicable
France entière	358 093	57,1	25 230	4,0

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

Les couvertures vaccinales dans les autres populations cibles seront estimées et communiquées dès que possible. La semaine prochaine, les couvertures vaccinales des professionnels exerçant en Ehpad et dans les USLD seront rendues publiques en open data et publiées dans le Point épidémiologique hebdomadaire.

Sont dès à présent disponibles en open data sur la plateforme [Geodes](#) ainsi que sur [data.gouv.fr](#), le nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin, par âge et sexe (depuis le 27 janvier 2021), le nombre de personnes ayant reçu deux doses, par âge et sexe (28 janvier 2021), le nombre de résidents en Ehpad ou en USLD vaccinés contre la COVID-19 ayant reçu au moins une dose et deux doses (02 février 2021) ainsi que leurs couvertures vaccinales (03 février 2021). Ces données sont présentées aux niveaux national, régional et départemental et sont mises à jour quotidiennement.

La liste des centres de vaccination est disponible sur le lien suivant : <https://sante.fr/carte-vaccination-covid>

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

SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE

Les données proviennent de l'**Enquête Santé publique France CoviPrev**, [enquêtes Internet](#) répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de 2 000 personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (Access panel), de mars 2020 à janvier 2021.

En vague 20 (18-20 janvier 2021), l'enquête CoviPrev a montré :

- Une baisse de l'**adoption systématique de toutes les mesures en lien avec la limitation de l'interaction sociale**. L'adoption systématique du masque en public est restée élevée (85%) et stable depuis le début du deuxième confinement ;
- Une **augmentation des intentions de se faire vacciner** contre la COVID-19 dans toutes les tranches d'âge. Les 65 ans et plus expriment la plus forte intention de se faire vacciner (72%) ;
- La **santé mentale des personnes interrogées reste dégradée**, avec un maintien à des **niveaux élevés des états dépressifs, des états anxieux et des troubles du sommeil**.

Tous les résultats ont été publiés dans le [point épidémiologique du 28 janvier 2021](#).

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

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

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

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

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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



Respecter une distance d'au moins deux mètres avec les autres



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



Portez un masque chirurgical ou en tissu de catégorie 1 quand la distance de deux mètres ne peut pas être respectée



Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)



Aérer les pièces le plus souvent possible, au minimum quelques minutes toutes les heures



Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

SITUATION INTERNATIONALE

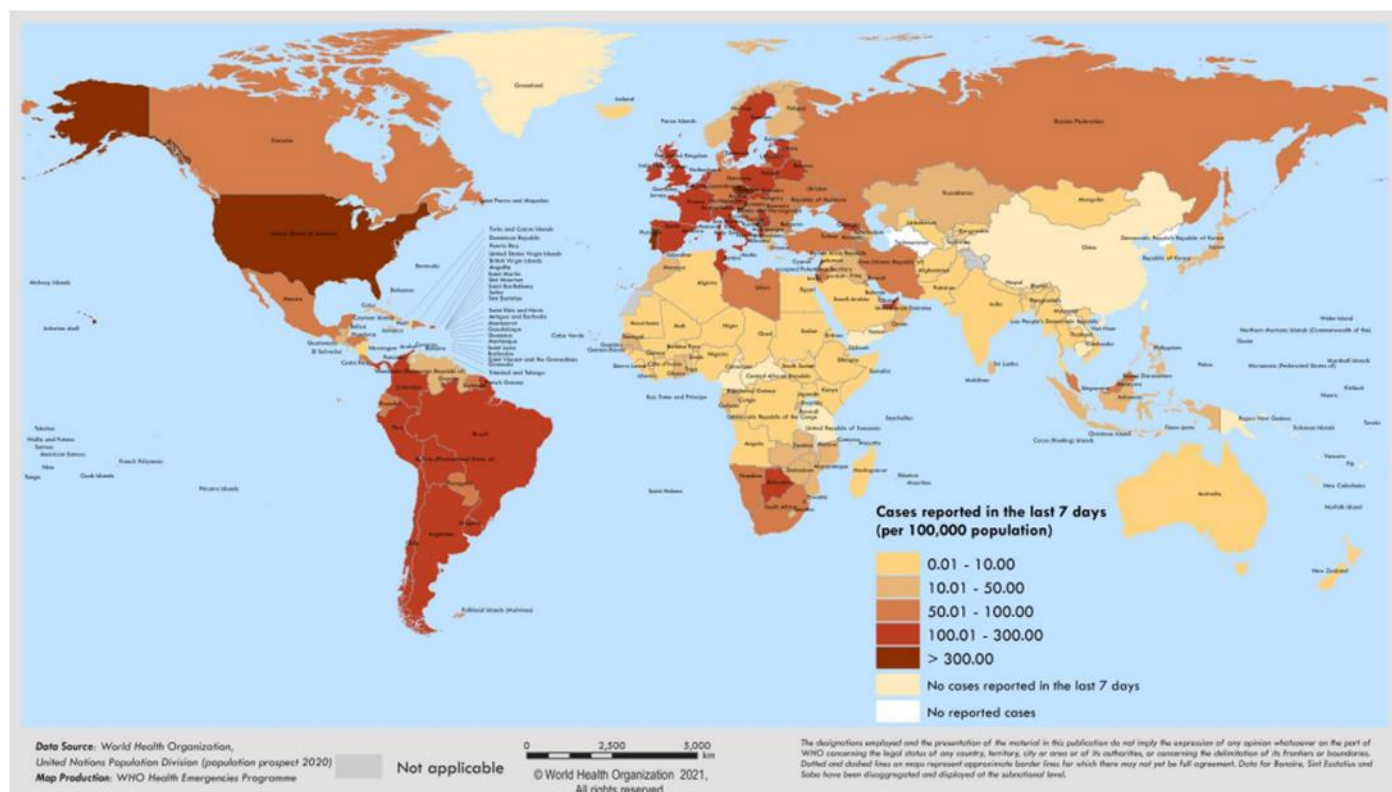
Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **102 942 987 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés **dans le monde - dont 2 232 233 décès** - au 03 février 2021. Au niveau mondial, 3,7 millions de nouveaux cas ont été signalés en semaine 04, soit une baisse par rapport à la semaine précédente (-13%) pour la troisième semaine consécutive.

► Foyers majeurs

Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Amériques** (1 888 070 cas et 47 277 décès rapportés en semaine 04) et en **Europe** (1 255 352 cas et 36 674 décès). Ces régions sont à l'origine, respectivement, de 51% et 34% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 49% et 38% des nouveaux décès en S04 (Figure 44).

Les pays qui signalent le plus grand nombre de nouveaux cas en S04 sont : **les États-Unis** (+1 072 287 nouveaux cas), **le Brésil** (+364 593), **le Royaume-Uni** (+178 629), **la France** (+143 325), et **la Russie** (+131 039).

Figure 44. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 04 (du 25 au 31 janvier 2021)















Source : OMS

► Tendances

Comparativement à la semaine 03, les indicateurs sont stables ou en baisse dans quatre régions OMS sur six (Tableau 14). Dans les régions OMS Afrique, Amériques, Europe, Méditerranée orientale et Pacifique occidental, le nombre de **nouveaux cas** est en baisse alors qu'il reste stable dans la région Asie du Sud-Est. La diminution la plus marquée du nombre de nouveaux cas est rapportée dans la région Afrique (-27% par rapport à la semaine précédente). Le nombre de **nouveaux décès** est stable ou en baisse dans quatre régions OMS sur six et a augmenté dans les régions Méditerranée orientale (+9%) et Pacifique occidental (+21%), cette dernière représentant 1% des décès au niveau mondial.

Tableau 14. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 04-2021 et évolution par rapport à la semaine 03-2021

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+ 108 391	+ 1 888 070	+ 200 219	+ 1 255 352	+ 161 943	+ 72 135
Tendance	-27% 	-11% 	+3% 	-18% 	-5% 	-11% 
Décès rapportés	+ 4 602	+ 47 277	+ 3 258	+ 36 674	+ 3 272	+ 1 281
Tendance	-8% 	+4% 	+0% 	-8% 	+9% 	+21% 

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

Source : OMS

► Par région

- Dans la région des **Amériques**, le nombre de nouveaux cas hebdomadaires a dépassé 1,8 million en S04, et on compte plus de 47 000 nouveaux décès. Les États-Unis restent le pays rapportant le plus grand nombre de cas dans la région, avec 1 072 287 nouveaux cas, soit 324 cas/100 000 habitants (-15% par rapport à S03) et 22 506 nouveaux décès (+4%) rapportés en S04. Les autres pays avec les plus grands nombres de nouveaux cas et de décès sont le Brésil, qui compte 364 593 nouveaux cas, soit 172 cas/100 000 habitants (+1%) et 7 423 décès (+6%), et le Mexique, avec 109 603 nouveaux cas, soit 85 cas/100 000 habitants (-11%) et 8 965 décès (+4%). Pour plus de détails sur la zone Amériques, [cliquez ici](#).

- La région **Europe** a continué de signaler un nombre élevé de cas en S04, avec plus de 1,2 million de nouveaux cas et plus de 36 000 nouveaux décès. Les pays de la région Europe ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux cas étaient le Royaume-Uni qui enregistre 178 629 cas, soit 263 cas/100 000 habitants (-31%), la France avec 143 325 nouveaux cas, soit 216 cas/100 000 habitants (+2%), et la Russie avec 131 039 cas, soit 90 cas/100 000 habitants (-13%). Les plus grands nombres de décès ont été signalés au Royaume-Uni (8 242 décès ; -6%), en Allemagne (5 075 ; -7%) et en Russie (3 720 ; -5%). Pour plus de détails sur l'Europe, [cliquez ici](#).

- En région **Afrique**, plus de 108 000 nouveaux cas et un peu moins de 4 600 décès ont été rapportés. Le nombre de cas hebdomadaires est en baisse pour la deuxième semaine consécutive. Les trois pays rapportant le plus grand nombre de nouveaux cas sont l'Afrique du Sud avec 44 397 cas, soit 75 cas/100 000 hab. (-44%), le Nigeria avec 9 955 cas soit 5 cas/100 000 habitants (-15%) et la Zambie avec 8 760 cas, soit 48 cas/100 000 habitants (+3%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès sur la semaine (S04) sont l'Afrique du Sud (3 377 décès ; -9%), le Zimbabwe (219 ; -25%) et le Malawi (217 ; +28%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

● En **région Asie du Sud-Est**, après un déclin des indicateurs observé depuis début septembre, la situation semble se stabiliser depuis fin décembre. On dénombre plus de 200 000 nouveaux cas et plus de 3 000 nouveaux décès. Les pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés sont l'Inde avec 91 650 cas, soit 7 cas/100 000 habitants (-5%), l'Indonésie avec 88 839 cas, soit 33 cas/100 000 habitants (+10%) et le Sri Lanka avec 5 706 soit 27 cas/100 00 habitants (+8%). Les trois pays cumulant le plus de décès dans la semaine 04 sont l'Indonésie (2 064 décès ; +9%), l'Inde (935 ; -12%) et le Bangladesh (108 ; -10%). Pour plus de détails sur l'Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

● En **région Méditerranée orientale**, plus de 161 000 nouveaux cas et 3 200 décès ont été signalés. La région avait présenté une baisse continue du nombre de décès entre le 23 novembre 2020 et le 11 janvier 2021, mais connaît depuis trois semaines une nouvelle hausse. Les pays avec le plus grand nombre de nouveaux cas sont l'Iran avec 44 699 cas, soit 53 cas/100 000 habitants (+5%), le Liban avec 22 326 cas, soit 327 cas/100 000 habitants (-19%) et les Émirats arabes unis avec 26 285 cas, soit 266 cas/100 000 (+7%). Les plus grands nombres de décès sont observés au Liban (751 décès ; +81%), en Iran (595 ; +3%) et en Tunisie (526 ; +2%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée Est, [cliquez ici](#).

● En **région Pacifique occidental**, 72 000 nouveaux cas ont été rapportés, soit une baisse pour la première fois depuis fin octobre 2020. Toutefois, la région connaît une hausse marquée du nombre de décès avec plus de 1 200 décès (+21%). Les trois pays signalant le plus grand nombre de nouveaux cas sont la Malaisie avec 29 206 cas, soit 90 cas/100 000 habitants (+15%), le Japon avec 26 081 cas, soit 21 cas/100 000 habitants (-32%), et les Philippines avec 11 837 cas, soit 11 cas/100 000 habitants (-9%). Les pays rapportant cette semaine le plus grand nombre de décès sont le Japon (635 décès ; +8%), les Philippines (479 ; +11%) et la Malaisie (79 ; +56%). Pour plus de détails sur la région Pacifique Ouest, [cliquez ici](#).

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

Pour en savoir + sur la situation internationale :

- **dans le monde** : OMS - [Weekly Epidemiological Update](#)

- **en Europe** : ECDC - [Weekly Surveillance Report](#)

VARIANTS ÉMERGENTS DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL

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

► Variant 20I/501Y.V1, lignage B.1.1.7

- Le 14 décembre 2020, le Royaume-Uni a signalé à l'OMS la circulation d'un variant particulier du SARS-CoV-2, identifié rétrospectivement sur un premier cas fin septembre dans le Kent (sud-est de l'Angleterre). Ce variant est dénommé 20I/501Y.V1.
- L'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) signale que ce variant aurait une transmissibilité plus élevée d'environ 50% par rapport aux autres souches en circulation auparavant. Des études anglaises estiment réaliste la possibilité que ce variant soit associé à un risque plus élevé de décès par rapport aux autres souches circulantes (hors variants).
- **Dans le monde, au 02 février 2021**, le variant 20I/501Y.V1 a été rapporté dans 80 pays par l'OMS (Figure 45), soit dix de plus par rapport à la semaine précédente.

Figure 45. Pays et territoires rapportant des cas confirmés liés au variant 20I/501Y.V1 (données au 02 février 2021)

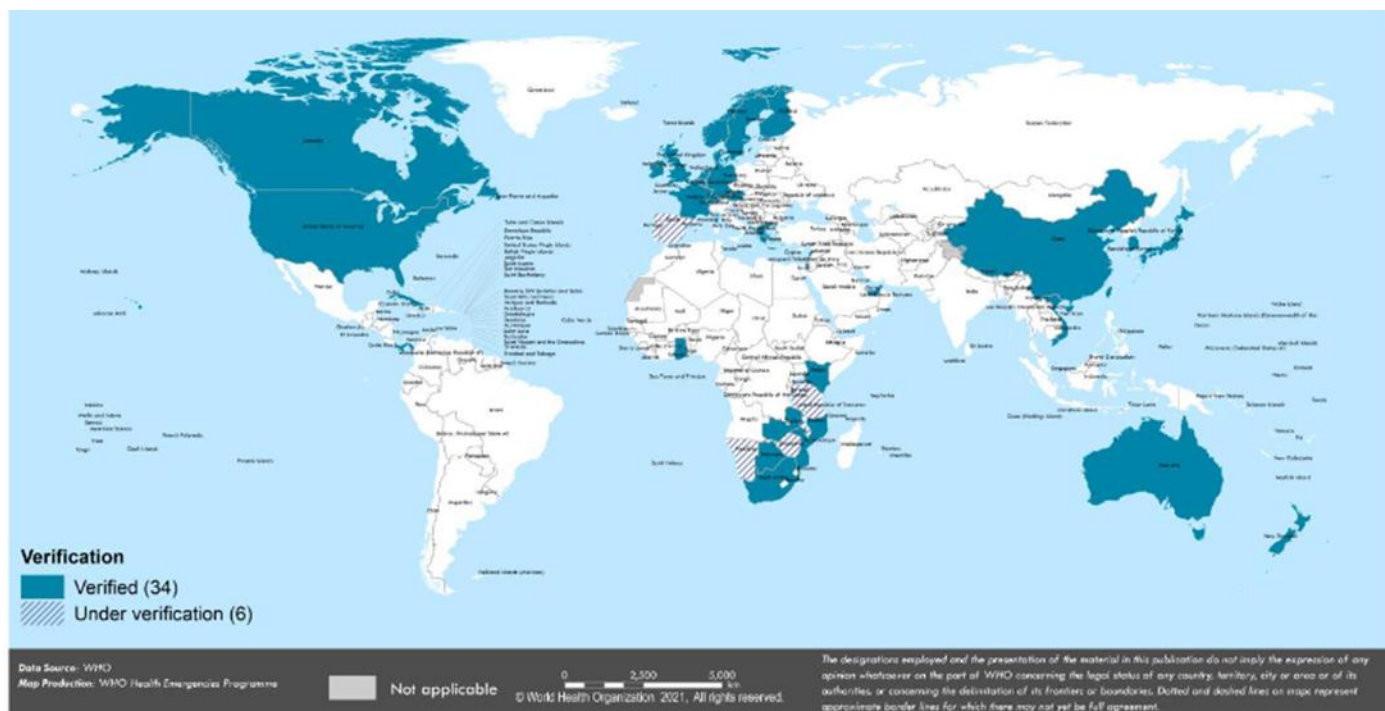


Source : OMS

► Variant 20H/501Y.V2, lignage B.1.351

- En Afrique du Sud, le gouvernement signalait, le 18 décembre 2020, l'émergence d'un variant désigné 20H/501Y.V2. Les résultats des séquençages génétiques indiquent sa présence en Afrique du Sud depuis novembre. Aujourd'hui, ce variant est responsable de la majorité des cas dans le pays.
- Des travaux préliminaires suggèrent la possibilité d'une transmissibilité plus élevée, mais aucun élément n'indique à ce jour qu'il serait à l'origine de formes plus sévères ou d'un risque accru de décès chez les personnes infectées.
- **Dans le monde, au 02 février 2021**, le variant 20H/501Y.V2 a été rapporté dans 41 pays selon l'OMS (Figure 46), soit dix pays de plus par rapport à la semaine précédente.

Figure 46. Pays et territoires rapportant des cas confirmés liés au variant 20H/501Y.V2 (données au 02 février 2021)

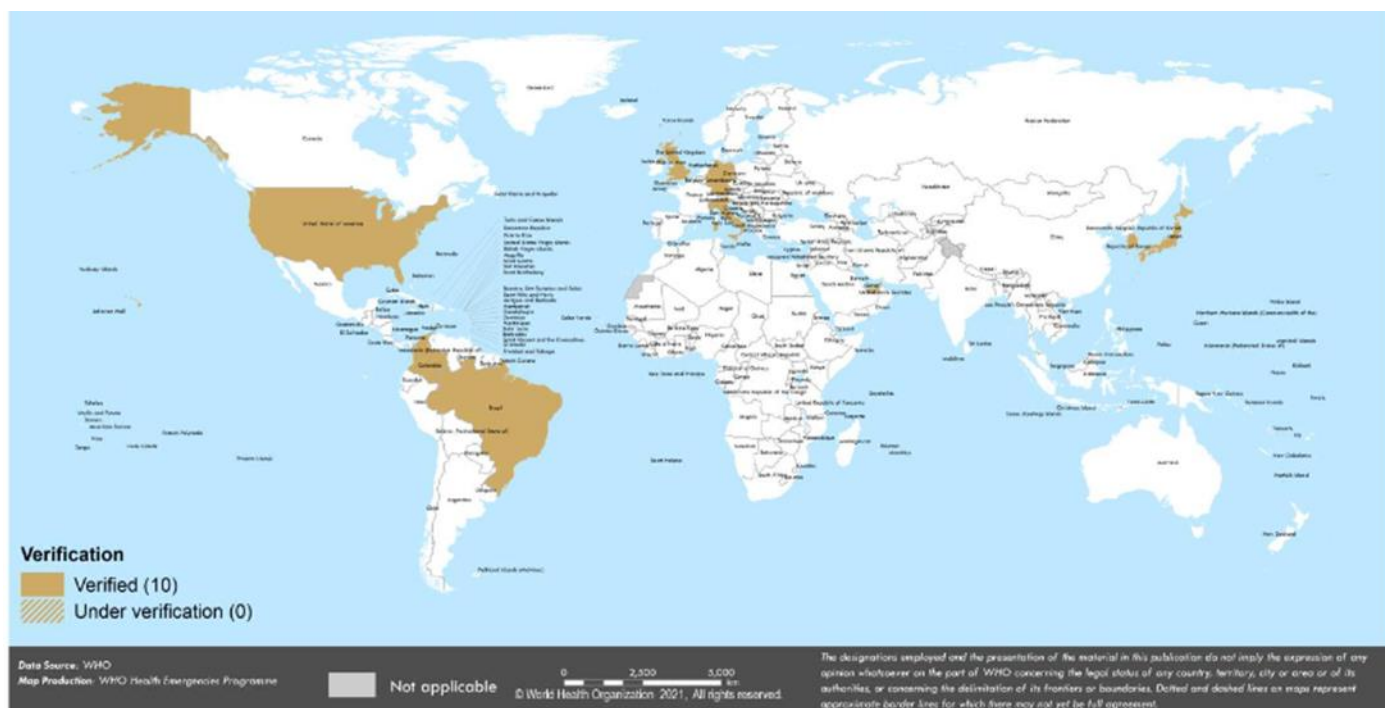


Source : OMS

► Variant 20J/501Y.V3, lignage B.1.1.28

- Ce variant aurait émergé courant décembre 2020 à Manaus (Brésil). Les autorités japonaises ont lancé une alerte sur ce variant détecté chez des voyageurs en provenance de Manaus au Brésil, le 09 janvier 2021, après avoir identifié sur celui-ci une mutation similaire aux variants 20I/501Y.V1 et 20H/501Y.V2.
- La ville de Manaus connaît depuis le mois de janvier une hausse importante du nombre de cas, d'hospitalisations et de décès. Ces observations, ainsi que les mutations identifiées sur ce variant, soulèvent des préoccupations quant à la potentielle augmentation de la transmissibilité ou de la propension à la réinfection, même si aucune étude à ce jour ne le confirme.
- **Dans le monde, au 02 février 2021**, le variant 20J/501Y.V3 a été rapporté dans 2 nouveaux pays selon l'OMS (Figure 47) soit 10 pays au total.

Figure 47. Pays et territoires rapportant des cas confirmés liés au variant 20J/501Y.V3 (données au 02 février 2021)



Source : OMS

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

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

- *Weekly Epidemiological Update* de l'OMS du 02 février 2021 :

<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---2-february-2021>

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

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

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

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 04 (du 25 au 31 janvier 2021), les indicateurs épidémiologiques de suivi de l'épidémie de COVID-19 montraient une persistance de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau très élevé dans le contexte d'augmentation de la prévalence des variants plus transmissibles.

Au niveau national, en semaine 04, le taux de dépistage était de 3 208/100 000 habitants (soit 2 153 127 personnes testées). **Le recours au dépistage était en augmentation par rapport à la semaine précédente** (2 972/100 000 habitants en S03, **soit +8%**). **Cette augmentation concernait toutes les classes d'âge** mais était plus importante chez les moins de 15 ans (1 722/100 000, +17%). Les taux de dépistage restaient les plus élevés chez les 15-44 ans (4 133) et les 75 ans et plus (3 490).

Le dépistage était en augmentation chez les personnes symptomatiques (+9% entre S03 et S04) qui représentaient 23% des personnes testées en S04. Cette augmentation était également observée chez les personnes asymptomatiques (+8%).

En semaine 04, le taux d'incidence était de 214 pour 100 000 habitants, stable par rapport à la semaine précédente (211 en S03 soit +1%). **En S04, 143 325 nouveaux cas confirmés** ont été enregistrés, soit **20 475 cas confirmés en moyenne chaque jour**. Selon l'âge, des faibles variations du taux d'incidence ont été observées de -1% chez les 45-64 ans à +5% chez les 0-14 ans, pour lesquels l'augmentation était très inférieure à celle observée la semaine précédente (+25% entre S03 et S02).

Les personnes de 75 ans et plus restent cependant les plus touchées par le SARS-CoV-2, avec une incidence de 273/100 000 habitants (+2% par rapport à S03).

Le **taux de positivité au niveau national (6,7%)** était en légère diminution par rapport à celui de la semaine précédente (7,1%, soit -0,4 point) dans l'ensemble des classes d'âge excepté chez les 75 ans et plus pour lesquels ce taux était stable.

En semaine 04, les caractéristiques des contacts à risque étaient globalement inchangées par rapport à la S03. Le nombre de cas et de personnes-contacts étaient stable, ainsi que le nombre de personnes-contacts par cas. Les matrices de contacts à risque entre classes d'âge restaient identiques à celles observées lors des dernières semaines. **Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et le prélèvement diagnostique était également stable (2 jours).**

Moins d'un quart des nouveaux cas avait précédemment été identifié par le dispositif de contact-tracing. Tous les efforts déjà menés pour identifier les chaînes de transmission doivent être poursuivis et soutenus.

La proportion de personnes-contacts devenues des cas poursuivait sa diminution, ce qui pourrait signifier une diminution de la proportion de personnes-contacts se faisant dépister à l'issue de leur période d'isolement, en présence ou en l'absence de symptômes. Cette proportion était cependant près de deux fois plus élevée pour les personnes contacts de cas symptomatiques que chez les asymptomatiques, témoignant non seulement d'une plus grande contagiosité des cas symptomatiques mais aussi peut-être d'un recours au test plus fréquent chez leurs contacts.

En médecine ambulatoire, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était **en augmentation** en comparaison de celui de la semaine précédente (119/100 000 habitants pour la S04 vs 90 en S03).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était en hausse modérée en semaine 04 (+5% entre S03 et S04). Cette hausse concernait les 15-74 ans.

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), une diminution du nombre de cas confirmés est observée depuis la semaine 03, après deux semaines d'augmentation. Le nombre de nouveaux **décès de résidents** survenus en établissements tendait à se stabiliser depuis la semaine 01 (données non consolidées en semaine 04).

En semaine 04, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 tous âges** était stable (-1% entre S04 et S03) après 2 semaines consécutives de hausse.

Le nombre de patients hospitalisés en France pour COVID-19 reste élevé avec **28 071** personnes hospitalisées au 02 février 2021, dont **3 280 en réanimation**. **En semaine 04,** par date de déclaration, **le**

taux hebdomadaire d'hospitalisations était stable en comparaison à la semaine précédente. En revanche, une augmentation du taux des nouvelles admissions en réanimation était observée (2,7 en S04 vs 2,5 en S03 soit +6%) mais plus faible que celle observée entre les S02 et S03 (+20%).

En France métropolitaine, les **estimations du R-eff calculées à partir des trois sources sont significativement supérieures à 1 pour deux des trois sources de données : 1,04** pour les données virologiques (tests RT-PCR et tests antigéniques, SI-DEP), **1,05** pour les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®). En revanche, à partir **des données d'hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC)**, l'estimation est en dessous de 1 : **0,99**.

En semaine 04, le nombre de **décès hospitaliers** restait en **augmentation** (+5,2%) par rapport à la semaine précédente. Cette augmentation était moindre que celle observée la semaine dernière (+21% entre S02 et S03). **Le nombre de décès liés à la COVID-19 incluant l'ensemble des décès survenus en milieu hospitalier et dans les établissements médico-sociaux** (décès survenus à domicile non inclus) dépasse **77 000 décès sur la période du 1^{er} mars 2020 au 02 février 2021**.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus restait significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre 2020) et jusqu'à la semaine 03 (du 18 au 24 janvier 2021). L'excès de mortalité était de +12% en semaine 52, +15% en semaine 53, +17% en S01 et +16% en S02. Du fait du délai habituel de transmission des données, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 03 sera précisée la semaine prochaine.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

On observe de grandes disparités des indicateurs épidémiologiques selon les régions. Les **régions les plus touchées en semaine 04** étaient les régions **Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France, Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est**. Ces régions présentaient en semaine 04 les **plus forts taux d'incidence**, ainsi que des **taux d'hospitalisations** parmi les plus élevés en métropole.

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, l'incidence restait la plus élevée en S04 mais était en légère diminution par rapport à la semaine précédente (369/100 000 habitants vs 378 en S03, soit -2%). Le taux d'hospitalisations était également le plus élevé mais stable (31/100 000 hab) et le taux d'admission en réanimation était en augmentation (4.6/100 000 habitants vs 4.2 en S03 soit +10%). Le taux de décès (hôpital et ESMS) était en S03 un des taux régionaux les plus élevés (7.7/100 000 hab).

En **Île-de-France**, les indicateurs épidémiologiques étaient en augmentation : le taux d'incidence était de 228/100 000 habitants (vs 214 en S03, soit +7%). Le taux d'hospitalisation était de 15,6 (vs 13,7 en S03 soit +14%) et celui des admissions en réanimation de 3.1 (vs 2,8 en S03, soit +11%). Le taux de décès (hôpital et ESMS) était de 2,6 en S03.

En **Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est** où les indicateurs restent parmi les plus élevés, une tendance à la diminution était observée. En **Bourgogne-Franche-Comté**, le taux d'incidence était de 224 (vs 246 en S03, soit -9%). Le taux d'hospitalisation était de 23,5 (vs 27,4 en S03 soit -14%) et celui des admissions en réanimation de 2,9 (vs 3,5 en S03, soit -16%). Le taux de décès (hôpital et ESMS) était 9,2 en S03. En **Grand Est**, le **taux d'incidence** était stable de 224/100 000 habitants. Le taux d'hospitalisation était de 19,4 (vs 21,6 en S03 soit -10%) et celui des admissions en réanimation de 3,0 (vs 3,2 en S03, soit -7%). Le taux de décès (hôpital et ESMS) était de 6,6 en S03.

Bien que les indicateurs soient moins élevés, une vigilance particulière pour certaines des autres régions est à porter :

En **Occitanie**, les indicateurs épidémiologiques sont en augmentation. Le **taux d'incidence** était de 223/100 000 habitants (vs 210, soit +6%). Le taux d'hospitalisation était de 14,3 (vs 12,2 en S03 soit +17%) et celui des admissions en réanimation de 2,5 (vs 2,2 en S03, soit +16%). Le taux de décès (hôpital et ESMS) était de 2,8 en S03.

En **Centre-Val de Loire**, le **taux d'incidence** était en augmentation (202 vs 197, soit +2%). Cette même tendance était observée pour le taux d'hospitalisation (17,1 vs 15,6 en S03 soit +10%) et celui des admissions en réanimation (3,4 vs 2,3 en S03, soit +49%). Le taux de décès (hôpital et ESMS) était de 5,2 en S03.

À noter que les évolutions peuvent être hétérogènes d'un département à l'autre et que des analyses plus précises sont réalisées dans chaque région.

Concernant l'impact des couvre-feux, l'analyse des indicateurs en semaine 03 (18 au 24 janvier 2021) montrait une dégradation de la situation épidémiologique, notamment dans le groupe des départements où le couvre-feu anticipé aurait pu commencer à produire un effet. Ces éléments n'étaient donc pas en faveur d'un impact positif du couvre-feu anticipé bien qu'une évolution encore plus défavorable aurait pu être observée en l'absence de celui-ci. **L'analyse pour la semaine 04** (25 au 31 janvier 2021) montre une **évolution plus favorable, avec une légère inversion de la tendance dans les premiers départements sous couvre-feu anticipé** (groupes 1 et 2) **et une stabilisation dans les autres** (groupe 3). Plusieurs éléments peuvent avoir contribué à cette évolution récente de la situation. D'une part, l'amélioration observée pourrait être en partie liée à la généralisation du couvre-feu à l'ensemble du territoire et à la communication sur la sévérité de la situation qui l'a accompagnée. D'autre part, la crainte par la population d'un troisième confinement, hypothèse largement relayée dans les médias et sur les réseaux sociaux, a pu entraîner des modifications de comportements individuels, de même que la crainte liée à la transmissibilité accrue des nouveaux variants. Enfin, l'intensification de la circulation virale observée à partir de mi-janvier a pu être une conséquence ponctuelle des rassemblements au cours des fêtes de fin d'année. **Cette évolution reste toutefois à considérer avec la plus grande prudence.** En effet, des variations importantes des taux d'incidence ont été observées dans les départements en janvier et il n'est pas exclu que de telles évolutions se reproduisent dans les semaines à venir. En tout état de cause, les niveaux de circulation virale restant élevés sur l'ensemble du territoire, une nouvelle dégradation de la situation dans les jours ou les semaines à venir ne peut être exclue, en particulier dans le contexte actuel de la circulation des variants émergents.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 04, les plus forts taux d'incidence, d'hospitalisations et d'admission en réanimation étaient toujours observés à Mayotte et en Guyane.

- **À Mayotte, le taux d'incidence était en forte en augmentation** (415 en S04 vs 268 en S03, soit +55%), de même que les taux de dépistage (+25%) et de positivité (+3,2 points). Le nombre de personnes hospitalisées était en forte augmentation (70 en S04 vs 20 en S03).
- **En Guyane, poursuite de la diminution des indicateurs, notamment de l'incidence** (152/100 habitants vs 216 en S03 soit -30%), excepté une augmentation du nombre de personnes nouvellement hospitalisées en réanimation (13 en S04 vs 8 en S03).
- **À La Réunion, le taux d'incidence était en légère augmentation** (43/100 000 habitants en S04 vs 41 en S03) mais reste inférieur au seuil d'alerte. Les nombres de nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation restaient limités et stables (13 et 1 personnes respectivement).
- **En Guadeloupe, le taux d'incidence était stable et inférieur au seuil d'alerte** (31 en S04). Une augmentation au niveau hospitalier était observée en S04 : 15 personnes vs 4 en S03 pour les nouvelles hospitalisations et 3 vs 2 en S03 pour les admissions en réanimation.
- **En Martinique, le taux d'incidence** (21 en S04) **restait inférieur au seuil d'alerte** et 7 personnes ont été hospitalisées (vs 2 en S03).

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

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

► Variants émergents du SARS-CoV-2

L'enquête Flash#1 conduite les 07 et 08 janvier 2021 sur les tests RT-PCR positifs au SARS-CoV-2 a montré que les cas de COVID-19 liés au variant 20I/501Y.V1 représentaient 3,3% des cas diagnostiqués par RT-PCR recensés en France, soit environ 4 200 cas parmi ceux rapportés dans SI-DEP en semaine 01 (résultats publiés dans le [Point épidémiologique du 28 janvier 2021](#)).

L'enquête Flash#2 a été menée le 27 janvier 2021 sur les tests RT-PCR positifs au SARS-CoV-2 incluant 144 laboratoires de biologie médicale publics et privés. Les résultats préliminaires sur la base des données de criblages transmises par 123 laboratoires au 03 février 2021 à 13h00 indiquent que parmi les cas diagnostiqués le 27 janvier 2021, **14,0% de ces cas seraient des suspicions de variants 20I/501Y.V1 (UK)** pour 78 laboratoires utilisant un criblage par technique TFS et pour 45 laboratoires utilisant un criblage par RT-PCR spécifique recherchant la mutation N501Y représenteraient **14,6% de suspicions de variants 20I/501Y.V1 (UK) ou 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)**. Les résultats définitifs de cette enquête Flash#2 seront communiqués dès que l'ensemble des résultats de séquençage seront validés et transmis. Ces résultats préliminaires sont difficiles à comparer avec ceux de l'enquête Flash#1, mais confirment l'hétérogénéité régionale de la diffusion de ces variants et une augmentation de leur prévalence dans l'ensemble des régions pour lesquelles les résultats sont interprétables.

► Surveillances spécifiques et populationnelles

Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie restaient les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que celles présentant des comorbidités. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 91% des personnes décédées de la COVID-19 à l'hôpital depuis le 1^{er} mars 2020, et 64% des personnes hospitalisées en réanimation le 02 février 2021.

La surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation lors de la deuxième vague indiquait une proportion élevée d'hommes (71%), de personnes de 65 ans et plus (62%) et de cas présentant une comorbidité (89%), dont les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète. Pour 42% des patients hospitalisés en réanimation pour COVID-19, un recours à la ventilation invasive avait été nécessaire.

Les enfants sont très peu représentés chez les patients hospitalisés pour COVID-19 et parmi les décès (moins de 1%). Une surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) permet d'estimer l'incidence de ces cas en lien avec la COVID-19 (données disponibles dans le [Point épidémiologique du 28 janvier 2021](#)).

Dans le cadre de la surveillance des infections nosocomiales (e-SIN), entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 janvier 2021, **3 312 signalements de cas de COVID-19 nosocomiaux survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un établissement de santé** ont été enregistrés. Étaient concernés 39 085 cas : 23 528 patients (172 décès liés), 15 547 professionnels et 10 visiteurs. Parmi ces signalements, une grande majorité (2 310) correspondaient à des cas groupés (au moins 3 cas liés). Depuis début décembre 2020, sept régions ont signalés plus de 50 épisodes de cas groupés.

La surveillance spécifique des **professionnels travaillant dans les établissements de santé**, mise en place depuis le 1^{er} mars 2020, rapportait 64 541 cas d'infections au SARS-CoV-2 au 25 janvier 2021 (données disponibles dans le [Point épidémiologique du 28 janvier 2021](#)).

► Santé mentale

Les résultats de la dernière enquête CoviPrev (vague 20 réalisée du 18 au 20 janvier 2021), montre que **la santé mentale des personnes interrogées reste dégradée (avec un niveau élevé d'états anxieux et dépressifs)**, en particulier chez les personnes en situation de précarité et les personnes ayant des antécédents de trouble psychologique (données disponibles dans le [Point épidémiologique du 28 janvier 2021](#)).

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

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

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

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

► Prévention

Les dernières données concernant l'adoption des mesures de prévention et intention de vaccination, issues de la vague 20 (18-20 janvier 2021) de l'enquête CoviPrev ont été publiées dans le [Point épidémiologique du 28 janvier 2021](#).

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Selon les données issues de Vaccin Covid, le 02 février 2021, **1 615 088 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 102 297 personnes ont été vaccinées par deux doses**. Il est ainsi estimé que 2,4% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 0,2% a été vaccinée par deux doses.

Les résidents en Ehpad ou en unité de soins longue durée (USLD) comptent parmi les personnes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19. Au 02 février 2021, **358 093 résidents avaient reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France. Il est ainsi estimé que 57,1% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin contre la COVID-19. Cette couverture dépasse plus de 70% dans deux régions.**

Les données de couvertures vaccinales des professionnels exerçant dans ces structures seront communiquées la semaine prochaine. Les données sont disponibles en open data sur la plateforme [Geodes](#) ainsi que sur data.gouv.fr et sont mises à jour quotidiennement.

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

<https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/COVID-19>

Le rythme soutenu du déploiement de la campagne de vaccination est primordial pour faire face à la circulation du SARS-CoV-2 dans le contexte d'augmentation de la prévalence des variants plus transmissibles.

SOURCES DES DONNÉES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

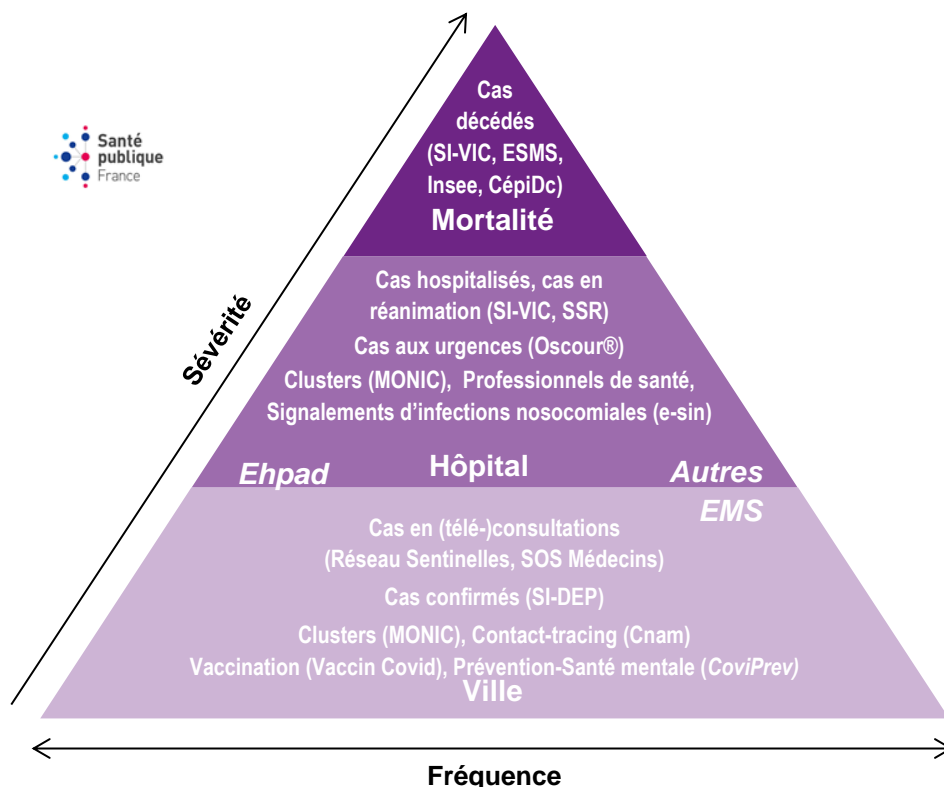
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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

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

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

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



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

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

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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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

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

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Christine Campèse, Nicolas Méthy, Delphine Viriot, Fanny Chereau, Sandrine Hagège, Didier Che.

Systèmes de surveillance : Jonathan Bastard, Anne Berger-Carbonne, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Mathias Bruyand, Clémentine Calba, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Fanny Chereau, Bruno Coignard, Kostas Danis, Julien Durand, Enguerrand Du-Roscoât, Myriam Fayad, Adeline Feri, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Katia Hamdad, Eline Hassan, Yu Jin Jung, Sophie Larrieu, Yann Le Strat, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Audrey Léon, Daniel Levy-Bruhl, Florence Lot, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Ndeindo Ndeikoundam Ngangro, Michael Padget, Camille Pelat, Alessandro Pini, Elisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Jérôme Pouey, Isabelle Pujol, Julian Rozenberg, Claire Sauvage, Yann Savitch, Alexandra Septfonds, Sophan Soing-Altrach, Cécile Sommen, Guillaume Spaccaferri, Benjamin Taisne, Marie-Michèle Thiam, Sophie Vaux.

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

Contact presse

Vanessa Lemoine

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

Diffusion

Santé publique France

12, rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice

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

Date de publication

04 février 2021