

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

# COVID-19

## Point épidémiologique hebdomadaire du 19 novembre 2020

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires.

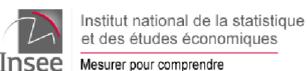
**Ce bilan est basé sur les données épidémiologiques de surveillance du COVID-19 (SARS-CoV-2) rapportées à Santé publique France jusqu'au 18 novembre 2020.**

### Points clés

- ▶ France métropolitaine : diminution de la circulation du SARS-CoV-2 mais maintien à un niveau élevé de l'ensemble des indicateurs
  - Diminution du nombre de nouveaux cas confirmés, des hospitalisations et des nouvelles d'admissions en réanimation
  - Tendance à la stabilisation des décès (en cours de consolidation et à confirmer)
  - Excès de mortalité plus marqué en semaines 43, 44 et 45
  - Régions les plus touchées : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Provence-Alpes-Côte d'Azur
- ▶ Outre-mer
  - Martinique, Guadeloupe et Mayotte : tendance à la diminution
  - Guyane : tendance à l'augmentation
  - La Réunion : diminution de l'incidence
- ▶ Prévention : Etude CoviPrev (début novembre)
  - Augmentation de l'adoption des mesures d'hygiène et de réduction des contacts
- ▶ Santé mentale : Etude CoviPrev
  - Augmentation significative des troubles dépressifs dans l'ensemble de la population (de 10% fin septembre à 21% début novembre)



Institut national de la santé et de la recherche médicale



### Chiffres clés en France

S46 S45\* Evolution

#### Indicateurs hebdomadaires semaine 46 (du 09 au 15 novembre 2020)

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 par RT-PCR et tests antigéniques	182 783	305 135	-40%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (RT-PCR seules)	16,2%	19,7%	-3,5 points
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	4 571	6 275	-27%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	11 803	14 558	-19%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	17 390	19 940	-13%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	2 761	3 037	-9%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	3 756	3 817	-2%

#### Indicateurs cumulés du 1<sup>er</sup> mars au 17 novembre 2020

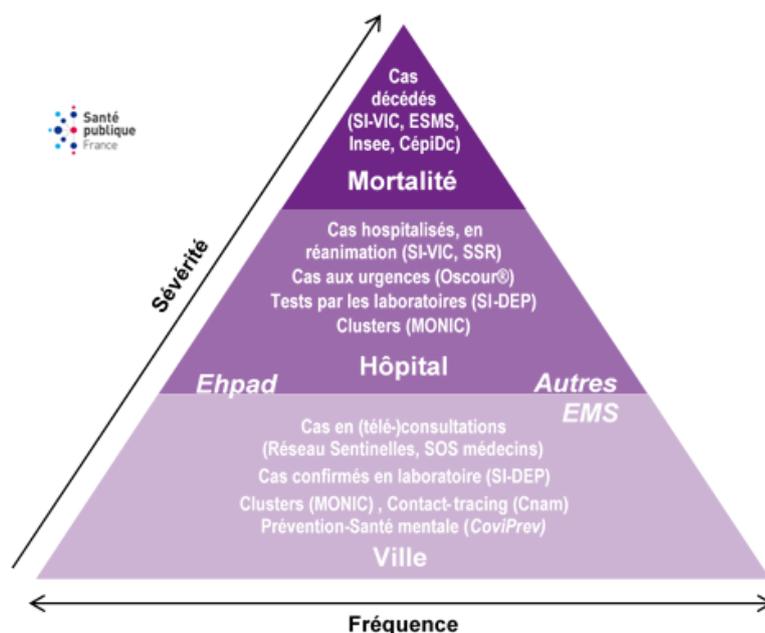
Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	208 367
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	46 273

\* Données consolidées

Sommaire	Page
Synthèse : points et chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire : réseau Sentinelles et associations SOS médecins	3-4
Surveillance virologique	5-12
Activité d'identification des contacts	13-16
Cas confirmés de COVID-19	17
Surveillance dans les établissements sociaux et médico-sociaux	18-20
Surveillance aux urgences	21
Nombre de reproduction effectif «R-effectif»	22-23
Surveillance en milieu hospitalier	24-32
Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)	33
Surveillance de la mortalité	34-37
Situation internationale	38-39
Prévention et santé mentale	40-41
Synthèse - Conclusion	42-47
Méthodes	48

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

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



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

# Surveillance en médecine ambulatoire

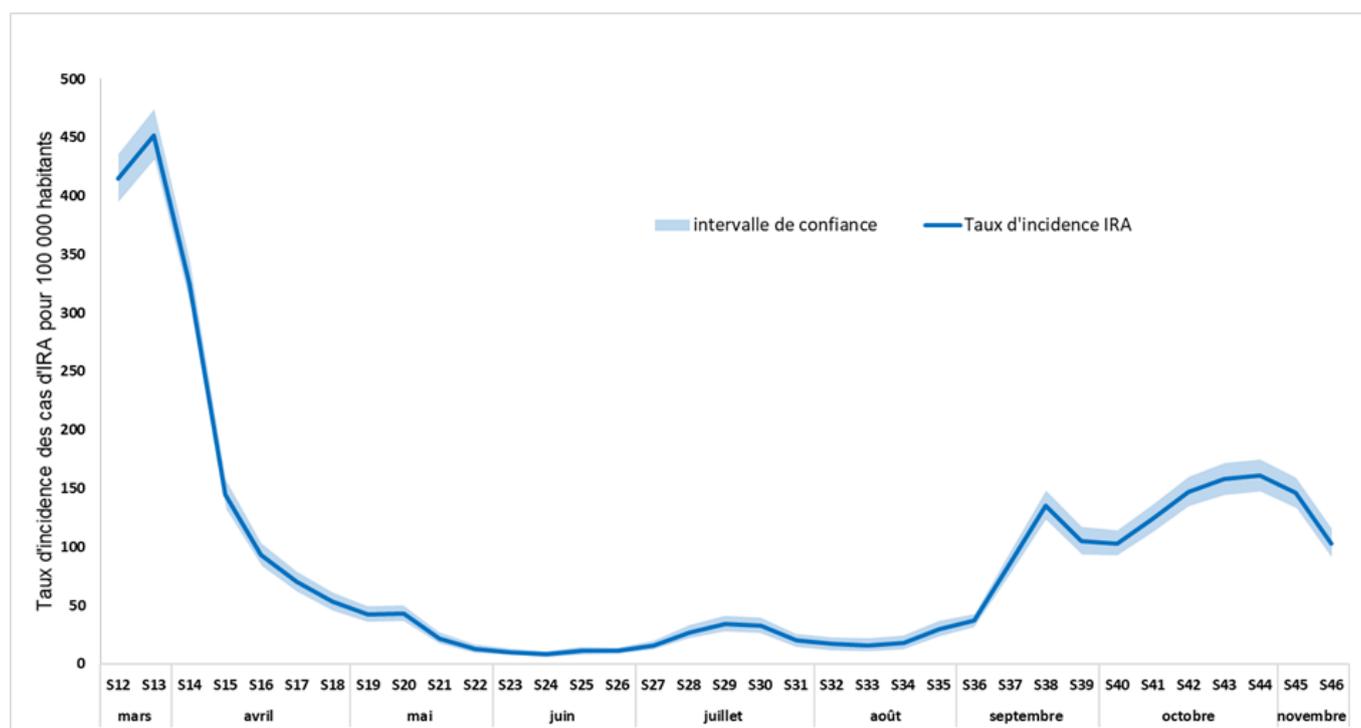
## Réseau Sentinelles

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 patients chez lesquels sont réalisés des prélèvements.

Les résultats des 2 dernières semaines seront consolidés dans les prochaines semaines.

- **En semaine 46** (du 09 au 15 novembre 2020), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 103/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [90-116]) en France métropolitaine, en diminution par rapport à celui de la semaine 45 : 146/100 000 habitants (IC95% : [133-159]) (Figure 1).
- **En semaine 46**, sur les 22 patients présentant une IRA qui ont été prélevés, 4 se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2 et 5 positifs pour un rhinovirus.
- Depuis la semaine 37, sur les 353 patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés sur prélèvement nasopharyngé, 80 (23%) se sont révélés positifs pour le SARS-CoV-2, 158/344 (46%) positifs pour un rhinovirus, 1 pour un virus respiratoire syncytial (VRS) et 1 pour un métapneumovirus. Aucun n'était positif pour un virus grippal.

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



## Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, **146 111 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 16 novembre 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 46** (du 09 au 15 novembre 2020), **4 571 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes étaient enregistrés en Auvergne-Rhône-Alpes (20%), Île-de-France (11%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (10%) et Nouvelle-Aquitaine (7%).
- Après 5 semaines de hausse, **les actes médicaux pour suspicion de COVID-19 étaient en baisse pour la 2<sup>ème</sup> semaine consécutive** (-27%, soit -1 704 actes par rapport aux 6 275 actes enregistrés en S45 – données consolidées).
- Cette baisse concernait **toutes les classes d'âge** mais était **plus marquée chez les adultes** (-30% chez les 15-74 ans et -18% chez les 75 ans et plus) que chez les enfants (-8% chez les moins de 15 ans). Elle était observée dans **toutes les régions** et de manière plus marquée en Ile-de-France (-35,9% soit -411 actes), Centre-Val-de-Loire (-33,5% soit -80 actes), Hauts-de-France (-33,2% soit -200 actes) et Occitanie (-33% soit -89 actes).
- La **part des actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était également en baisse à 7,7% (vs 11% en semaine 45) (Figure 2).

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

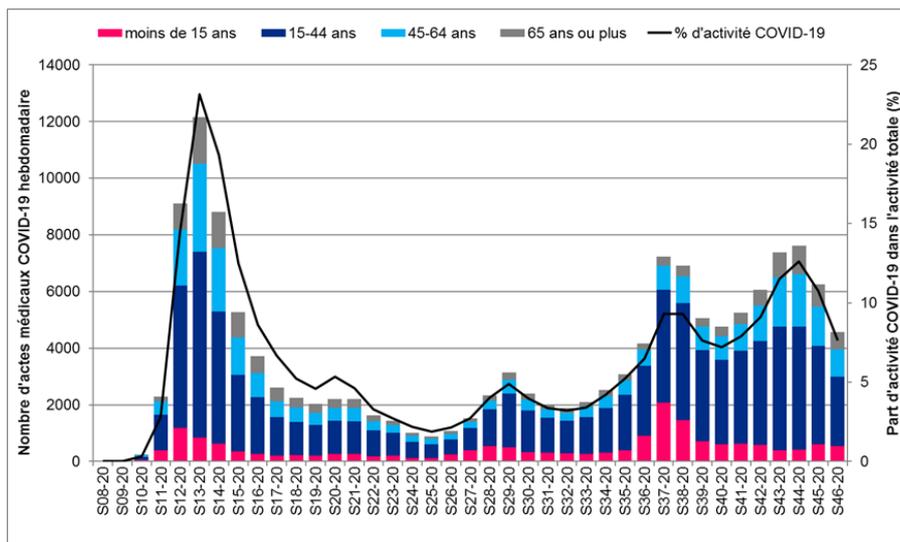
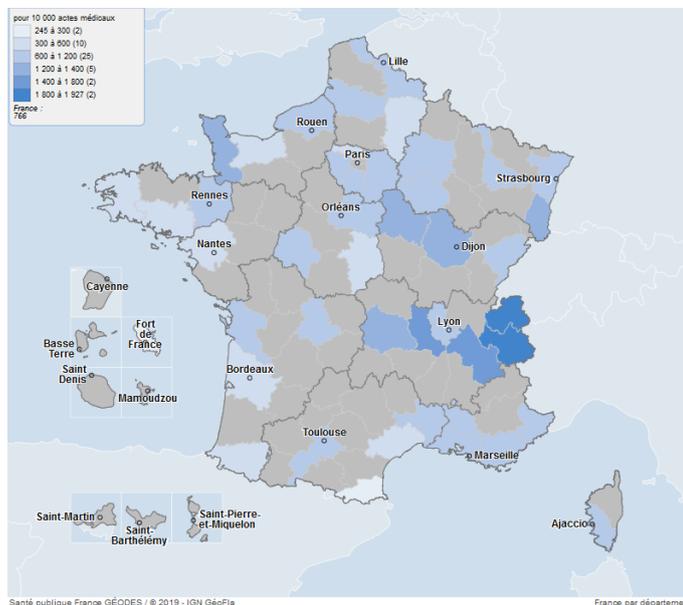


Figure 3. Taux hebdomadaires d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes médicaux SOS Médecins, par département, semaine 46/2020, France (source : SOS Médecins)



Pour en savoir plus sur les données SOS Médecins consulter : [GEODES](https://www.legeodes.fr/)

# Surveillance virologique (résultats de RT-PCR via SI-DEP)

Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou par département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées dans le temps. Ces indicateurs, associés aux autres, permettent de suivre la dynamique de l'épidémie.

Jusqu'à la semaine 19, la surveillance virologique s'est appuyée sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 Labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis la semaine 20, elle s'appuie sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers.

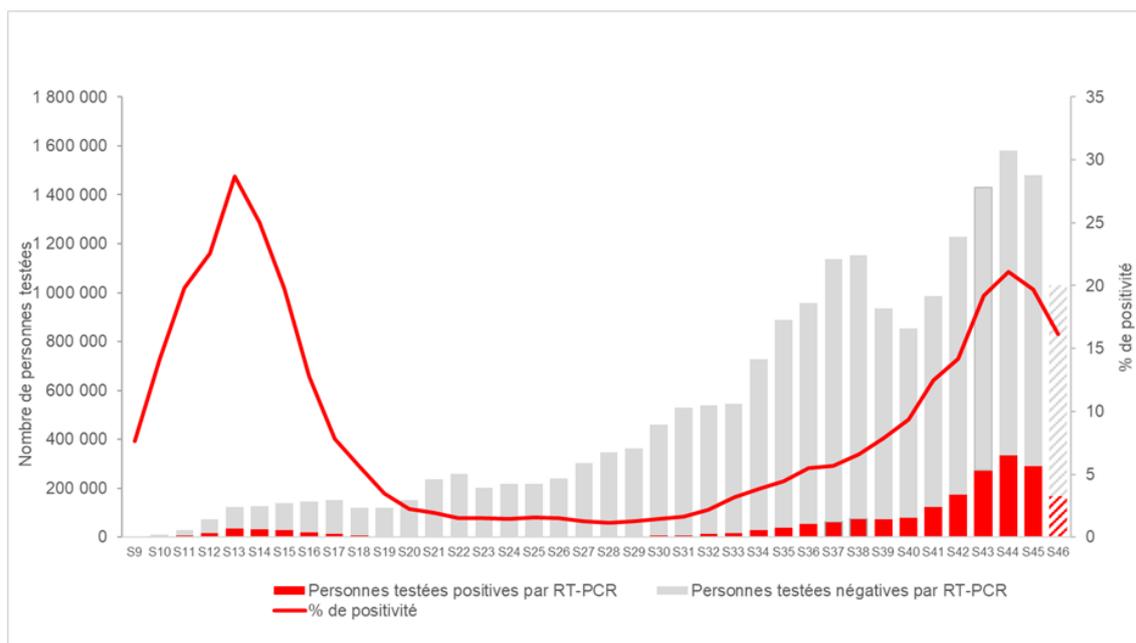
Les données des personnes testées aux aéroports sont prises en compte. Lorsque le code postal de la personne testée est disponible, les données sont attribuées au département et région de résidence ; lorsqu'il ne l'est pas, les données ne sont prises en compte que pour les analyses nationales (région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

**Actuellement les données transmises et analysées ici concernent les tests RT-PCR uniquement. Les tests antigéniques réalisés dans les laboratoires de biologie médicale (TDR) saisis dans SI-DEP depuis le 17 octobre ainsi que ceux réalisés hors laboratoires de biologie médicale (TROD) qui sont saisis dans SI-DEP depuis le 16 novembre pourront être intégrés prochainement dans cette partie.**

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

- Au niveau national, en semaine 46, 1 030 645 personnes ont été testées pour la première fois pour le SARS-CoV-2 par RT-PCR (pour 1 653 414 tests réalisés). En S46, **166 577 nouveaux cas confirmés par RT-PCR** ont été rapportés, **nombre en forte diminution** par rapport à celui de la semaine 45 où 291 265 nouveaux cas avaient été rapportés, soit -43%.
- **Le taux de positivité** des personnes testées par RT-PCR national hebdomadaire était en S46 de **16,2%** (calculé sur les patients testés et dont les tests sont valides), **en diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (19,7% en S45, -3,5 points) (Figure 4).
- **Le taux national d'incidence** des cas confirmés par RT-PCR (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **248 cas/100 000 habitants** en S46 et **en forte diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (434 cas /100 000 hab. en S45, -43%).
- **Le taux de dépistage** par RT-PCR (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **1 536/100 000 habitants**, **en diminution** par rapport à la semaine 45 (2 204/100 000 hab., -30%).

Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité par RT-PCR dans les laboratoires, par semaine, France, (source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 : SI-DEP, données au 18 novembre 2020)



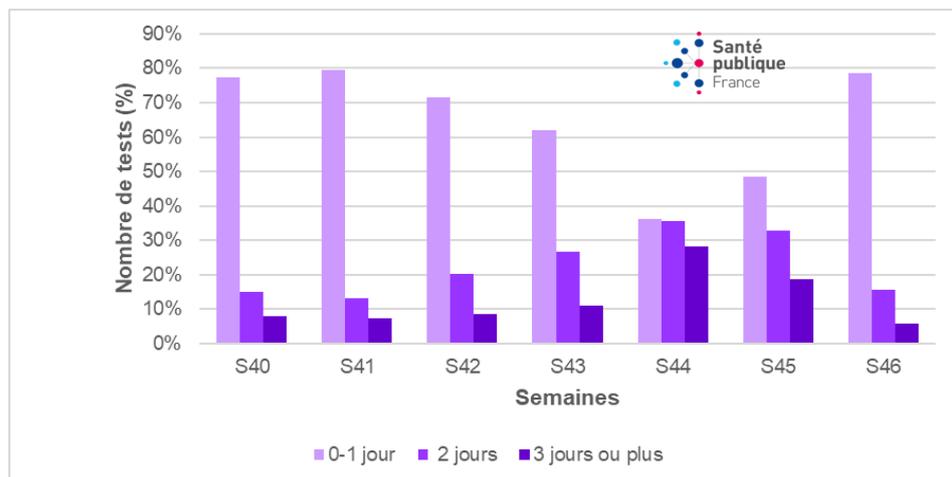
S46 : Données provisoires, en cours de consolidation

Données incluant uniquement les tests réalisés par RT-PCR. Pour avoir des informations sur la surveillance virologique par tests antigéniques se référer aux parties du point épidémiologique « Activité d'identification des contacts », « Cas confirmés de COVID-19 » et synthèse du point épidémiologique.

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

- Pour les tests dont la date de prélèvement se situe en S46 (base SI-DEP de Santé publique France), la proportion des tests intégrés dans un délai de 24h est en augmentation (79% en S46 vs. 48% en S45) (Figure 5) au profit d'une diminution de la part des tests intégrés sous 48h (15,5% en S46 vs. 33% en S45). Pour les tests prélevés en S46, 94% des tests sont intégrés dans SI-DEP en moins de 3 jours après la date du prélèvement (81% en S45).
- La Drees effectue une analyse détaillée des délais entre date de prélèvement et date de validation, par semaine de validation et conclut également à la diminution de ces délais ([publication du 19 novembre 2020](#)).

**Figure 5. Délai entre la date de prélèvement et l'intégration des données dans la base SI-DEP de Santé publique France, par semaine de prélèvement, S40/2020 à S46/2020 (source : SI-DEP, données au 18 novembre 2020)**

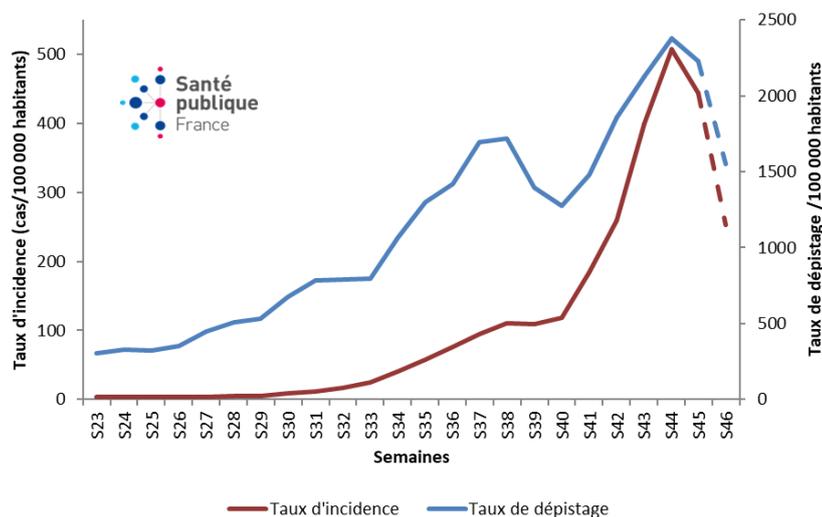


S46 : Données provisoires, en cours de consolidation

## En France métropolitaine

- En semaine 46, 1 006 992 personnes ont été testées par RT-PCR pour la première fois. En S46, 164 378 nouveaux cas ont été rapportés, en forte diminution par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S45 avec 287 812, -43%).
- **Le taux de positivité** des personnes testées par RT-PCR était de **16,3%** en S46, **en diminution** par rapport à la S45 (19,9% en S45 soit -3,6 points).
- **Le taux d'incidence** des cas confirmés par RT-PCR en France métropolitaine **a diminué** en S46 avec **253 cas/100 000 habitants** (vs. 443/100 000 en S45, -43%) (Figure 6).
- **Le taux de dépistage** par RT-PCR était de **1 552/100 000 habitants** en S46, **en diminution** par rapport à la semaine précédente (2 230/100 000 en S45, -30%), (Figure 6).

**Figure 6. Evolution des taux d'incidence et taux de dépistage par RT-PCR (/100 000 habitants), par semaine, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source : SI-DEP, données au 18 novembre 2020).**

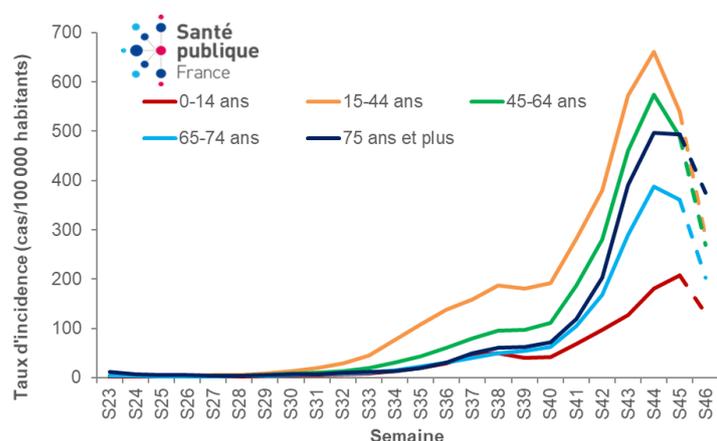


S46 : Données provisoires, en cours de consolidation

## Analyse par classes d'âge

- En semaine 46, en France métropolitaine, le **taux d'incidence** des cas confirmés par RT-PCR (pour 100 000 habitants) était de 130 chez les 0-14 ans, 285 chez les 15-44 ans, 269 chez les 45-64 ans, 203 chez les 65-74 ans et 375 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).
- En semaine 46, le **taux d'incidence** a diminué par rapport à la S45 dans toutes les classes d'âge. **La diminution la plus marquée était observée chez les 15-44 ans (-47%)**, suivie par les 45-64 ans (-45%), les 65-74 ans (-44%) puis les 0-14 ans (-37%) et les 75 ans et plus (-24%) (Figure 7a).
- En semaine 46, par rapport à la S45, le **taux de dépistage** par RT-PCR était **en diminution dans toutes les classes d'âge**. La diminution la plus forte était observée chez les 15-44 ans (-34%) et les 45-64 ans (-33%) suivi par les 65-74 ans (-28%) puis les 75 ans et plus (-20%) et les 0-14 ans (-17%) (Figure 7b).
- En semaine 46, le **taux de positivité** des personnes testées par RT-PCR **a diminué** par rapport à la S45 dans toutes les classes d'âge. Le taux de positivité était de 14,3% chez les 0-14 ans, de 15,6% chez les 15-44 ans, de 16,3% chez les 45-64 ans, 16,1% chez les 65-74 ans et de 20,8% chez les 75 ans et plus (Figure 7c). **Les diminutions les plus fortes étaient observées chez les 0-14 ans (-4,6 points, 14,3% en S46 vs. 18,9% en S45) et chez les 65-74 ans (-4,4 points, 16,1% en S46 vs. 20,5% en S45).**

Figure 7a. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-CoV-2 par RT-PCR selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 18 novembre 2020)



S46 : Données provisoires, en cours de consolidation

Figure 7b. Evolution du taux de dépistage de SARS-CoV-2 par RT-PCR selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 18 novembre 2020)

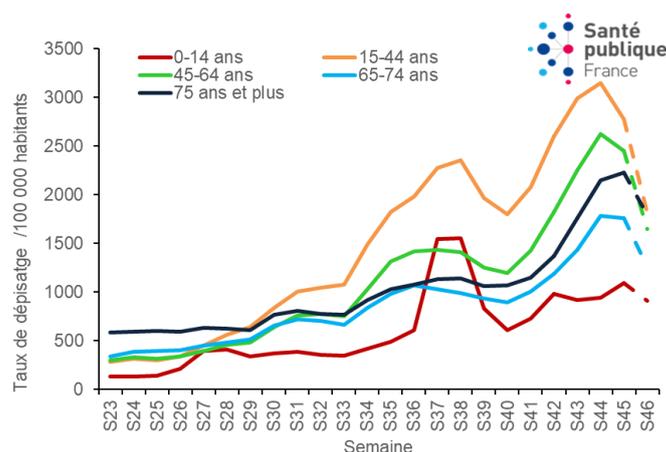
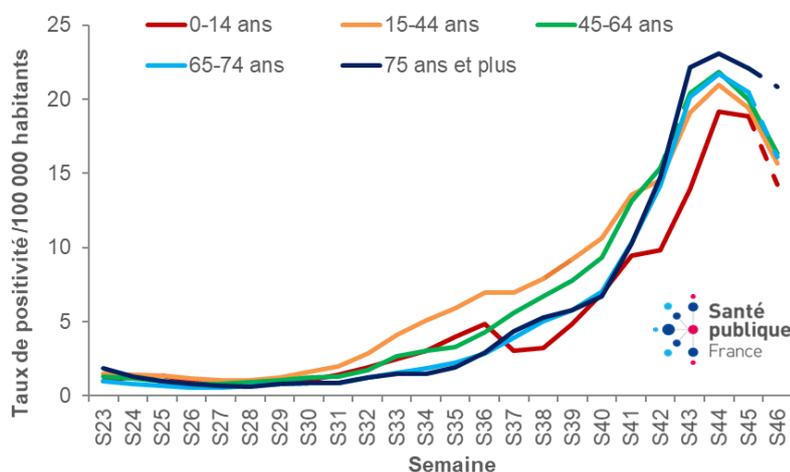


Figure 7c. Evolution des taux de positivité par RT-PCR selon les classes d'âge depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 18 novembre 2020)

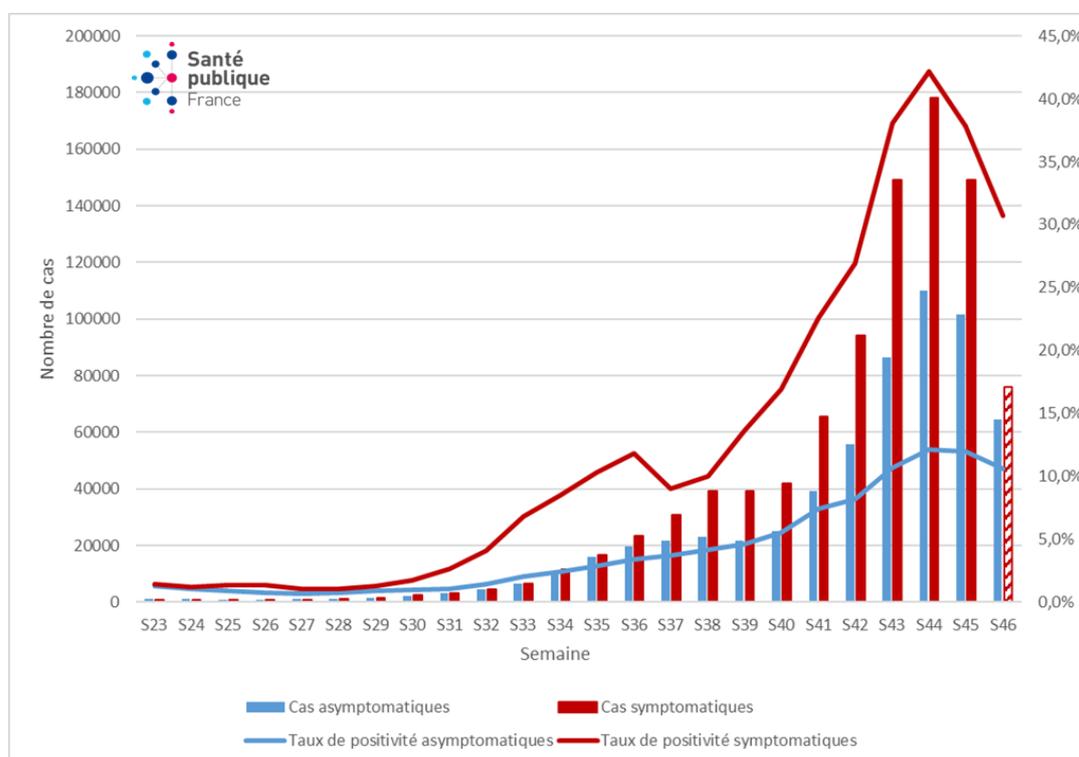


S46 : Données provisoires, en cours de consolidation

## Dépistage selon la présence de symptômes

- Parmi l'ensemble des personnes testées en S46 par RT-PCR (quel que soit le résultat du test), **71% se déclaraient sans symptôme**, proportion en hausse par rapport à la S45 (68%). **Le nombre de personnes testées a diminué en S46 par rapport à la S45**, à la fois chez les personnes symptomatiques et chez les personnes non symptomatiques : 607 170 personnes asymptomatiques en S46 vs. 847 341 en S45 (-28%) et 247 331 personnes symptomatiques en S45 vs. 394 309 en S44 (-37%).
- **Plus de la moitié des cas positifs (54%) présentaient des symptômes** (données disponibles pour 140 451 cas). Cette proportion était en baisse par rapport à la S45 (59%) (Figure 8).
- En S46, le **taux de positivité des cas confirmés par RT-PCR était de 30,7% chez les personnes symptomatiques, en diminution par rapport à la S45 (37,8%)**. Il était de 10,6% chez les asymptomatiques (vs. 12,0% en S45) (Figure 8).
- En S46, par rapport à la S45, **une diminution des nombres de cas était observée chez les personnes testées symptomatiques (-36,6%) et chez les personnes testées asymptomatiques (-49,1%)** (Figure 8).

Figure 8. Evolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2 et du taux de positivité par RT-PCR selon la présence ou non de symptômes (1 411 095 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 18 novembre 2020).



S46 : Données provisoires, en cours de consolidation

## 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

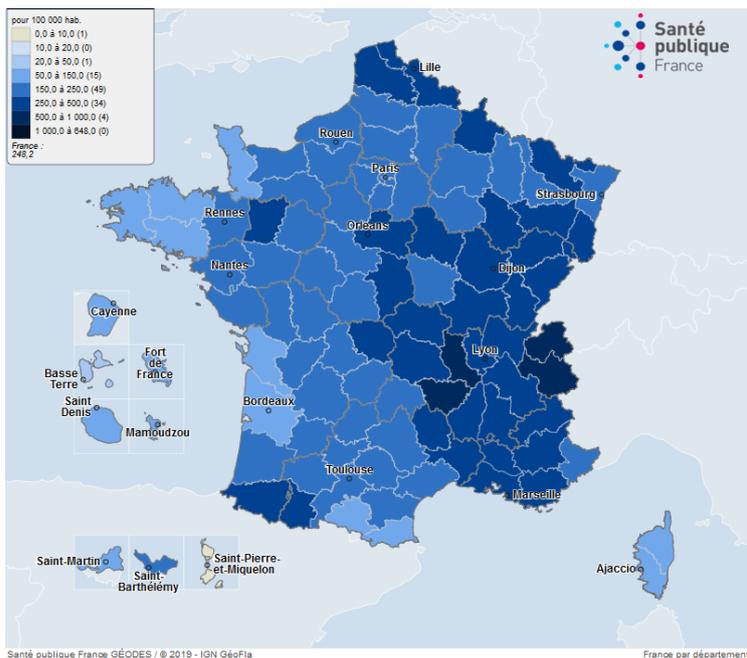
- En semaine 46, dans tous les **départements le taux d'incidence** des cas confirmés par RT-PCR **était au-dessus du seuil d'alerte de 100/100 000 habitants, à l'exception de la Corse du Sud (95/100 000), du Finistère (80) et de la Charente-Maritime (75)**. Trente-huit départements dépassaient le taux de 250 cas pour 100 000 habitants, vs quatre-vingt-sept en S45. Les départements présentant les taux d'incidence les plus élevés étaient situés en région Auvergne-Rhône-Alpes : la Haute-Savoie (648/100 000 habitants), la Loire (583), la Savoie (581), la Haute-Loire (556) et l'Isère (498) (Figure 9a). Dans ces départements, ces taux étaient toutefois en **diminution par rapport à la semaine précédente**.
- **Le taux de positivité** des personnes testées par RT-PCR était supérieur à 10% dans 86 départements de France métropolitaine. Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés en région Auvergne-Rhône-Alpes : en Haute-Savoie (30%), dans la Loire (28%), en Isère (26%), en Savoie (26%) et en Haute-Loire (23%) et ils étaient en **diminution par rapport à la semaine précédente dans ces départements** (Figure 9b).
- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** par RT-PCR en S46 étaient la Haute-Loire (2 351/ 100 000 hab.), la Savoie (2 203), la Haute-Savoie (2 173), la Haute-Marne (2 219) et le Doubs (2 110), et étaient en **diminution par rapport à la semaine précédente**.

### En outre-mer

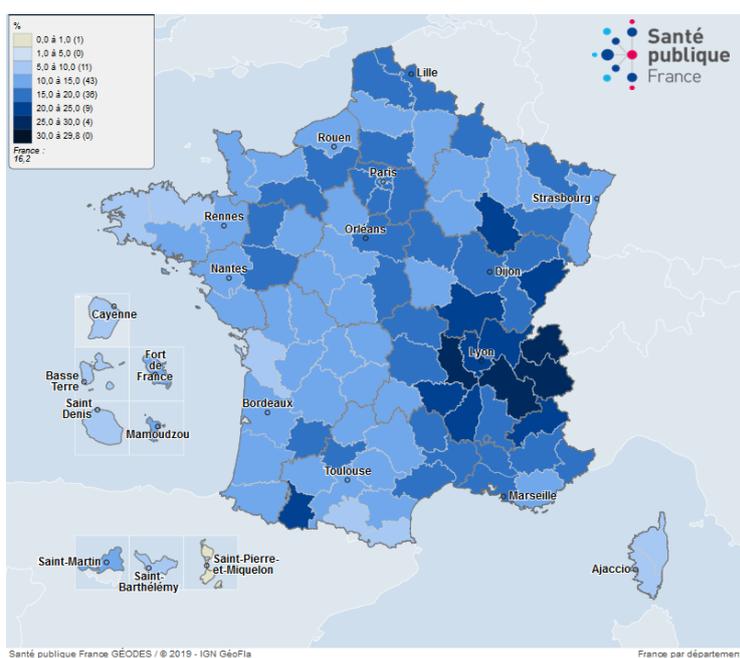
- **En Guyane**, les indicateurs étaient **en hausse** en semaine 46 : le taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR était de 54/100 000 habitants (47 en S45) et le taux de positivité de 8,7% (6,3% en S45).
- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient **en baisse** en S46 : le taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR était de 34/100 000 habitants (vs. 51/100 000 habitants en S45) et le taux de positivité était de 8% (vs. 10% en S45).
- **A La Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient **en baisse** en S46 : le taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR était de 69/100 000 habitants (81 en S45) et le taux de positivité de 6,0% (6,6% en S45).
- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP étaient **en baisse** en S46, avec un taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR de 100/100 000 habitants (145 en S45) et un taux de positivité de 11,5% (12,7% en S45).
- **A Mayotte**, les indicateurs SI-DEP étaient **en baisse** en S46 : le taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR était de 75/100 000 habitants (103 en S45) et le taux de positivité de 12,6% (14,7% en S45).
- **A Saint-Martin**, les indicateurs SI-DEP étaient **en baisse** en S46 avec un taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR de 95/100 000 habitants (123/100 000 hab. en S45) et un taux de positivité de 13,8% (vs.17,8% en S45)

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 par RT-PCR par département, France, du 09 au 15 novembre 2020 (source : SI-DEP, données au 18 novembre 2020)

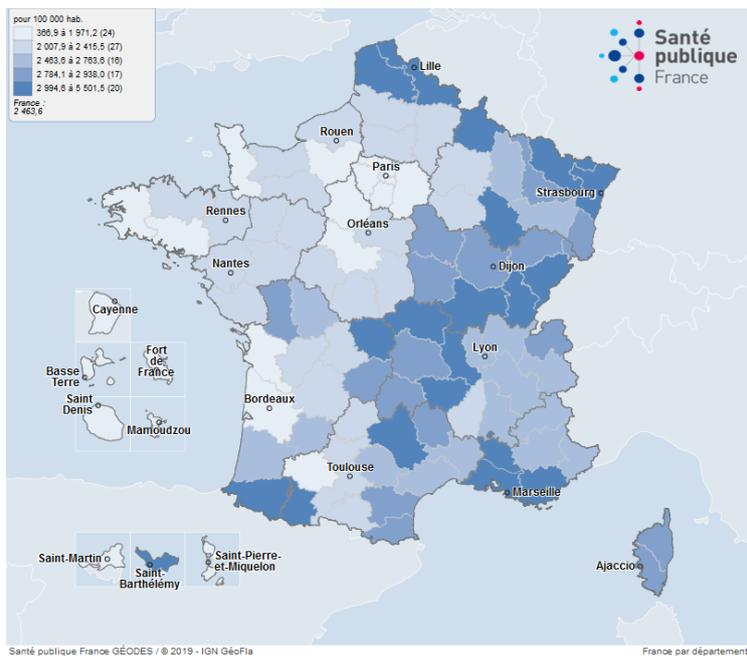
9a.



9b.



9c.



Pour en savoir plus sur les données SI-DEP consulter : [GEODES](https://www.santepubliquefrance.fr/geodes)

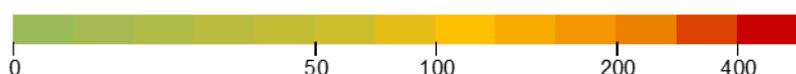
## Au niveau des métropoles

En 2020, le territoire français métropolitain compte 21 Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à statut de métropoles, auxquels il faut ajouter la collectivité territoriale de Lyon métropole. Nous présentons ici les données tous âges pour les 22 métropoles. Ces données, ainsi que celles pour les 65 ans et plus sont disponibles ici : <https://geodes.santepubliquefrance.fr>

- En semaine 46, **les taux d'incidence** des cas confirmés par RT-PCR étaient **toujours élevés** (Tableau 1). La **diminution des taux d'incidence observée en S45 se confirme en S46 dans les 22 métropoles**. Les baisses les plus importantes étaient observées en métropoles de Strasbourg (-56%), de Lyon (-55%) et de Brest (-52%). Ces résultats seront à confirmer en S47.
- En semaine 46, 11 métropoles avaient un taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR supérieur à 250 cas pour 100 000 habitants (vs. 20 métropoles en S45). Les cinq métropoles présentant les taux d'incidence les plus élevés étaient : **Saint-Etienne Métropole** (511 cas/100 000 hab.), **Grenoble-Alpes-Métropole** (494 cas/100 000 hab.), **Métropole Européenne de Lyon** (370 cas/100 000 hab.), **Métropole de Dijon** (351 cas/100 000 hab.) et **Métropole d'Orléans** (337/100 000 hab.) (Figure 10).
- En semaine 46, le **taux de dépistage** par RT-PCR sur l'ensemble des 22 métropoles variait de 1 319 à 1 928 pour 100 000 habitants (moyenne : 1 441 pour 100 000 hab. vs. 2 157 pour 100 000 hab. en S45). Les métropoles de **Strasbourg, Saint-Etienne et Toulon** présentaient les taux de dépistages les plus importants.
- En semaine 46, les **taux de positivité** des personnes testées par RT-PCR étaient **en baisse pour les 22 métropoles**. Le taux moyen de positivité était de 16,7%, il variait de 7,0% (métropole de Brest) à 27,6% (Grenoble).

**Tableau 1. Evolution des taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR hebdomadaires par métropole\*, France, du 13 juillet au 15 novembre 2020 (source SI-DEP, données au 18 novembre 2020)**

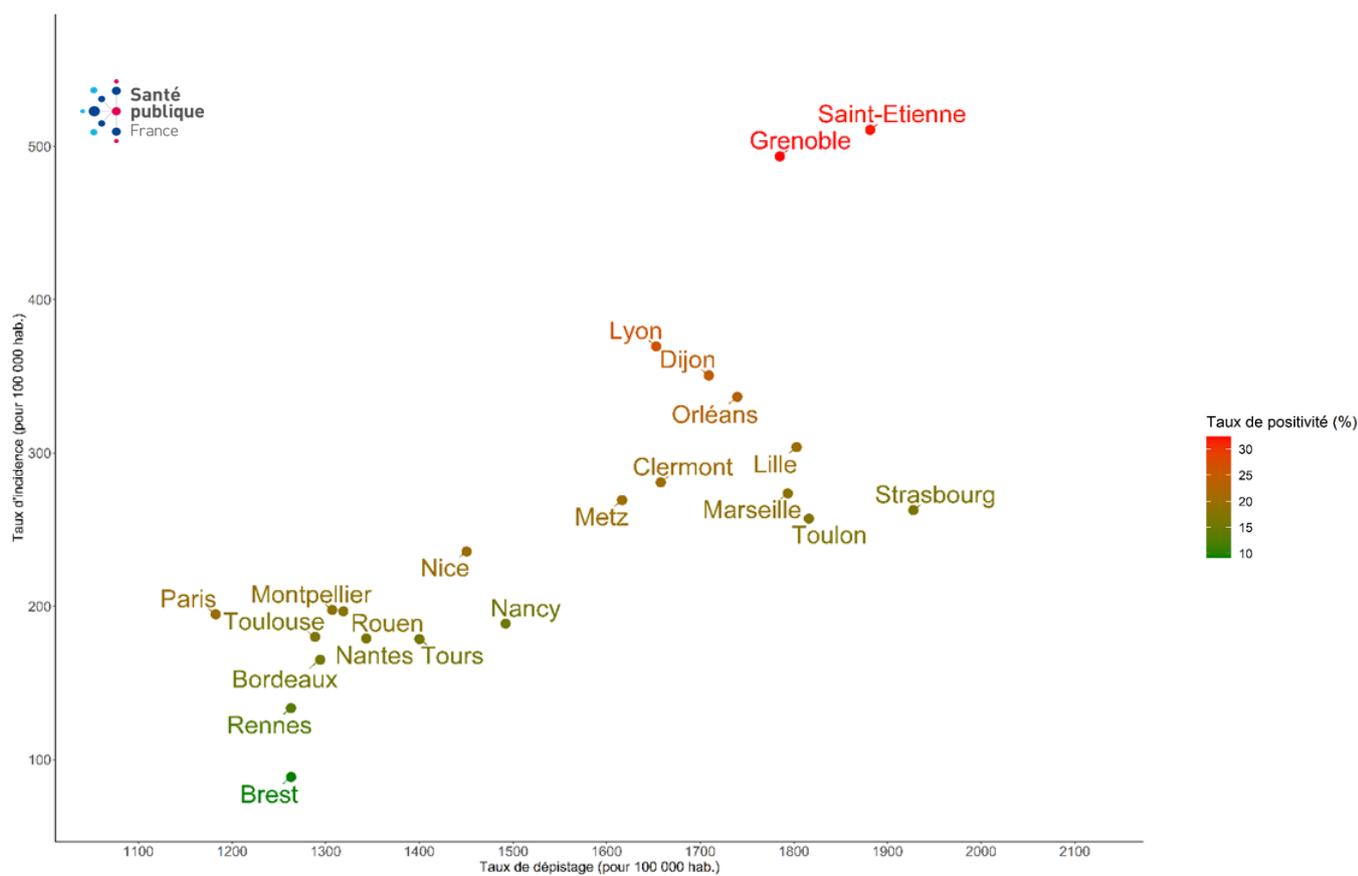
Métropoles	Semaines																	
	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
ARA - Clermont Auvergne Métropole	0	2	3	3	6	3	8	21	50	76	126	183	245	348	578	611	543	281
ARA - Grenoble-Alpes-Métropole	4	5	2	20	7	12	10	41	92	108	279	280	423	579	805	923	891	494
ARA - Métropole de Lyon	10	12	5	8	17	22	50	117	120	147	247	235	382	599	839	874	827	370
ARA - Saint-Etienne Métropole	8	3	10	6	5	11	24	32	83	122	216	303	512	825	1 160	1 182	909	511
BFC - Dijon Métropole	2	6	2	4	4	20	28	43	58	60	160	153	185	261	448	615	639	351
BRE - Brest Métropole	25	3	0	5	3	3	3	13	13	28	58	65	83	114	169	215	183	89
BRE - Rennes Métropole	0	7	8	10	11	10	7	19	65	62	161	145	139	159	235	312	266	134
CVL - Orléans Métropole	0	2	14	10	32	34	29	18	34	52	107	126	191	261	427	509	514	337
CVL - Tours Métropole Val de Loire	2	3	6	5	8	5	11	39	39	43	96	122	181	240	392	442	333	179
GE - Metz Métropole	14	0	7	6	7	2	23	17	60	77	52	63	113	186	420	509	462	269
GE - Métropole du Grand Nancy	12	13	22	83	28	7	14	32	26	39	73	89	123	200	357	470	338	189
GE - Eurométropole de Strasbourg	2	5	10	6	11	16	7	7	26	23	93	69	145	260	577	725	597	263
HDF - Métropole Européenne de Lille	13	25	34	21	27	24	22	49	82	117	307	322	505	708	944	876	590	304
IDF - Métropole du Grand Paris	10	13	15	28	27	33	45	57	69	85	213	244	352	419	525	542	369	195
NAQ - Bordeaux Métropole	12	3	2	7	5	22	21	66	81	122	148	144	140	147	236	290	265	165
NOR - Métropole Rouen Normandie	5	1	2	2	21	16	41	36	53	59	180	180	274	289	378	452	393	197
OCC - Montpellier Méditerranée Métropole	1	2	13	12	14	28	38	44	77	67	144	193	244	320	445	452	380	198
OCC - Toulouse Métropole	2	14	9	18	22	31	46	52	92	109	258	222	269	356	477	435	318	180
PACA - Métropole d'Aix-Marseille-Provence	5	7	14	22	33	64	98	135	167	148	199	194	236	329	573	593	488	274
PACA - Métropole Nice Côte d'Azur	10	16	15	22	34	35	44	82	103	93	95	80	113	164	224	333	367	236
PACA - Métropole Toulon-Provence-Méditerranée	0	0	1	4	9	22	43	42	36	41	61	60	108	186	371	497	442	257
PDL - Nantes Métropole	7	6	7	11	8	11	13	14	29	39	93	118	148	210	345	405	357	179



\* Les métropoles sont présentées par ordre alphabétique des régions administratives. La borne maximale d'incidence a été placée à 400.

Les estimations d'incidence présentées dans ce chapitre ne concernent que les cas confirmés par test RT-PCR (données SI-DEP) et ne prennent pas en compte les personnes confirmées par test antigénique.

Figure 10. Taux d'incidence, taux de dépistage et taux de positivité pour les 22 métropoles en semaine 46 (source SI-DEP, données au 18 novembre 2020)



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

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

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

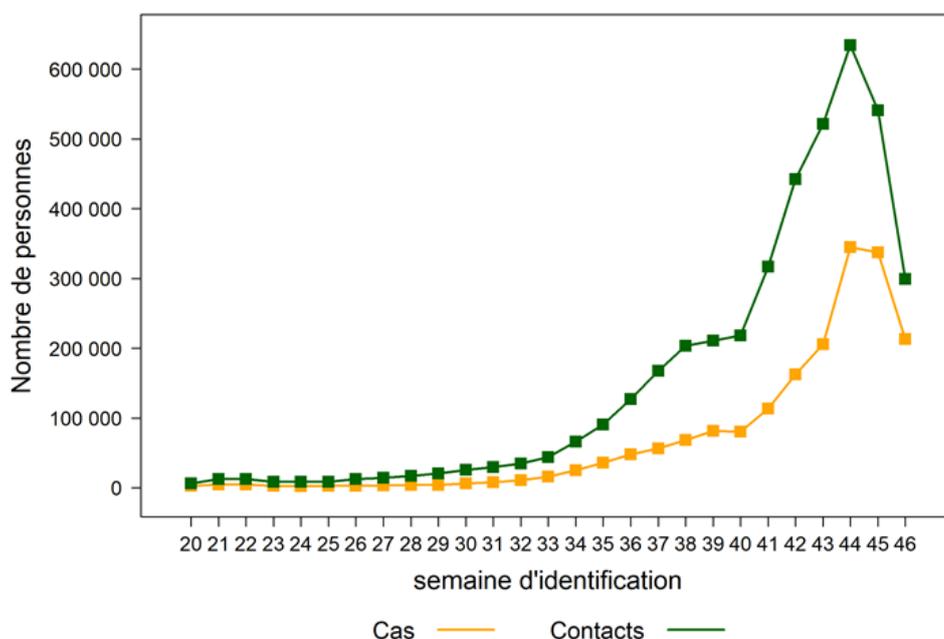
Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) dans le cadre des actions de contact tracing (base de données ContactCovid) permettent de juger de l'efficacité du dispositif de contact tracing et donnent des indications complémentaires aux données de surveillance quant à la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

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

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

- Au cours de la semaine 46, **une chute du nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque enregistrés est observée** avec respectivement 212 952\* nouveaux cas confirmés (vs. 337 670 en S45, soit -37%) et 299 051 nouvelles personnes-contacts à risques (vs 540 600 en S45, soit -45%) enregistrés (Figure 11).
- En semaine 46, **sur l'ensemble des nouveaux cas, 91,8% ont été diagnostiqués par RT-PCR** (vs 96,2% en S45), **8,1% par tests antigéniques** (vs 3,7% en S45) et 0,1% étaient des cas probables (0,1% en S45). Parmi les personnes diagnostiquées par tests antigéniques, 69% étaient symptomatiques ; 49% étaient symptomatiques parmi les personnes diagnostiquées par RT-PCR.
- **Parmi les cas diagnostiqués par tests antigéniques, la majorité l'ont été en région Ile-de-France (29%), en Auvergne-Rhône-Alpes (23%) et en Provence-Alpes-Côte-D'Azur (10%).**

Figure 11. Nombre de cas\* et de personnes-contacts à risque identifiés par semaine du 13 mai au 15 novembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



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

**Note :** En raison d'un problème technique pour la semaine 43, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont actuellement sous-estimés. Des investigations sont en cours pour consolider ces données.

[Guide méthodologique d'investigation des cas et des personnes-contacts, pour la réalisation du contact-tracing, durant la période suivant le confinement](#)

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

De nouvelles modifications sont intervenues en semaine 45 sur les plateformes de l'Assurance maladie, afin de faire face à l'augmentation exponentielle du nombre de cas et de personnes-contacts à joindre, dans un délai suffisamment court pour être efficace. Dorénavant, l'ensemble des cas confirmés de Covid-19 reçoivent, avant tout échange téléphonique, un message SMS leur demandant de préparer l'entretien et la liste de leurs personnes-contacts à risque. Pour les personnes-contacts, afin de toucher l'ensemble des personnes-contacts et pas seulement celles qui détiennent un compte Ameli, les mails sont remplacés par des SMS renvoyant, via un lien cliquable, vers un site Internet contenant l'ensemble des informations utiles sur les mesures sanitaires à respecter et sur leurs droits. Ainsi, une personne-contact prise en charge par l'Assurance maladie pour le contact-tracing correspond dorénavant à une personne ayant reçu un SMS et ayant été au bout du processus sur le site Internet ou une personne-contact appelée. Les personnes-contacts qui n'ont pas été au bout de la démarche sur le site Internet ou celles pour lesquelles l'Assurance maladie ne dispose pas d'un numéro de téléphone portable continuent à être appelées.

- **En semaine 46, la proportion de cas ayant pu être investigués par l'Assurance Maladie augmente pour s'établir à 95%** (vs. 91% en S45). La proportion de personnes-contact à risque contactées en semaine 46 est estimée à 97% (Tableau 2). Trente-deux pour cent des personnes-contacts ont été informées sans appel car ayant été au bout de la démarche sur le site internet (vs. 40% en S45).

**Tableau 2. Nombre et proportion de cas et de personnes-contacts à risque pris en charge par l'Assurance maladie pour le contact tracing (investigations, appels, contacts par mail ou sms selon la période) par région, depuis le début de l'activité de suivi de contacts du 13 mai au 15 novembre 2020 et pendant la dernière semaine (S46/2020) (source : ContactCovid – Cnam)**

Territoires/régions	Depuis la levée du confinement du 13/05 au 15/11				Semaine 46 du 09/11 au 15/11			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>France entière</b>	1 846 591**	94	4 094 057**	97	212 952	95	299 051	97
<b>France métropolitaine</b>	1 807 677	95	3 992 513	97	211 355	95	295 123	98
Auvergne-Rhône-Alpes	343 552	100	723 620	98	49 486	99	63 691	99
Bourgogne-Franche-Comté	73 794	91	170 724	87	13 644	94	19 915	94
Bretagne	44 701	97	150 766	98	5 216	95	9 757	97
Centre-Val de Loire	48 860	99	120 971	99	7 081	96	10 805	94
Corse	6 418	95	15 277	95	571	95	851	100
Grand Est	119 212	100	284 429	96	17 464	98	27 207	97
Haut-de-France	193 322	93	408 707	98	20 322	95	29 167	98
Ile-de-France	423 844	88	751 289	98	35 409	89	37 736	97
Normandie	66 172	96	177 924	99	7 825	97	13 925	100
Nouvelle-Aquitaine	104 920	96	316 450	95	12 846	95	22 870	97
Occitanie	150 045	98	358 326	99	15 108	96	22 812	97
Pays de la Loire	70 777	100	231 219	98	9 403	99	16 554	98
Provence-Alpes-Côte d'Azur	162 060	90	282 811	94	16 980	93	19 833	97
<b>France ultra-marine</b>								
La Réunion	7 108	90	21 755	97	646	89	2 174	94
Martinique	4 905	99	11 986	97	390	97	615	93
Mayotte	2 219	69	4 351	79	120	26	88	48
Guadeloupe	8 417	93	12 349	99	159	80	190	88
Guyane	7 401	93	11 264	100	145	96	329	98
<i>Région indéterminée</i>	8 864		39 839		137		532	

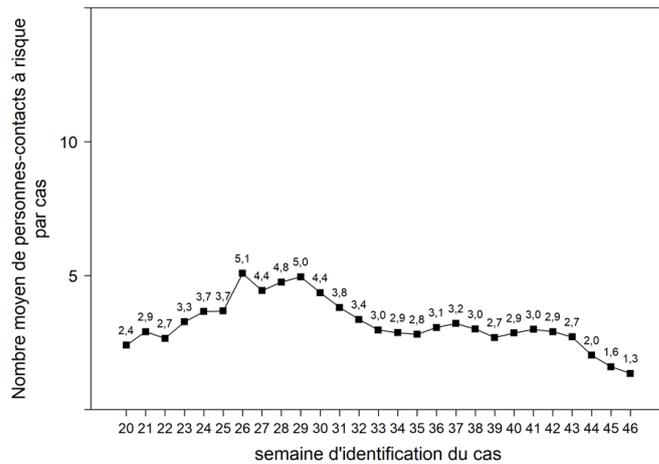
\* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 16/11/2020, ou confirmés par un test antigénique utilisé dans les conditions prévues par l'avis de la HAS du 24 septembre 2020.

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

## Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- Le **nombre moyen** de personnes-contacts à risque par cas a **diminué à 1,3** (vs 1,6 pour la semaine 45) (Figure 12). En semaine 46, 54% des cas ne rapportaient aucune personne-contact à risque.

Figure 12. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine du 13 mai au 15 novembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)

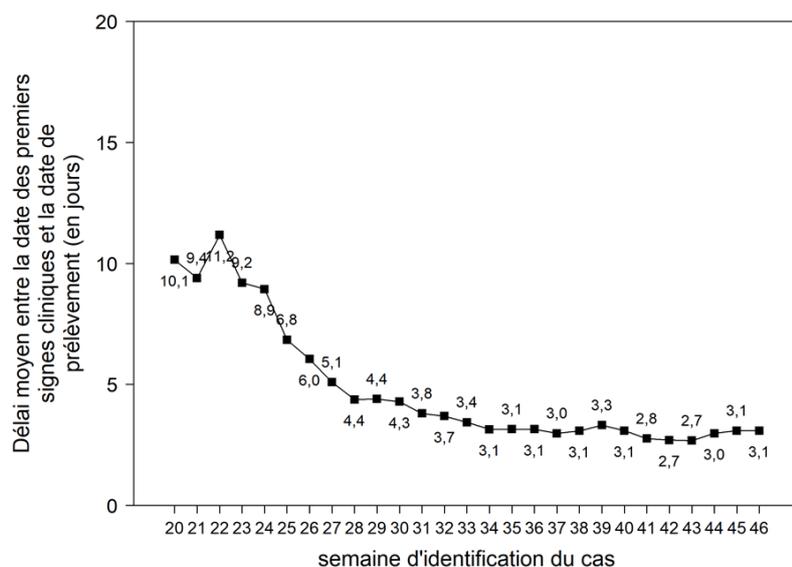


Note : Indicateur non estimable pour la semaine 43

## Délai de dépistage des cas symptomatiques

- En **semaine 46**, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour dépistage par RT-PCR et tests antigéniques renseignés (n=105 985), **le délai moyen de dépistage était stable à 3,1 jours** (Figure 13). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient. Les délais de dépistage pour les régions ultra-marines, notamment en Guadeloupe et en Martinique restent toujours plus élevés que ceux des régions métropolitaines. Ce délai restait particulièrement long en Martinique atteignant 6,7 jours en S46 (vs. 7,1 en S45) (Figure 14).
- Le délai de dépistage moyen était plus court d'une demi-journée pour les cas diagnostiqués par test antigénique (2,4 jours vs 3,2 jours pour les RT-PCR).

Figure 13. Délai (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement de la RT-PCR parmi les cas symptomatiques par semaine du 13 mai au 15 novembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



Note : le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et de prélèvement renseignées. En semaine 45 cela représente 51% des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre.

Note : Indicateur non estimable pour la semaine 43.

Figure 14. Délai (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement de la RT-PCR parmi les cas symptomatiques par semaine du 13 mai au 15 novembre 2020, par région (source : ContactCovid – Cnam)

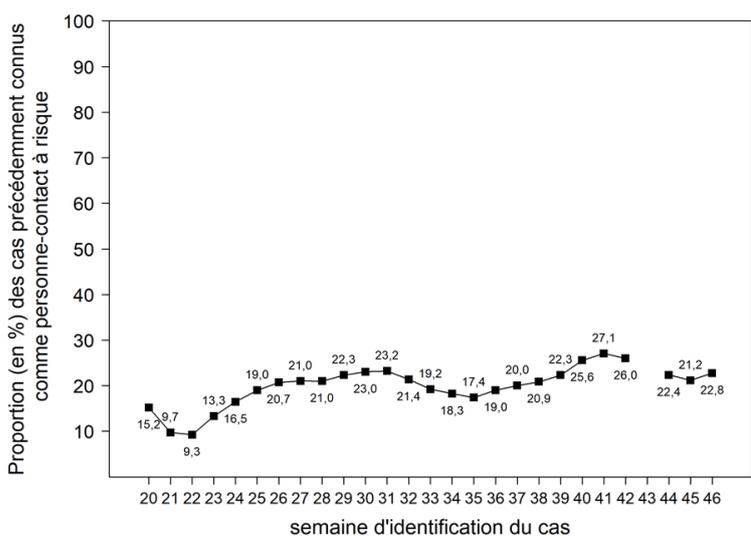


**Note :**  
 Délai moyen calculé si au moins 30 cas avec l'information.  
 La ligne verticale correspond à la moyenne nationale de la semaine.

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

- En semaine 46, 22,8% des nouveaux cas identifiés étaient précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas (n=48 482). Après 3 semaines de baisse, cet indicateur a augmenté en semaine 46 (+1,6 points par rapport à la semaine 45) (Figure 15). Des disparités importantes entre régions métropolitaines sont à noter : de 16,4% en Ile-de-France à 28,4% en Pays-de-la-Loire (Figure 16). Dans les régions ultramarines, cette proportion varie de 2,5% pour Mayotte à 33,9% à La Réunion.

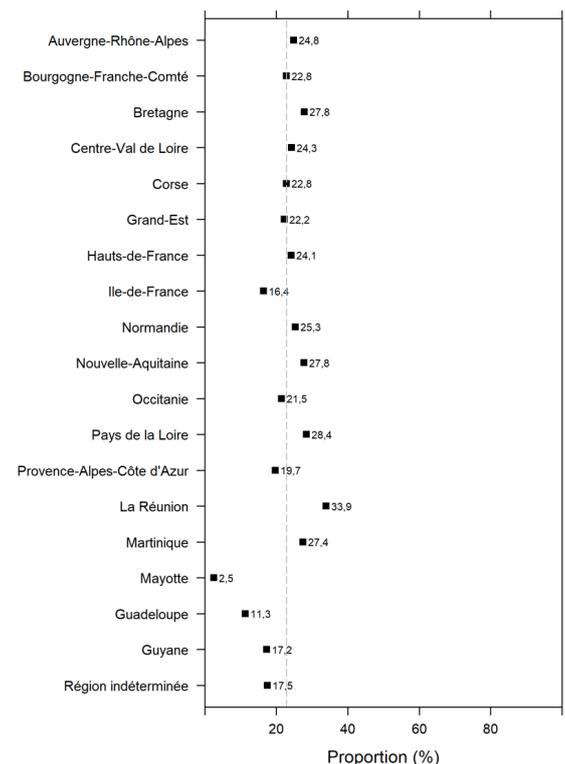
Figure 15. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine du 13 mai au 15 novembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



**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. En raison d'un défaut de remontée des données pour la semaine 43, les données ne sont pas présentées pour cette semaine.

**Note :** Indicateur non estimable pour la semaine 43.

Figure 16. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque durant la semaine 46 (du 09 au 15 novembre 2020), par région (source : ContactCovid – Cnam)



**Note :** Proportion calculée quand au moins 30 cas.

# Cas confirmés de COVID-19

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

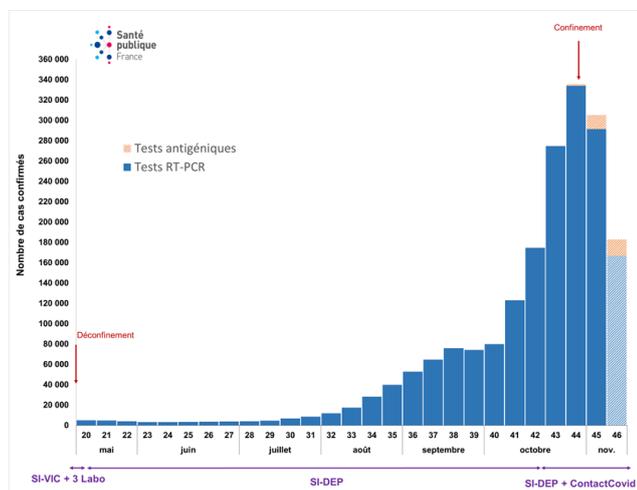
Entre le 21 janvier et le 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France. Entre le 26 mars et le 12 mai 2020, 115 010 cas confirmés ont été rapportés (cas incidents hospitaliers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

Depuis le 16 novembre 2020, les tests antigéniques (TA) réalisés hors laboratoires de biologie médicale (TROD) sont saisis et intégrés dans la base SI-DEP. Les indicateurs intégrant ces données seront disponibles dans les prochaines semaines.

Dans l'attente de l'exploitation des données sur les tests antigéniques via SI-DEP, l'Assurance maladie transmet à Santé publique France, les cas de COVID-19 confirmés par test antigénique et enregistrés dans ContactCovid.

- **Entre le 13 mai et le 18 novembre 2020, 1 889 083 cas confirmés par RT-PCR ont été rapportés dans SI-DEP.** Depuis la disponibilité des tests antigéniques (TA) jusqu'au 18 novembre, **35 812 cas confirmés par tests antigéniques ont été enregistrés dans la base ContactCovid.**
- **Au 18 novembre 2020, un total de 2 065 138 cas confirmés de COVID-19 a été rapporté à Santé publique France** depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.
- Le cumul des cas confirmés par RT-PCR (SI-DEP) et par test antigénique (ContactCovid) doit être interprété avec prudence. Il n'est pas possible à ce stade d'identifier les patients ayant un test RT-PCR positif et un test antigénique positif, du fait de l'impossibilité de croiser les bases SI-DEP et ContactCovid. Certains patients peuvent ainsi être comptés en double ; il n'est pas non plus possible d'évaluer l'exhaustivité de la remontée des tests antigéniques dans la base ContactCovid.
- La prise en compte conjointe des TA et des RT-PCR (vs. RT-PCR seuls) a contribué à augmenter l'incidence de 10% par comparaison à une analyse avec les RT-PCR seuls (incidence de 272/100 000 vs 248). Cette augmentation a été observée en particulier en Ile-de-France (19%, 241 vs 203), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (12%, 306 vs. 274/100 000) et en Auvergne-Rhône-Alpes (10%, 503 vs 456/100 000). **La prise en compte des TA n'a cependant pas modifié la tendance qui reste globalement à la diminution entre les S45 et 46.**
- Au niveau national, la **diminution du nombre de nouveaux cas confirmés** observée la semaine précédente se poursuit. **En semaine 46**, 182 783 nouveaux cas ont été enregistrés vs. 305 135 en S45, soit **-40%**. (Figure 17).
- En **France métropolitaine**, la **diminution du nombre de nouveaux cas confirmés** observée la semaine précédente se poursuit. **En semaine 46**, 180 535 nouveaux cas ont été enregistrés vs. 301 647 en S45, soit **-40 %**.

**Figure 17. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 11 mai au 15 novembre 2020 (données au 18 novembre 2020), France entière**



S46 : données non consolidées

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

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

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

## Données cumulées depuis début mars

- Depuis le 1<sup>er</sup> mars et jusqu'au 15 novembre 2020, **19 168 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 (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>).
- Il s'agissait de **11 798 (62%)** signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 7 370 (38%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 3).
- Parmi les **11 798 signalements** en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 9 184 (78%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 19 168 signalements, **101 482 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **14 527 décès survenus dans l'établissement d'accueil**, 14 398 concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Tableau 3).

**Tableau 3. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'établissement, chez les résidents et le personnel dans les ESMS, rapportés entre le 1<sup>er</sup> mars et le 15 novembre 2020, France**

	EHPA <sup>1</sup>	HPH <sup>2</sup>	Aide enfance <sup>3</sup>	Autres <sup>4</sup>	Total
Signalements <sup>5</sup>	<b>11 798</b>	5 282	884	1 204	<b>19 168</b>
<b>Chez les résidents</b>					
Cas confirmés <sup>6</sup>	86 707	12 188	841	1 746	<b>101 482</b>
Décès <sup>7</sup> hôpitaux	5 458	257	0	27	5 742
Décès <sup>7</sup> établissements	<b>14 398</b>	102	0	27	<b>14 527</b>
<b>Chez le personnel</b>					
Cas confirmés <sup>6</sup>	42 947	9 884	953	993	<b>54 777</b>

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

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

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

<sup>4</sup> Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement) ;

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

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

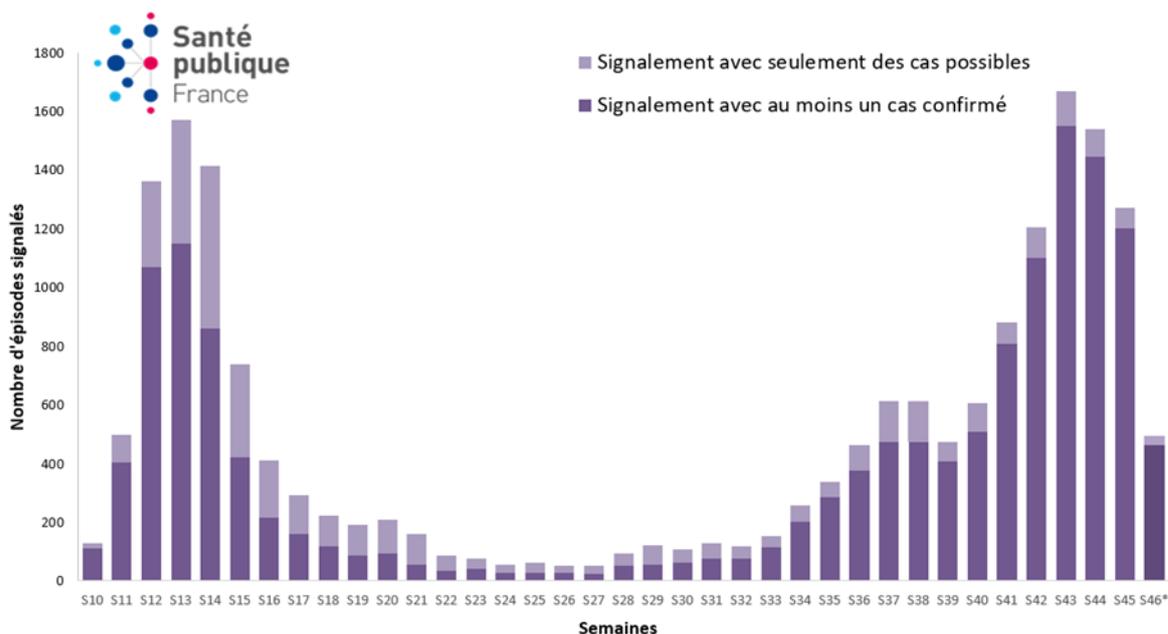
<sup>7</sup> Cas possibles et confirmés décédés.

## Données recueillies depuis début juillet

- Le nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS a augmenté depuis début juillet. **Un nombre très important de signalements a été enregistré pour la semaine 43 (1 669 signalements vs 1 206 en semaine 42)**. Depuis la semaine 44, le nombre de signalements est en diminution : 1 541 signalements ont été enregistrés en semaine 44, 1 272 en semaine 45 et 494 en semaine 46. Cependant, les données de cette dernière semaine sont provisoires et doivent être consolidées (Figure 18).
- La proportion d'EHPA ayant signalé de nouveaux épisodes est homogène sur tout le territoire français en semaine 46 : entre 1% et 5% des EHPA répertoriés dans chacune des régions ont signalé un nouvel épisode.
- Une augmentation du nombre de cas confirmés de COVID-19 est observée depuis la fin du mois de juillet. Cette augmentation a été particulièrement importante en semaine 45 (21 668\* cas cumulés recensés depuis le mois de mars vs 18 195 en S44). En semaine 46, 19 038 cas confirmés de COVID-19 ont été enregistrés. Cependant, les données de cette dernière semaine doivent être consolidées (Figure 19).

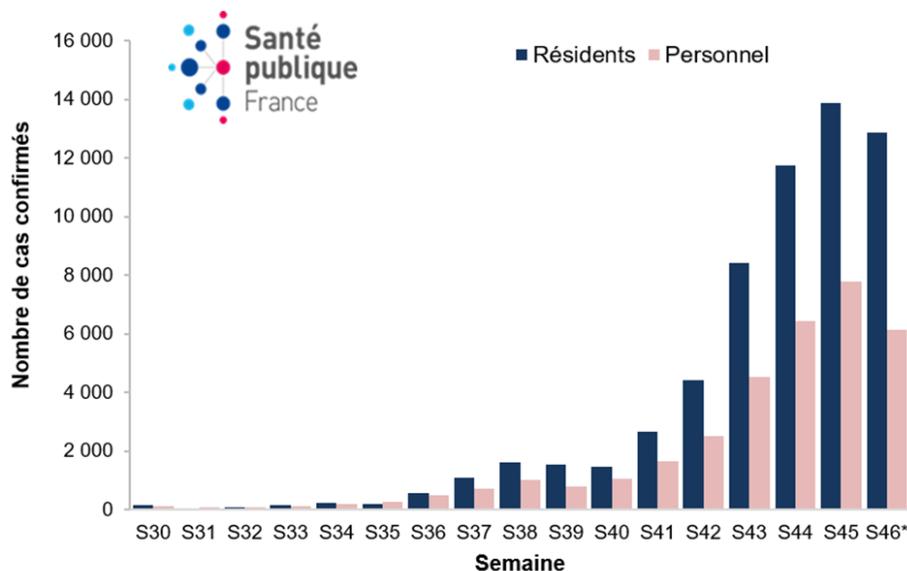
\*Le nombre de nouveaux cas confirmés chez les résidents et le personnel a diminué en semaine 45 en raison de corrections d'erreurs de saisie sur les jours précédents.

Figure 18. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19, par date de début des signes du premier cas, entre le 1<sup>er</sup> mars et le 15 novembre 2020, en France



\*Les données de la semaine 46 sont en cours de consolidation.

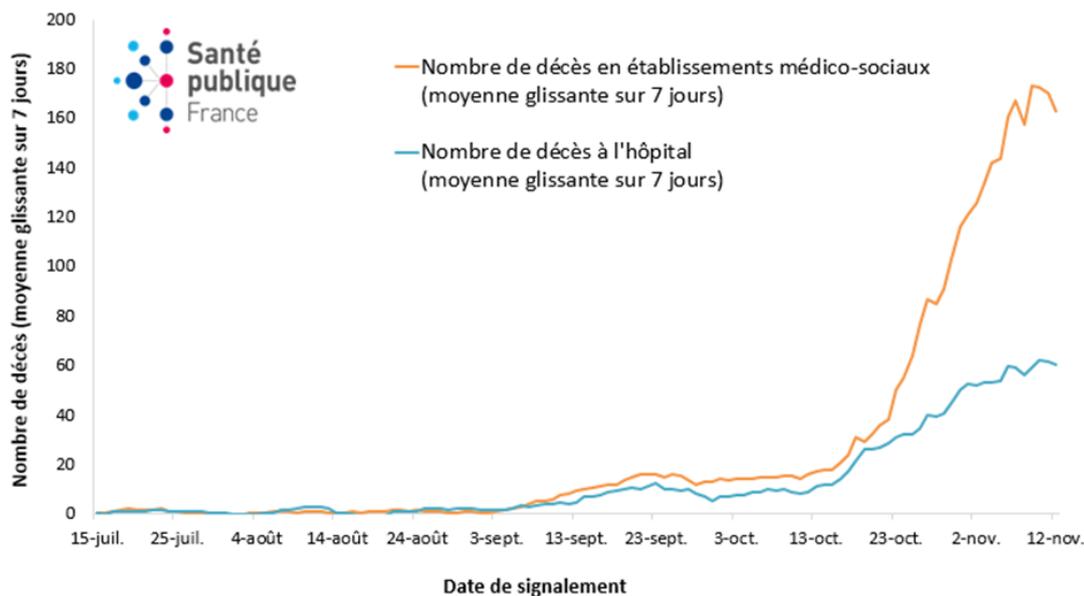
Figure 19. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine calendaire, entre le 20 juillet et le 15 novembre 2020, en France



\*Les données de la semaine 46 sont en cours de consolidation.

- Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36, **le nombre de décès en établissement dans les ESMS a augmenté à partir de la semaine 37** ; cette hausse a été particulièrement importante au cours des dernières semaines : 850 nouveaux décès ont été enregistrés en semaine 44, 1 226 en semaine 45 et 863 en semaine 46. Ces données seront consolidées en raison des mises à jour des données et des corrections réalisées en continu.
- L'analyse des nombres moyens de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès dans l'ensemble des ESMS montre une tendance à la stabilisation.
- La consolidation des données de la dernière semaine permettra de confirmer l'évolution la plus récente (Figure 20).

**Figure 20. Nombre moyen (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès, rapportés entre le 15 juillet et le 15 novembre 2020, en France**



\*Les données de la semaine 46 sont en cours de consolidation.

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

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **281 804 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 17 novembre 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 46** (du 09 au 15 novembre 2020), **11 803 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (représentant 5,5% de l'activité totale des services d'urgence OSCOUR®) ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période.
- Après 4 semaines consécutives de hausse et une stabilisation en S45, **les passages pour suspicion de COVID-19 en S46 étaient en baisse de -19%** (soit -2 755 passages). La part d'activité était également en baisse (7% en S45) tandis que les hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 étaient encore en légère hausse (56% en S46 vs. 54% en S45).
- Contrairement à la semaine 45, où une situation contrastée entre les classes d'âges était observée, **en semaine 46, la baisse observée concernait l'ensemble des classes d'âges**. Elle était néanmoins plus marquée chez les 45-74 ans (-22% soit -1 512 passages), et les 15-44 ans (-21% soit -668 passages) que chez les 75 ans et plus (-13% soit -562 passages) et les moins de 15 ans (-5% soit -12 passages) (Figure 21).
- **Cette baisse s'observait dans l'ensemble des régions à l'exception de la Guyane** (stable). En métropole, elle était plus marquée en Corse (-40%), Île-de-France (-24%), Hauts-de-France (-22%), Pays de la Loire (-22%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (-22%). En Outre-mer, on enregistrait une baisse de -48% en Guadeloupe et -50% à Mayotte.
- En semaine 46, comme en semaine 45, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, un peu plus de la moitié des passages concernait trois régions : **Auvergne-Rhône-Alpes, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur**.

Figure 21. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, hebdomadaire par classe d'âge, depuis le 26 février 2020, France (source : OSCOUR®)

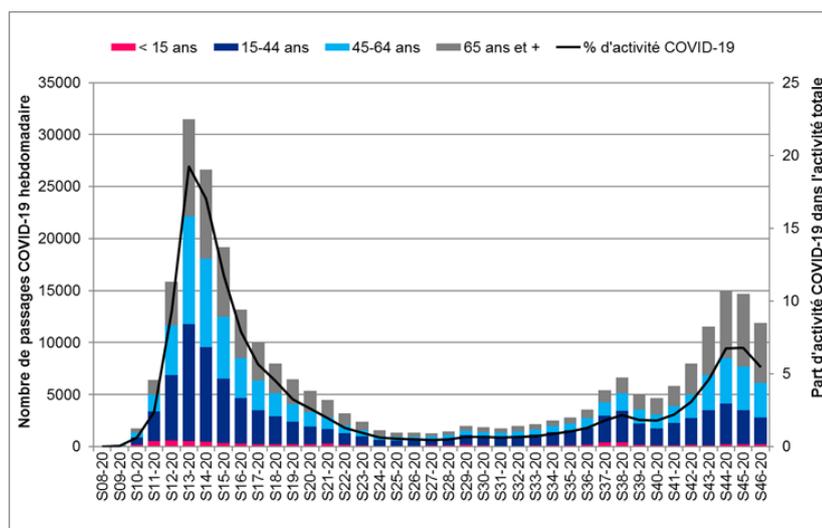
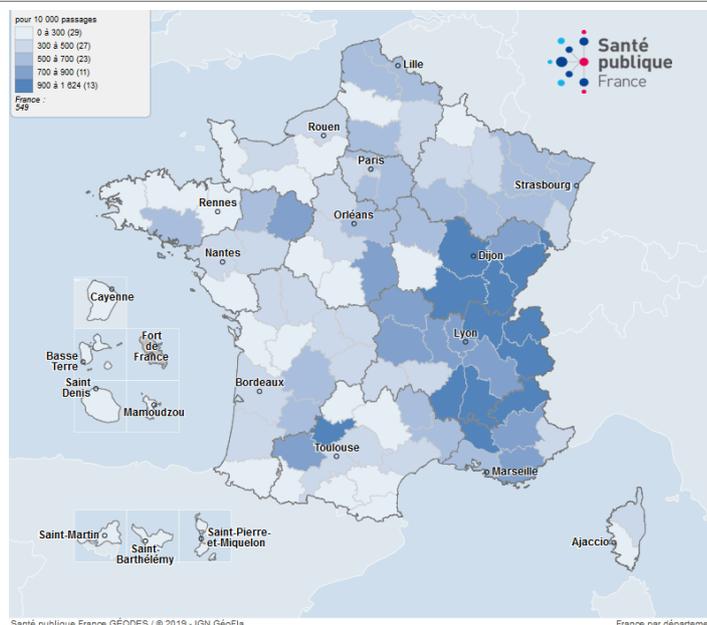


Figure 22. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 46/2020, France (source : OSCOUR®)



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

## Nombre de reproduction effectif «R-effectif»

Le nombre de reproduction  $R$  (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori [1], avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont désormais produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests PCR positifs), des passages aux urgences (OSCOUR<sup>®</sup>) 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 doivent être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.**

Les estimations du nombre de reproduction entre le 8 et le 14 novembre 2020 sont basées sur les nombres de tests PCR positifs au SARS-COV-2 remontés par le système SI-DEP ainsi que sur les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (données OSCOUR<sup>®</sup>). Les estimations du nombre de reproduction entre le 9 et le 15 novembre 2020 sont basées sur les nombres d'hospitalisations pour COVID-19 remontées par le système SI-VIC.

- L'estimation du taux de reproduction effectif **est inférieure à 1 en France métropolitaine dans les trois sources de données : à partir des données virologiques SI-DEP, elle est de 0,65** (IC95% [0,65-0,65]). A partir des **passages aux urgences (OSCOUR<sup>®</sup>)** pour suspicion de COVID-19 sur la même période, elle est de **0,87** (IC95% [0,85-0,88]). A partir **des données d'hospitalisations (SI-VIC)**, elle est de **0,89** (IC95% [0,88-0,91]). Ces trois taux de reproduction sont en baisse par rapport aux estimations de la semaine précédente.
- Les estimations du taux de reproduction **à partir des données virologiques PCR (SI-DEP) sont inférieures à 1 pour toutes les régions métropolitaines** (Tableau 4).
- Celles effectuées à partir **des passages aux urgences (OSCOUR<sup>®</sup>)** pour suspicion de COVID-19 et à partir des données d'**hospitalisations (SI-VIC)** sont également **inférieures à 1 dans la quasi-totalité des régions métropolitaines**, excepté dans la région Grand-Est où les estimations sont supérieures à 1, mais de façon non significative et en Bourgogne-Franche-Comté, où l'estimation issue des données d'hospitalisations (SI-VIC) est supérieure à 1, mais de façon non significative.
- **En outre-mer**, les trois estimations sont significativement inférieures à 1 en Guadeloupe. Dans les autres territoires, l'estimation du  $R$ -effectif est soit supérieure à 1 mais de façon non significative à La Réunion (OSCOUR<sup>®</sup> et SI-VIC), à Mayotte (SI-VIC) et en Guyane (SI-DEP), soit inférieure à 1 à La Réunion (SI-DEP) et à la Martinique (SI-VIC, SI-DEP).
- **Aucune région que ce soit en France métropolitaine ou en outre-mer ne présente d'estimation du  $R$ -effectif significativement supérieure à 1 en semaine 46.**

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

Figure 23. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2, des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 en France métropolitaine du 15 mars au 14 novembre 2020 (Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC)

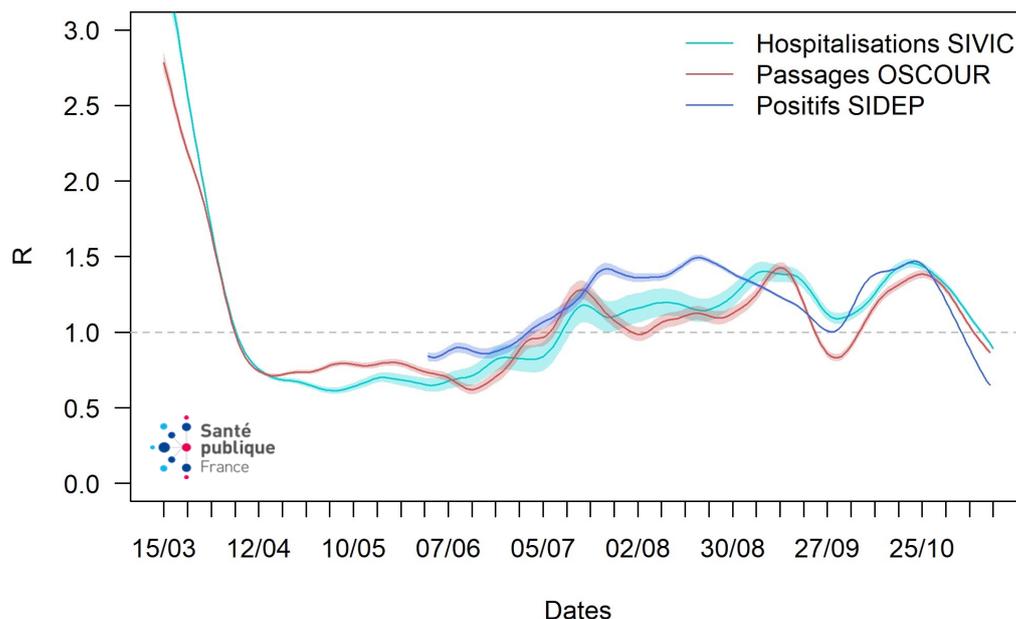


Tableau 4. Nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-CoV-2, des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 par région, France métropolitaine et ultra-marine, sur 7 jours glissants (du 08 au 14 novembre 2020 pour SI-DEP et OSCOUR®, du 09 au 15 novembre pour SI-VIC) (Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC)

Territoire	Régions	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	0.64 (0.63-0.65)	0.87 (0.84-0.90)	0.88 (0.85-0.91)
	Bourgogne-Franche-Comté	0.71 (0.70-0.73)	0.97 (0.91-1.03)	1.03 (0.97-1.10)
	Bretagne	0.67 (0.65-0.69)	0.94 (0.84-1.04)	0.94 (0.84-1.05)
	Centre-Val de Loire	0.70 (0.68-0.72)	0.87 (0.78-0.97)	0.95 (0.87-1.04)
	Corse	0.46 (0.41-0.50)	0.82 (0.60-1.08)	0.81 (0.57-1.10)
	Grand Est	0.70 (0.69-0.71)	1.01 (0.95-1.08)	1.03 (0.97-1.09)
	Hauts-de-France	0.65 (0.64-0.66)	0.82 (0.77-0.87)	0.83 (0.79-0.88)
	Ile-de-France	0.58 (0.57-0.58)	0.77 (0.74-0.80)	0.79 (0.75-0.82)
	Normandie	0.68 (0.66-0.69)	0.88 (0.79-0.97)	0.93 (0.86-1.01)
	Nouvelle-Aquitaine	0.72 (0.70-0.73)	0.99 (0.92-1.07)	0.96 (0.90-1.03)
	Occitanie	0.64 (0.63-0.65)	0.84 (0.79-0.90)	0.88 (0.83-0.94)
	Pays-de-la-Loire	0.69 (0.67-0.70)	0.88 (0.81-0.96)	0.95 (0.87-1.03)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0.65 (0.64-0.66)	0.84 (0.80-0.89)	0.89 (0.85-0.94)
	<b>France métropolitaine</b>	<b>0.65 (0.65-0.65)</b>	<b>0.87 (0.85-0.88)</b>	<b>0.89 (0.88-0.91)</b>
France ultra-marine	Guadeloupe	0.62 (0.52-0.73)	0.49 (0.30-0.73)	0.58 (0.34-0.88)
	Guyane	1.15 (0.98-1.33)	NC	0.79 (0.41-1.30)
	La Réunion	0.97 (0.89-1.04)	1.02 (0.76-1.31)	1.02 (0.76-1.32)
	Martinique	0.68 (0.62-0.76)	NA	0.97 (0.67-1.31)
	Mayotte	NE	NC	1.25 (0.63-2.06)

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

# Surveillance en milieu hospitalier

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

- Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020, **1 869** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Parmi les **208 367 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1<sup>er</sup> mars (Tableau 5) :
  - L'âge médian des patients est de 72 ans et 53% sont des hommes.
  - 31 743 patients sont décédés : 73% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
  - 143 152 patients sont retournés à domicile.
- Le **17 novembre 2020**, **33 170 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 4 854 en réanimation** (Figures 24b et 26b).

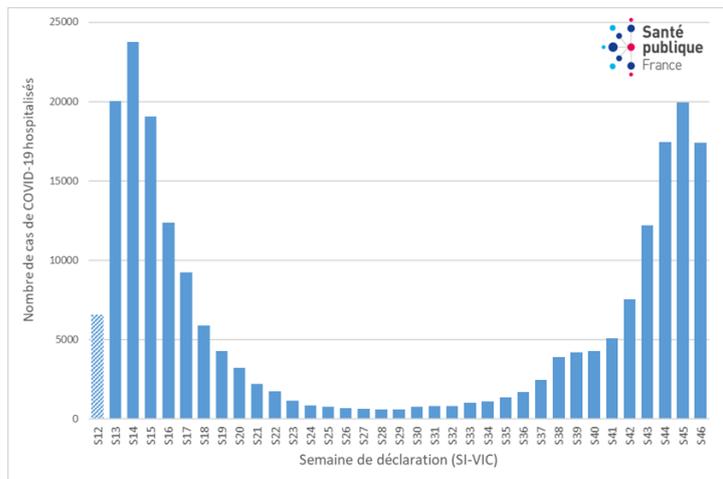
**Tableau 5. Nombre de personnes hospitalisées, dont hospitalisées en réanimation, pour COVID-19 le 17 novembre 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1<sup>er</sup> mars, par classe d'âge et par région, France (source : SI-VIC)**

	Le 17 novembre 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Total</b>	<b>33 170</b>		<b>4 854</b>		<b>143 152</b>		<b>31 743</b>	
<b>Classes d'âge *</b>								
<b>Total</b>	<b>32 917</b>		<b>4 823</b>		<b>142 178</b>		<b>31 570</b>	
0-14 ans	115	<1	16	<1	2 074	1	3	<1
15-44 ans	1 236	4	198	4	20 617	15	287	1
45-64 ans	5 520	17	1 456	30	40 332	28	2 884	9
65-74 ans	7 140	22	1 922	40	28 013	20	5 391	17
75 et +	18 906	57	1 231	26	51 142	36	23 005	73
<b>Régions *</b>								
<b>Total</b>	<b>33 139</b>		<b>4 838</b>		<b>143 121</b>		<b>31 719</b>	
<b>Métropole</b>								
Auvergne-Rhône-Alpes	7 007	21	854	18	18 353	13	4 185	13
Bourgogne-Franche-Comté	1 852	6	249	5	6 324	4	1 602	5
Bretagne	706	2	108	2	2 449	2	470	1
Centre-Val de Loire	1 075	3	168	3	3 803	3	857	3
Corse	80	<1	12	<1	419	<1	108	<1
Grand Est	2 550	8	343	7	16 270	11	4 345	14
Hauts-de-France	3 262	10	517	11	12 510	9	3 106	10
Ile-de-France	6 554	20	1 057	22	45 481	32	10 184	32
Normandie	1 405	4	160	3	3 838	3	951	3
Nouvelle-Aquitaine	1 842	6	276	6	4 901	3	996	3
Occitanie	2 187	7	387	8	7 108	5	1 400	4
Pays de la Loire	1 060	3	159	3	4 200	3	837	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 270	10	496	10	13 591	9	2 340	7
<b>Outre-Mer</b>								
La Réunion	82	<1	15	<1	567	<1	42	<1
Martinique	71	<1	18	<1	277	<1	39	<1
Mayotte	13	<1	5	<1	501	<1	33	<1
Guadeloupe	110	<1	14	<1	686	<1	158	<1
Guyane	13	<1	0	<1	1 843	1	66	<1

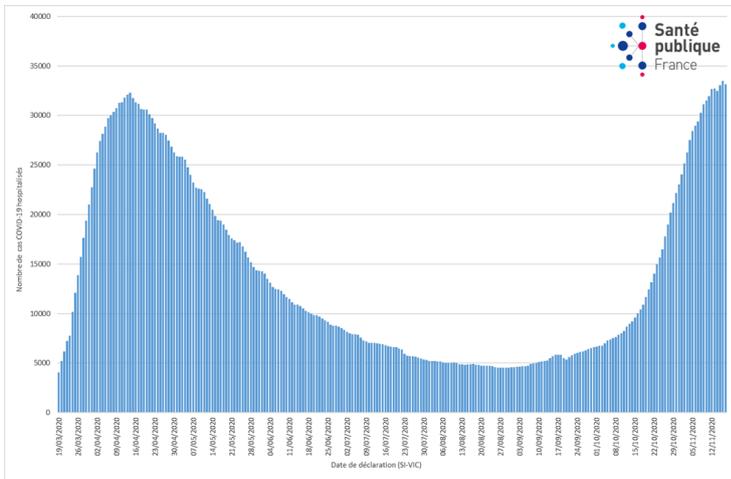
\* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

- Après avoir augmenté pendant plusieurs semaines, les déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 ont diminué** en semaine 46 (du 09 au 15 novembre) : **17 390** nouvelles hospitalisations déclarées en S46 vs. 19 940 en S45 (-13%) (Figure 24a).

**Figure 24a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars, données au 17 novembre 2020, France (source : SI-VIC)**



**Figure 24b. Nombre de cas de COVID-19 en cours d'hospitalisation, par jour de déclaration, depuis le 19 mars, données au 17 novembre 2020, France (source : SI-VIC)**



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

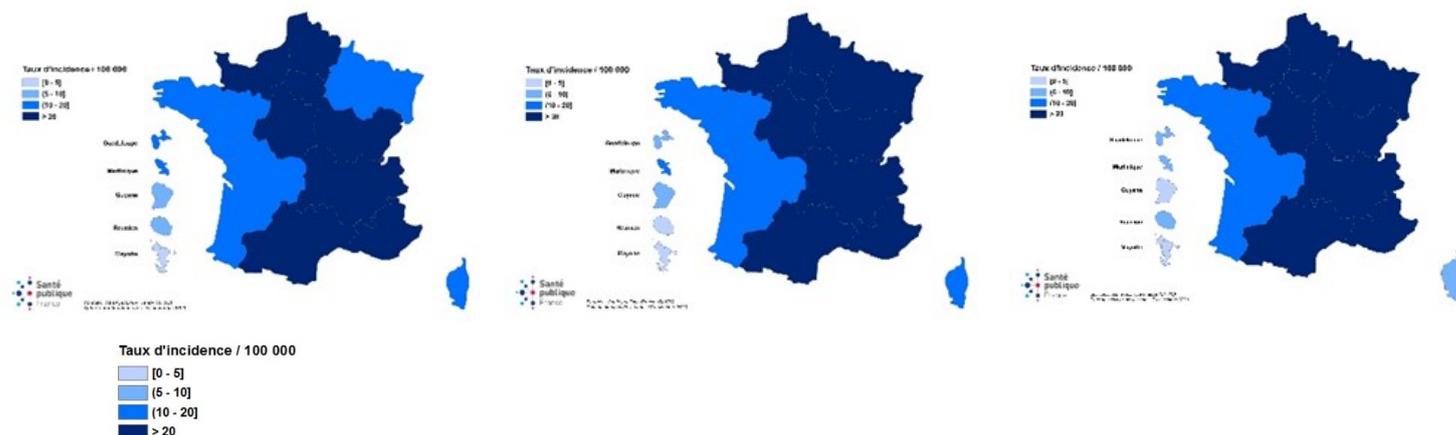
- En France, après une augmentation observée les semaines précédentes on constate en **semaine 46 une diminution du taux d'incidence hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19** (-13% : 25,9/100 000 habitants vs. 29,7/100 000 habitants en semaine 45 ).
- Le taux d'hospitalisations a **diminué en semaine 46 dans la majorité des régions métropolitaines** par rapport à la semaine précédente. La diminution était la plus marquée en **Corse** (-38%), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (-24%), en **Ile-de-France** (-21%), en **Hauts-de-France** (-20%) et en **Auvergne-Rhône-Alpes** (-20%). Toutefois, il a augmenté en **Grand-Est** (+18%) et plus modérément en **Centre-Val de Loire** (+7%) et en **Pays de la Loire** (+2%).
- Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** en semaine 46 ont été enregistrés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (44,9/100 000 habitants), en **Bourgogne-Franche-Comté** (40,8), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (33,1) et en **Grand-Est** (28,7). Toutes les autres régions de France métropolitaine enregistraient des taux supérieurs à 9/100 000 habitants (Figure 25).
- Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 46, le **plus fort taux d'hospitalisations** était observé en **Martinique** avec 9,5/100 000 habitants. Le taux hebdomadaire d'hospitalisations a diminué en Guadeloupe (5,3 vs. 9,6/100 000 habitants), à Mayotte (2,5 vs 4,3), en Guyane (3,8 vs 5,5) et en Martinique (9,5 vs 12,5). Il a augmenté à La Réunion (de 4,9 à 6,0).

**Figure 25. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 26 octobre et le 15 novembre 2020, France (source : SI-VIC)**

du 26 octobre au 01 novembre 2020

du 02 au 08 novembre 2020

du 09 au 15 novembre 2020



- Après avoir augmenté pendant plusieurs semaines, les déclarations de **nouvelles admissions en réanimation ont diminué en semaine 46** passant de 3 037 en S45 à **2 761 en S46** (-9%). (Figure 26a).

Figure 26a. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, données au 17 novembre, France (source : SI-VIC)

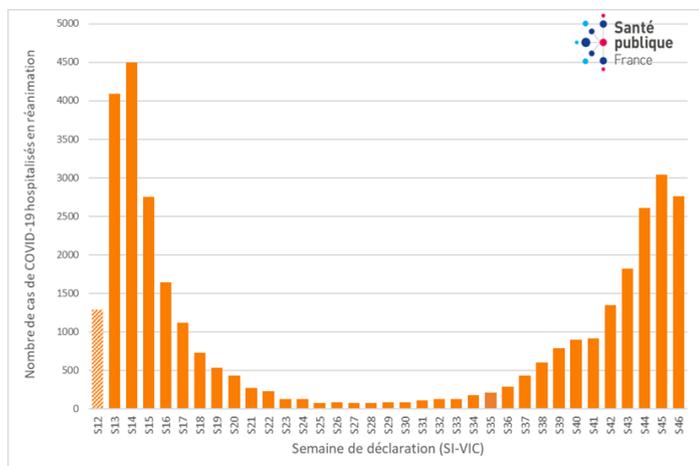
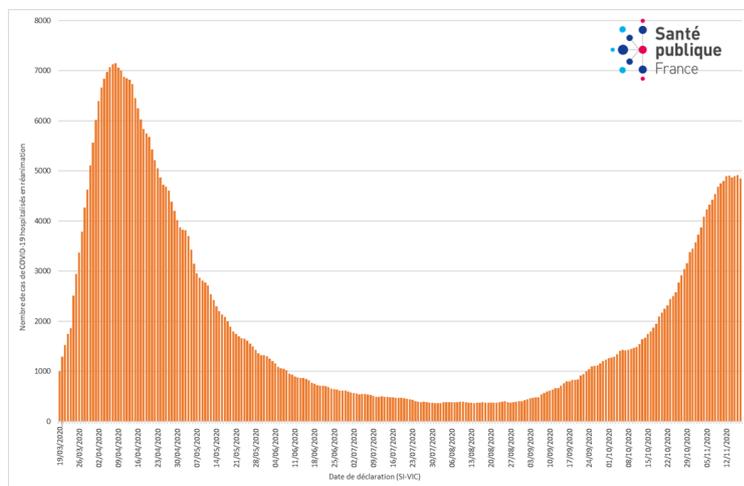


Figure 26b. Nombre de cas de COVID-19 en réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, données au 17 novembre, France (source : SI-VIC)



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

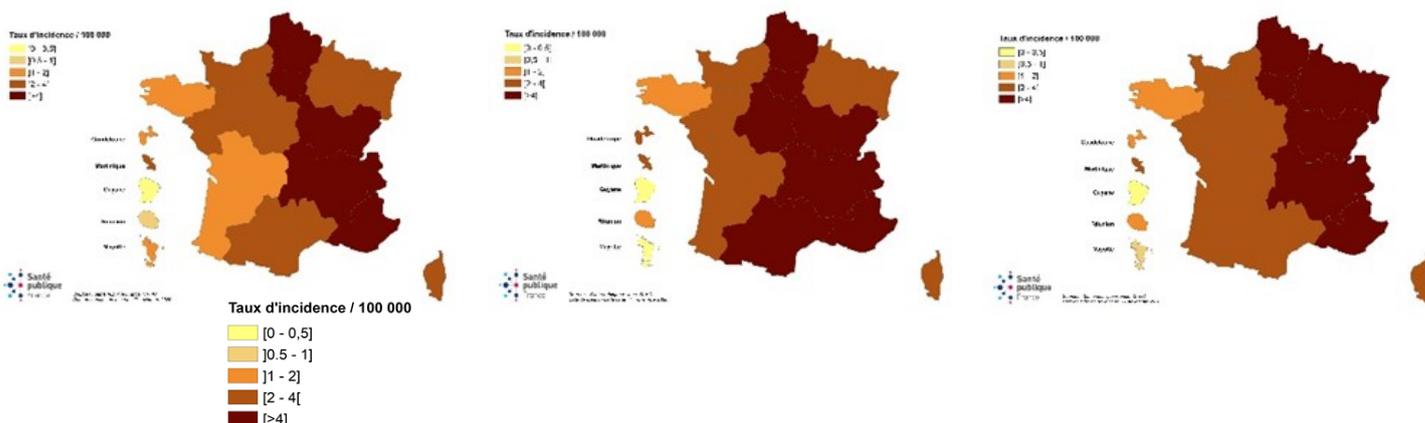
- En **France**, après une augmentation observée les semaines précédentes on constate **en semaine 46 une diminution du taux d'incidence d'admissions de patients COVID-19 en réanimation (-9 % : 4,1/100 000 habitants vs. 4,5/100 000 habitants en semaine 45)**.
- Le taux d'hospitalisations en réanimation de **la plupart des régions de France métropolitaine a diminué en semaine 46**, notamment en **Normandie** (-25%), en **Corse** (-22%), en **Île-de-France** (-13%), en **Auvergne-Rhône-Alpes** (-13%), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (-12%), en **Occitanie** (-11%), **Bourgogne-Franche-Comté** (-10%) et **Hauts-de-France** (-10%). Il a augmenté en **Grand-Est** (+17%), en **Bretagne** (+12%) et en **Nouvelle Aquitaine** (+4%).
- Les **plus forts taux d'incidence hebdomadaires d'admissions en réanimation régionaux** étaient rapportés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (6,7/100 000 habitants), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (5,4), en **Bourgogne-Franche-Comté** (5,2), en **Hauts-de-France** (4,9) et en **Île-de-France** (4,5). **Toutes les régions de France métropolitaine** rapportaient des taux supérieurs à 1,9/100 000 habitants (Figure 27).
- Dans les **régions d'outre-mer**, en semaine 46, **le plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 était observé en **Martinique** avec 2,2/100 000 habitants. Les taux d'admissions en réanimation étaient en augmentation en semaine 46 par rapport à la semaine 45 à **Mayotte** (de 0,4 à 0,7/100 000 hab.) et à **La Réunion** (de 1,4 à 1,5). Ils étaient en diminution en **Guyane** (de 0,3 à 0,0), en **Guadeloupe** (de 2,7 à 1,6) et à en **Martinique** (de 2,8 à 2,2).

Figure 27. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 26 octobre et le 15 novembre 2020, France (source : SI-VIC)

du 26 octobre au 01 novembre 2020

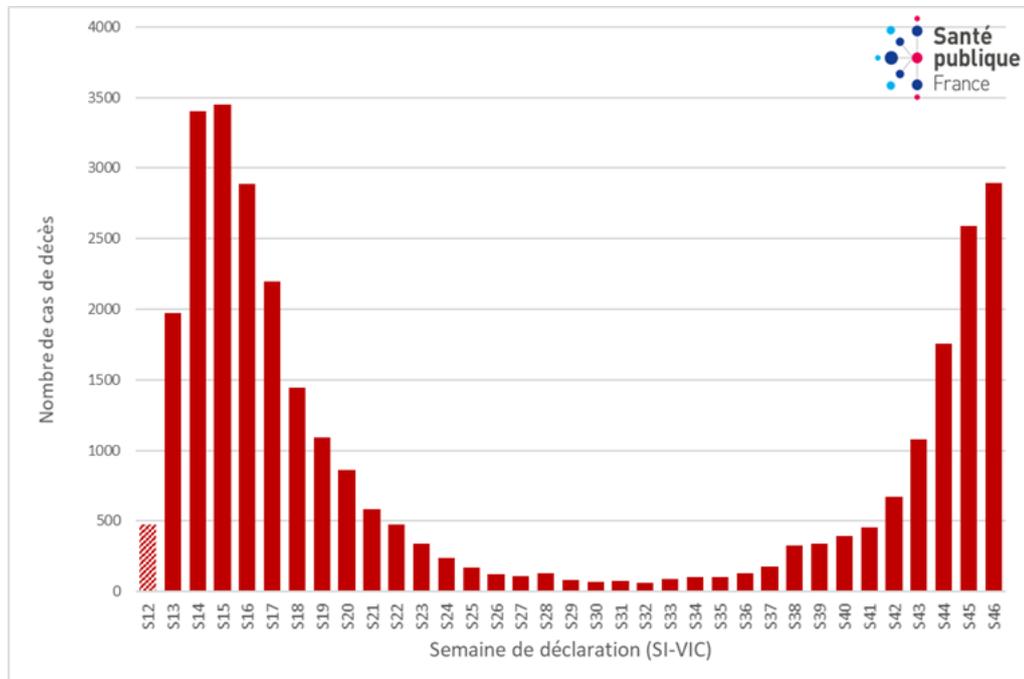
du 02 au 08 novembre 2020

du 09 au 15 novembre 2020



- Le nombre hebdomadaire de déclarations de **décès** survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 était en **augmentation** en semaine 46 par rapport à la semaine précédente : **2 898 en S46** vs. 2 591 en S45 (+12%). L'augmentation est moins importante que celle observée entre S44 et S45 (+48%) (Figure 28).

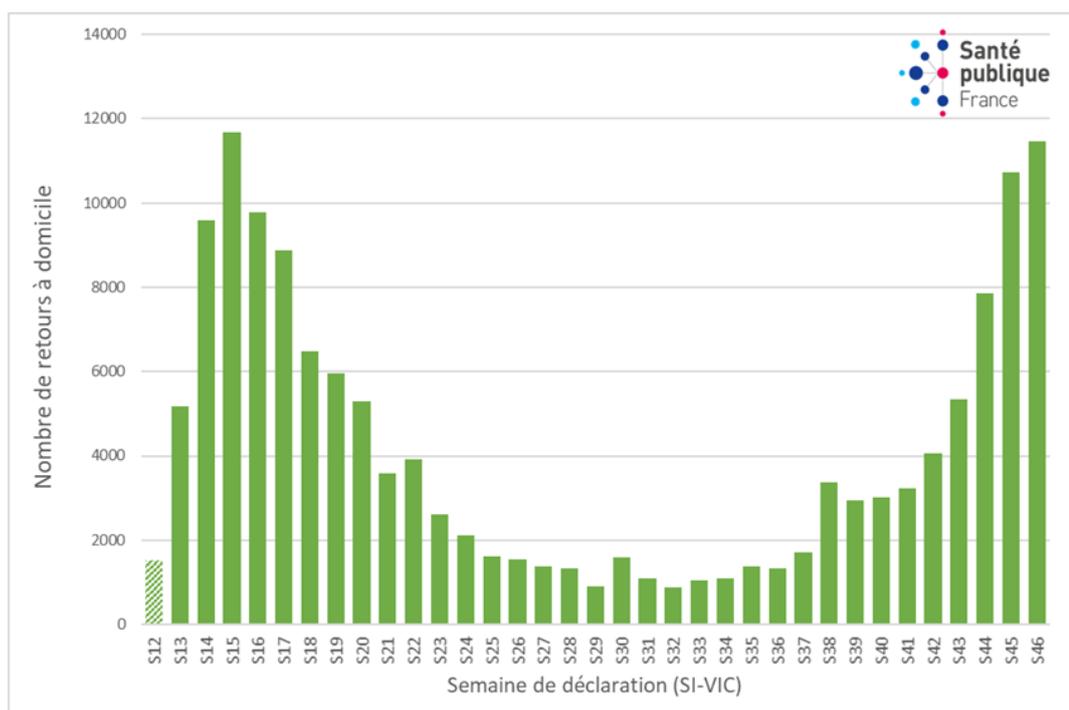
Figure 28. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 par semaine de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France, données au 17 novembre 2020 (source : SI-VIC)



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

- Le nombre hebdomadaire de déclaration de **retours à domicile** des patients COVID-19 après hospitalisation était en **augmentation** en semaine 46 (**11 471** vs. 10 730 en S45, +7%). L'augmentation est moins importante que celle observée entre S44 et S45 (+37%) (Figure 29).

Figure 29. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 par semaine de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France, données au 17 novembre 2020 (source : SI-VIC)

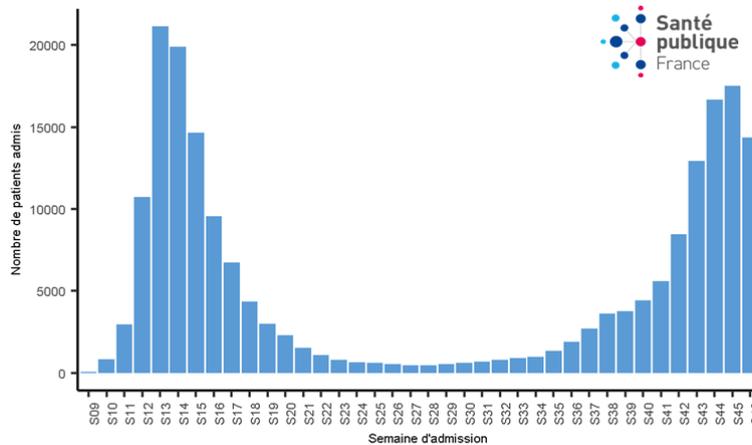


S12 : Données incomplètes car démarrage de SI-VIC en cours de semaine

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

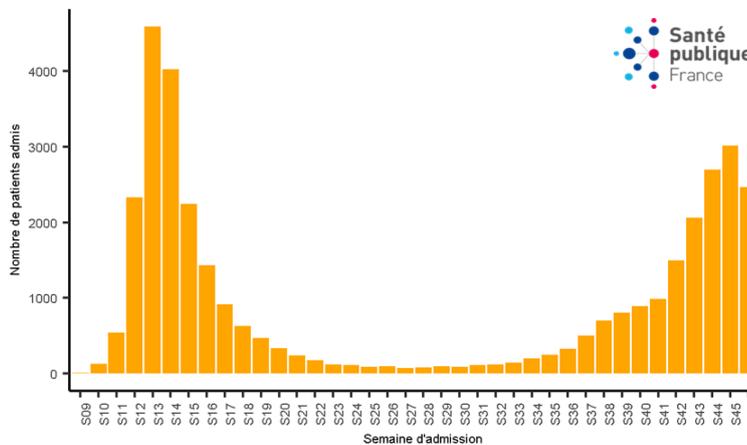
- Les graphiques précédents (Figures 24a, 26a, 28, 29) sont présentés par date de déclaration. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figures 30 et 31) ou par date de décès (Figure 32). Toutefois, la semaine 46 n'est pas encore consolidée.

**Figure 30. 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 17 novembre 2020 (source : SI-VIC)**



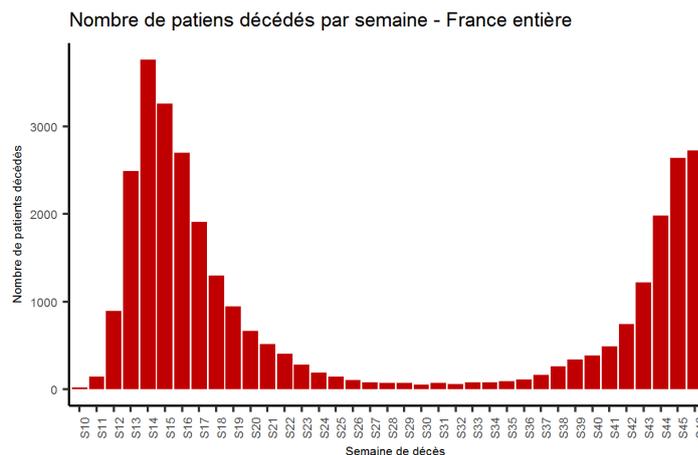
S46 : Données provisoires, en cours de consolidation

**Figure 31. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis en service de réanimation pendant leur hospitalisation, par semaine d'admission en réanimation, depuis le 24 février 2020, France, données au 17 novembre 2020 (source : SI-VIC)**



S46 : Données provisoires, en cours de consolidation

**Figure 32. Nombre hebdomadaire de décès à l'hôpital de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 02 mars 2020, France, données au 17 novembre 2020 (source : SI-VIC)**



S46 : Données provisoires, en cours de consolidation

## Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation

La surveillance des cas graves de COVID-19 repose sur un réseau sentinelle de services de réanimation localisés en France métropolitaine et dans les DOM. Elle a été mise en place en mars 2020 dans l'objectif de décrire les caractéristiques des patients admis en réanimation avec un diagnostic confirmé de COVID-19. Cette surveillance n'a pas vocation à dénombrer tous les cas graves de COVID-19 admis en réanimation. En effet, le dispositif SI-VIC permet le monitoring de la dynamique du nombre de cas d'hospitalisation (dont les admissions en réanimation) depuis mars 2020.

Dans le contexte actuel de recrudescence de l'épidémie de COVID-19, cette surveillance qui repose désormais sur un réseau de 226 services de réanimation, a été réactivée depuis le 05 octobre. Le dispositif a évolué et permet désormais d'inclure également les patients admis en réanimation avec un diagnostic confirmé de grippe. [Le protocole de la surveillance et la fiche de recueil](#) sont disponibles sur le site de Santé publique France.

Les données présentées ci-après correspondent aux signalements reçus à partir du 05 octobre 2020 de l'ensemble des régions à l'exception des Antilles, de Mayotte et de la région Grand Est. A noter que dans les points épidémiologiques régionaux à paraître dans les prochaines semaines, la période d'inclusion des données pourra différer d'une région à l'autre afin de tenir compte de l'évolution de la surveillance dans la région.

- Parmi les **2 482 patients signalés**, **72%** étaient des hommes ; l'**âge médian** des patients était de **68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-74]) et 62% étaient âgés de 65 ans et plus ; 27 étaient des professionnels de santé.
- **88%** des patients admis en réanimation présentaient au moins une comorbidité et cette proportion était de **83%** parmi ceux âgés de moins de 65 ans. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'**obésité** ( $IMC \geq 30 \text{ kg.m}^{-2}$ ) (47% des cas signalés dont l'IMC était renseigné), l'**hypertension artérielle** (44%) et le **diabète** (32%) (Tableau 6).
- **227 décès** ont été rapportés à ce jour, dont 1 professionnel de santé ; l'**âge médian des personnes décédées** était de **75 ans** (IIQ : [69-82]), 84% étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 224 patients ; parmi ces derniers, 211 (94%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (51%), l'obésité (48% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (38%) (Tableau 6). **878 sorties de réanimation ou retours à domicile** ont été rapportées à ce jour.

NB : Les proportions présentées dans le texte concernent les patients pour lesquels les données sont disponibles.

Tableau 6. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre au 17 novembre 2020 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle (n=2 482, données arrêtées le 17 novembre 2020)

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=2 482)		Cas décédés en réa. (n=227)	
	n	%	n	%
0-14 ans	8	<1	0	-
15-44 ans	144	6	5	2
45-64 ans	774	31	31	14
65-74 ans	939	38	74	33
75 et +	599	24	115	51
Non renseigné	18		2	
Comorbidités <sup>1</sup>	n	% <sup>2</sup>	n	% <sup>2</sup>
<b>Aucune</b>	291	12	13	6
<b>Au moins une comorbidité</b>	2 124	88	211	94
Obésité ( $IMC \geq 30$ ) <sup>3</sup>	1 020	47	96	48
Hypertension artérielle	1 053	44	114	51
Diabète	767	32	77	34
Pathologie cardiaque	587	24	85	38
Pathologie pulmonaire	504	21	54	24
Immunodépression	182	8	23	10
Pathologie rénale	184	8	25	11
Cancer	135	6	19	8
Pathologie neuromusculaire	70	3	14	6
Pathologie hépatique	50	2	5	2
Autre	398	16	34	15
<b>Non renseigné</b>	67		3	

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

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

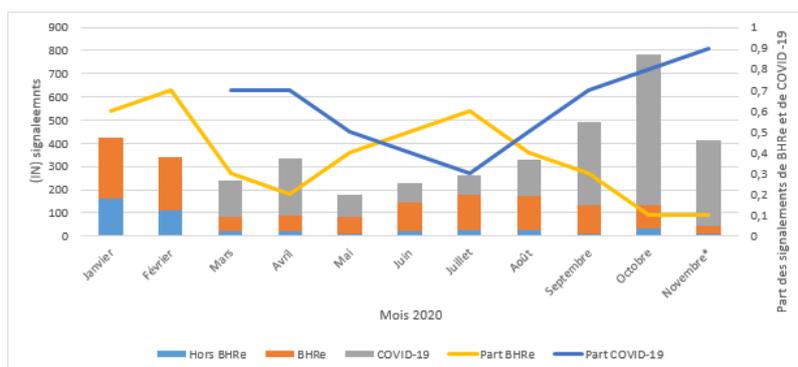
<sup>3</sup> La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC est renseigné (n=2 172 et n=199).

## Signalements 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<sup>er</sup> janvier et le 15 novembre 2020, 4 001 signalements ont été émis via e-SIN. Ce nombre est supérieur au nombre de signalements émis en 2018 (n = 3 197) et 2019 (n = 3 219). Ces deux dernières années, la part des signalements de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) était importante, représentant respectivement 62% et 64% des signalements. Cette dynamique a été fortement modifiée en 2020 du fait de l'épidémie de COVID-19 (Figure 33).
- Au 15 novembre 2020, 2 074 signalements de COVID-19 ont été reçus (51% des signalements). Parmi ces 2 074 signalements, 1 780 concernaient des cas de COVID-19 nosocomiaux, c'est-à-dire survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un ES. Ils impliquaient 9 041 patients (89 décès liés), 6 604 professionnels et 9 visiteurs. Parmi ces signalements, 1 115 correspondaient à des cas groupés (au moins 3 cas liés).
- Lors de la semaine 46 (du 09 au 15 novembre) :
  - ▶ 120 signalements de COVID-19 ont été reçus, issus de 93 ES : 112 (93%) signalements de COVID-19 nosocomiaux, avec 3 décès liés à la COVID-19 dont 68 cas groupés.
  - ▶ une diminution du nombre de signalements nosocomiaux de COVID-19 semble s'amorcer mais les données ne sont pas totalement consolidées.

**Figure 33. Evolution des signalements reçus via e-SIN, par mois et type de signalement, et part des signalements de BHRe et COVID-19, France 2020, du 1<sup>er</sup> janvier au 15 novembre 2020 (n= 4 001)**

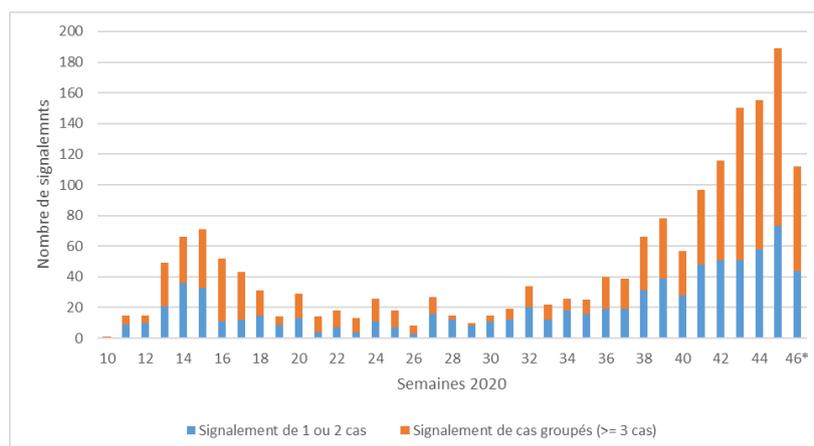


\* données incomplètes

## Caractéristiques des signalements de COVID-19 nosocomiaux (n = 1 780)

- Entre les semaines 1 et 26, le délai médian (en semaines) entre la date de survenue du premier cas et celle du signalement est de 2 semaines [min-max : 0-15]. Entre les semaines 27 et 46, ce délai diminue à 1 semaine [min-max : 0-31]. L'augmentation du nombre de signalements est contemporain d'un raccourcissement du délai de signalement par les équipes.

**Figure 34. Distribution des signalements de COVID-19 nosocomiaux, par semaine d'émission et nombre de cas par signalement, France, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 15 novembre 2020 (n = 1 780)**

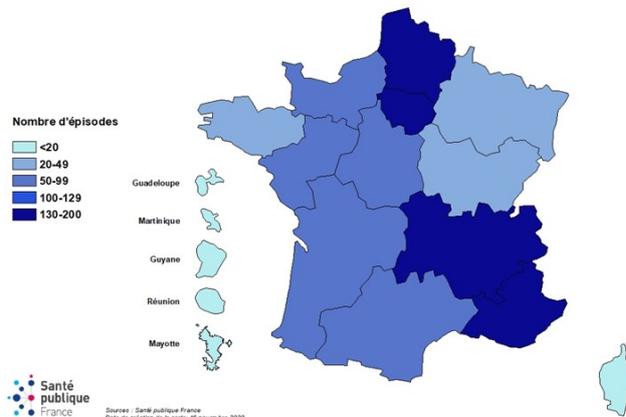


\* données incomplètes

## Caractéristiques des signalements de cas groupés de COVID-19 nosocomiaux (n= 1 115)

- Les régions dans lesquelles les nombres de cas groupés de COVID-19 nosocomiaux signalés sont les plus importants sont Provence-Alpes Côte d'Azur (171 signalements, 15% des signalements de cas groupés), Auvergne Rhône Alpes (152, 14 %), Ile-de-France (147, 13 %) et Hauts-de-France (131, 12 %) (Figure 35).

Figure 35. Cas groupés de COVID-19, par région, France, entre le 1er janvier et le 15 novembre 2020 (n = 1 115), par région



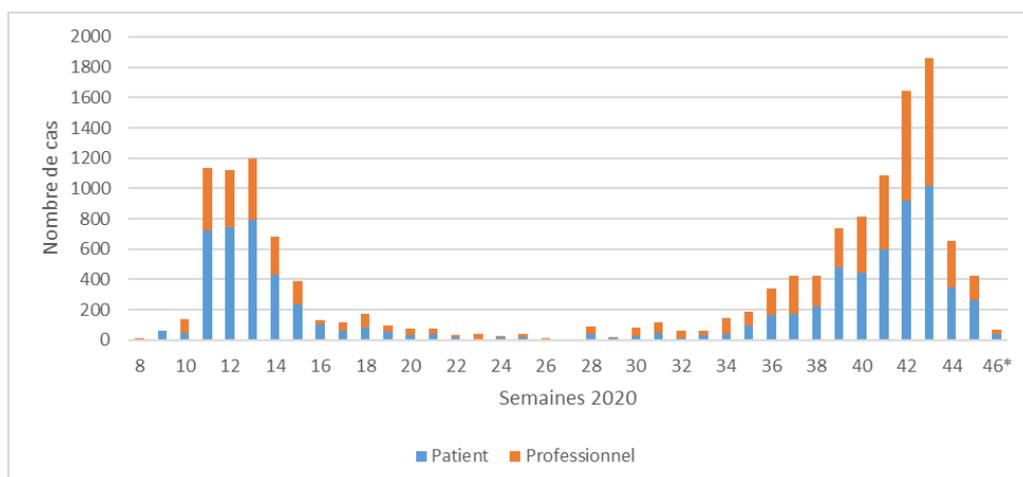
- Ces épisodes de cas groupés sont survenus le plus fréquemment en services de Soins de Suite et de Réadaptation et services de Soins de Longue Durée (41% pour ces services associés). Les services de médecine représentaient un tiers des épisodes (32 %) (Tableau 7). Le nombre de cas médian par épisode de cas groupés était de 8 (min-max : 3-371).

Tableau 7. Répartition des signalements de cas groupés nosocomiaux de COVID-19 par type de service, France, entre le 1er janvier et le 15 novembre 2020 (n = 1 115).

Type de service	Nombre de cas groupés	%
Médecine	361	32
Service de Soins de Suite et Réadaptation	349	31
Service de Soins Longue Durée	109	10
Psychiatrie	89	8
Chirurgie	83	8
Autre	72	7
Réanimation	27	2
Urgences	25	2
<b>Total</b>	<b>1115</b>	<b>100</b>

- Une diminution du nombre total de cas déclarés dans les signalements s'est amorcée à compter de la semaine 44, alors que les signalements ont continué à augmenter jusqu'en semaine 45 (Figures 33 et 36).
- Sur les 1 115 signalements de cas groupés nosocomiaux, 202 (18 %) concernaient des patients, et 258 (23 %) des professionnels. Plus de la moitié des signalements de cas groupés (59 %) rapportaient des cas chez des patients et chez des professionnels.

Figure 36. Nombre de patients et de professionnels infectés au sein des cas groupés de COVID-19 nosocomiaux, France, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 15 novembre 2020 (n = 1 115 signalements), par semaine de déclaration du 1<sup>er</sup> cas



\* S46 : données incomplètes

- L'origine du cas groupé était rapportée pour 915 des 1 115 cas groupés (82%) : il s'agit d'un patient pour 469 cas groupés (51% dont l'origine est rapportée), d'un professionnel (n=391, 43%), ou d'un visiteur (n=50, 5%). D'autres origines sont moins fréquemment rapportées (famille, activité extérieure, multifactorielle) (Tableau 8).

**Tableau 8. Répartition des signalements de cas groupés nosocomiaux, France, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 15 novembre 2020 (n= 1 115), par origine identifiée du cas groupé.**

Origine	Nombre de cas groupés (N)	%
Patient	469	51
Personnel	391	43
Visiteur	50	5
Autres	5	1
Total	915	100

- Plusieurs hypothèses à l'origine de la transmission croisée pouvaient être soulevées dans un même épisode. A l'inverse, certains épisodes ne soulevaient aucune hypothèse sur l'origine de la transmission (Tableau 9).
- Parmi les hypothèses formulées, les plus fréquentes étaient la découverte fortuite de cas, les visiteurs/familles et lors des pauses et transmissions des professionnels, mais également le non-respect strict des mesures barrières.

**Tableau 9. Distribution des hypothèses de transmission croisée dans les signalements de cas groupés nosocomiaux, France, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 15 novembre 2020 (n = 1 115).**

Hypothèse de transmission	Nombre de cas groupés (N)	%
Cas non-identifié/découverte fortuite	188	25
Non-respect mesures barrières	105	14
Pauses/transmissions	104	14
Visiteurs/Famille	99	13
Lors des soins	54	7
Sphère privée	49	7
Chambre double	43	6
Patient déambulant	37	5
Difficultés application bonnes pratiques	29	4
Autres	18	3
Contact d'un cas COVID-19 positif	17	2
Total	743	100

- Plusieurs actions sont citées comme ayant été mises en place autour de ces cas groupés (Tableau 10).
- Le dépistage est mis en place dans 41% des cas groupés. Il s'intègre à d'autres mesures correctives, au premier plan desquelles se placent les mesures d'hygiène (renforcement des mesures barrières, mise en place des précautions complémentaires, isolement).

**Tableau 10. Distribution des mesures correctives mises en place dans les signalements de cas groupés nosocomiaux, France, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 15 novembre 2020 (n = 1 115).**

Mesures correctives	Nombre de cas groupés (N)	%
Dépistage	537	41
Renforcement des mesures barrières (dont formation, rappel, ...)	417	31
Précautions Complémentaires / Isolement	149	11
Secteur COVID-19	101	8
Arrêt ou limitation des visites	70	5
Arrêt admissions / activités	52	4
Total	1326	100

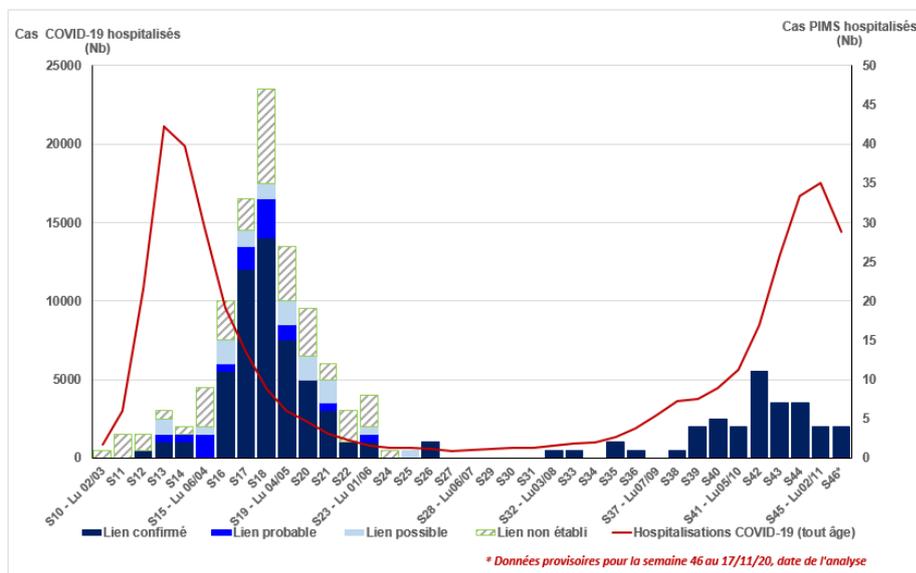
## Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)

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

**De nouveaux cas de PIMS sont signalés depuis cet automne, portant à 254 le nombre de cas observés entre le 1<sup>er</sup> mars et le 15 novembre 2020. Les données de surveillance les concernant sont intégrées dans ce point épidémiologique, et présentées sur un mode bimensuel.**

- Cent vingt-huit cas (50%) ont concerné des filles. L'âge médian des cas était de 7 ans (25% des cas avaient  $\leq 3$  ans et 75%  $\leq 11$  ans).
- Les cas étaient confirmés par une PCR et/ou sérologie pour SARS-CoV-2 positives dans plus de la moitié des cas (n=157, 62%). Le lien avec le virus était probable chez 18 (7%) patients (contage avec un sujet positif ou scanner évocateur) et considéré comme possible chez 21 patients (8%). Pour les 58 patients restants (23%), ce lien n'a pas pu être établi.
- Parmi les 196 patients pour lesquels le lien avec la COVID-19 était possible, probable ou confirmé, les PIMS étaient associés à une myocardite pour 141 cas (72%). Parmi les 58 patients sans lien établi avec la COVID-19, une myocardite n'a été retrouvée que pour 5 d'entre eux.
- Un séjour en réanimation a été nécessaire pour 118 enfants (46%) et en unité de soins critiques pour 44 enfants (17%). Les autres enfants ont été hospitalisés en service de pédiatrie. Un seul enfant, âgé de 9 ans, est décédé, dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite.
- **Près de la moitié des cas** (n=122) a été rapportée dans la région **Ile-de-France**, et entre 10 et 27 cas en Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Normandie, Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- Un délai moyen de survenue des PIMS de 4 à 5 semaines après l'infection par le SARS-CoV-2 avait été observé lors de la première vague (Figure 37). Après un pic observé en semaine 18 (semaine d'hospitalisation), le nombre de cas signalés a diminué de manière importante au cours de l'été, avant une augmentation modérée fin septembre à compter de la semaine 39 : 46 cas confirmés ont été rapportés entre le 21 septembre et le 15 novembre.
- Au total, les données recueillies confirment l'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique rare chez l'enfant avec fréquente atteinte cardiaque, lié à l'épidémie de COVID-19, également observé dans d'autres pays. En France, l'incidence des PIMS en lien avec la COVID-19 (196 cas) a été estimée à **13,5 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans** (soit : 14 511 544 habitants, données INSEE 2019).

**Figure 37. Distribution hebdomadaire des hospitalisations pour PIMS, en fonction du lien avec la COVID-19, et des hospitalisations COVID-19 tous âges, France, du 2 mars au 15 novembre 2020 (données au 17 novembre 2020\*)**



# Surveillance de la mortalité

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

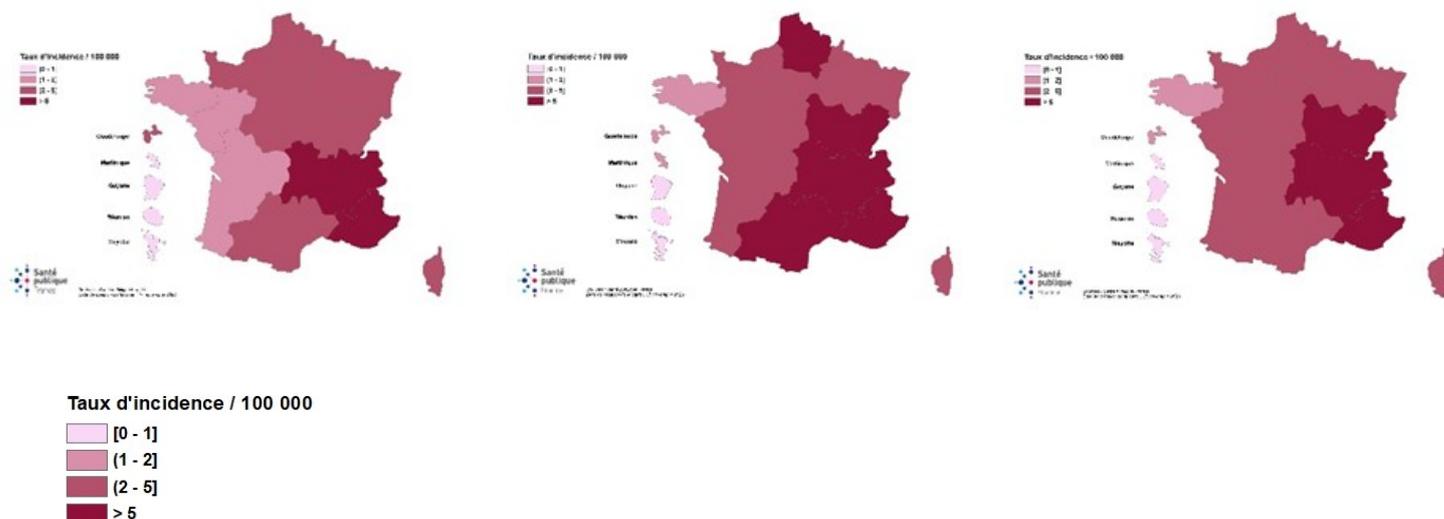
- Entre le 1<sup>er</sup> mars et le 17 novembre 2020, **46 273 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **31 743 décès** étaient survenus au cours d'une hospitalisation et **14 530 décès** (données au 15 novembre) parmi des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements médico-sociaux (EMS).
- **93% des cas de COVID-19 décédés étaient âgés de 65 ans ou plus.**
- **Au niveau national, le nombre hebdomadaire de décès était stable** en semaine 46 avec **3 756 décès** vs. 3 817 en S45 (-1,6%, données consolidées pour S45 uniquement). Cette stabilisation fait suite à plusieurs semaines d'augmentation (+47% entre S44 et S45 et +68% entre S43 et S44). Néanmoins, la stagnation observée du nombre hebdomadaire de décès pourrait être en partie expliquée par le délai de consolidation des données de décès en ESMS : en S46, pour les EHPA et autres EMS, on observe une diminution du nombre de décès entre S45 (1 226 décès) et S46 (863 décès), qui sera très certainement réévaluée dans le prochain point épidémiologique après consolidation. Le nombre de décès survenus parmi les personnes hospitalisées a augmenté de 2 591 en S45 à 2 893 en S46, soit +12%.
- Le **taux hebdomadaire de décès** à l'échelle nationale était de **5,60 pour 100 000 habitants** en semaine 46 (vs. 5,69 en S45 ; 3,88 en S44 et 2,31 en S43).
- **En semaine 46, les plus forts taux de décès** de patients COVID-19 **par région** rapportés à la population (/100 000 habitants) étaient observés en Auvergne-Rhône-Alpes (12,76), Bourgogne-Franche-Comté (9,05) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (7,87) (Figure 38).
- Malgré la non consolidation des données en semaine 46, les **taux hebdomadaires de décès** déclarés (/100 000 habitants) étaient en **augmentation dans 9 régions** entre les semaines 45 et 46 (notamment en Grand Est, à La Réunion, en Île-de-France et en Centre-Val de Loire), contre 15 régions la semaine précédente. Les taux diminuaient dans 7 régions.

Figure 38. Taux hebdomadaires de décès dus à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS) en S44 (26 octobre au 1er novembre), S45 (02 au 08 novembre) et S46 (09 au 15 novembre), par région, France 2020 (source : SI-VIC et ESMS)

du 26 octobre au 01 novembre 2020

du 02 au 08 novembre 2020

du 09 au 15 novembre 2020



Les données de la S46 ne sont pas consolidées pour les EHPA et autres EMS

## Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020, 19 049 certificats de décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 11).
  - L'âge médian au décès était de 84 ans et 91,9% avaient 65 ans et plus.
  - Les hommes représentaient 55% de ces décès.
  - Des comorbidités étaient renseignées pour 12 295 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 23% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 34% de ces décès.
- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 2,3% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité (ou pas de comorbidité renseignée) et étaient âgées de moins de 65 ans.
- **Pour la semaine 46 (du 09 au 15 novembre 2020), 1 789 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 39,8% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 39). **Ce nombre de décès se stabilise par rapport à la semaine précédente (+53 décès, soit +3%, par rapport à la semaine 45).**
- Parmi les 1 789 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention d'infection au SARS-CoV-2 dans le certificat, 1 460 (81,6%) étaient âgées de plus de 75 ans, 221 étaient âgées de 65 à 74 ans, 102 étaient âgées de 45 à 64 ans et 6 étaient âgées de 15 à 44 ans.

Figure 39. Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1<sup>er</sup> mars au 15 novembre 2020 (données au 17 novembre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

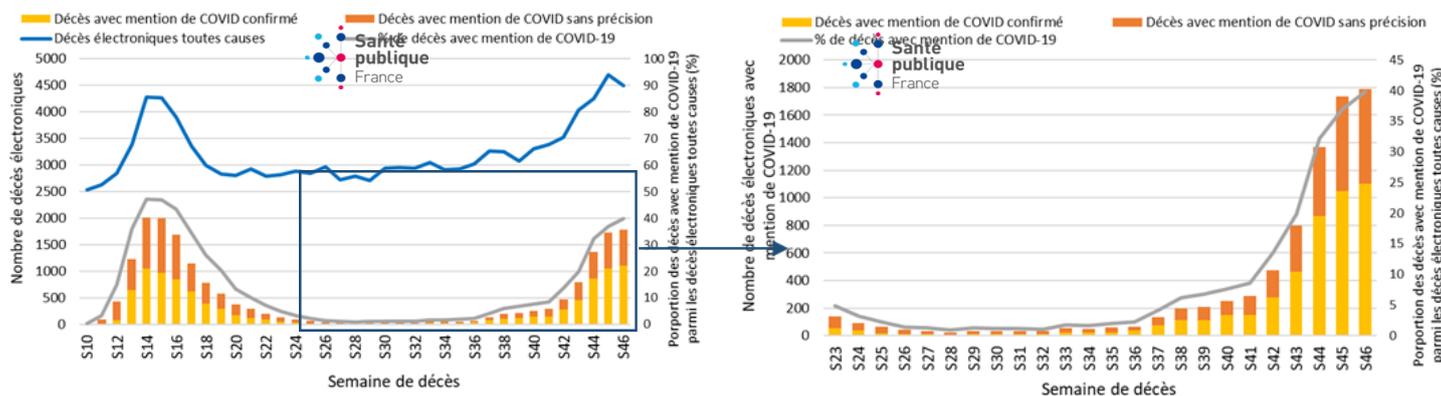


Tableau 11. Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1<sup>er</sup> mars au 15 novembre 2020 (données au 17 novembre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%
Hommes	10 427	55

Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ou non renseigné <sup>1</sup>		Avec comorbidités <sup>1</sup>		Total <sup>2</sup>	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	2	100	2	0
15-44 ans	45	33	92	67	137	1
45-64 ans	399	28	1 007	72	1 406	7
65-74 ans	870	31	1 901	69	2 771	15
75 ans ou plus	5 440	37	9 293	63	14 733	77
<b>Tous âges</b>	<b>6 754</b>	<b>35</b>	<b>12 295</b>	<b>65</b>	<b>19 049</b>	<b>100</b>

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	12 295	65
Aucune ou non renseigné	6 754	35

Description des comorbidités	n	%
Obésité	707	6
Diabète	2 010	16
Pathologie respiratoire	1 631	13
Pathologie cardiaque	4 241	34
Hypertension artérielle	2 867	23
Pathologies neurologiques *	1 062	9
Pathologie rénale	1 537	13
Immunodéficience	285	2

\* ce groupe inclut les pathologies neuro-vasculaires et neuro-musculaires

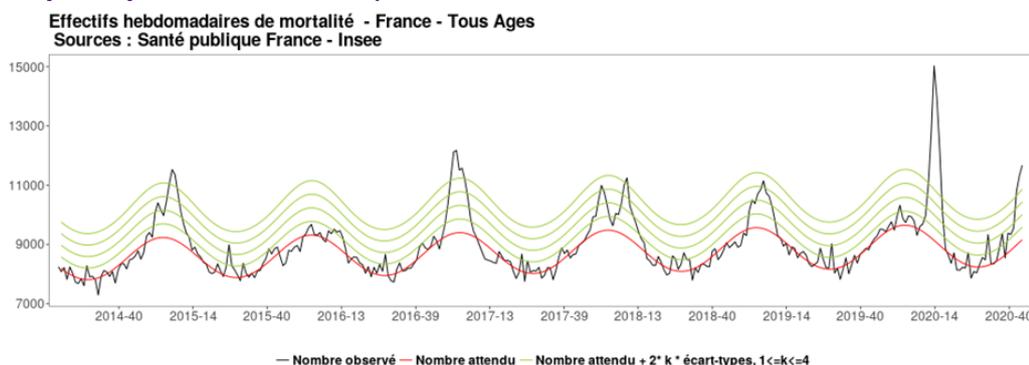
<sup>1</sup>% présentés en ligne ; <sup>2</sup>% présentés en colonne

## Mortalité toutes causes

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

- **Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre) avec une hausse plus marquée de la semaine 43 (du 19 au 25 octobre) à la semaine 45 (du 02 au 08 novembre) (Figure 40).** Au niveau national, l'excès de mortalité était compris entre **+6% et +7,5% sur les semaines 40 à 42, à +20% sur la semaine 43 et à +25% en semaine 44.** Du fait du délai habituel de transmission des données l'estimation de l'excès de décès pour S45 sera précisée la semaine prochaine.
- **Au niveau régional (Figure 41), le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en semaine 41 dans 2 régions, en semaine 42 dans 4 régions, en semaine 43 dans 8 régions, en semaine 44 dans 9 régions et en semaine 45 dans 10 régions :** Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté, Ile-de-France, Occitanie, Hauts-de-France, Normandie, Pays-de-la-Loire, Centre-Val-de-Loire et Grand-Est.
- La hausse de la mortalité est plus particulièrement marquée en **Auvergne-Rhône-Alpes, où l'excès de décès a atteint un niveau exceptionnel en semaines 44 et 45.**
- A l'échelon départemental, 30 départements présentaient un excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue en semaine 43, 29 départements en semaine 44 et 42 départements en semaine 45 (Figure 42).
- Ces excès concernent principalement **les personnes de 65 ans ou plus.**
- Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer la part attribuable à l'épidémie de COVID-19.**

**Figure 40. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, en France, de la semaine 16-2014 à la semaine 45-2020 (Source : Santé publique France - Insee)**

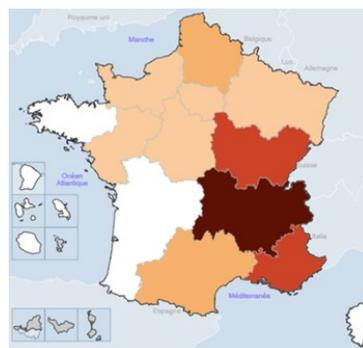
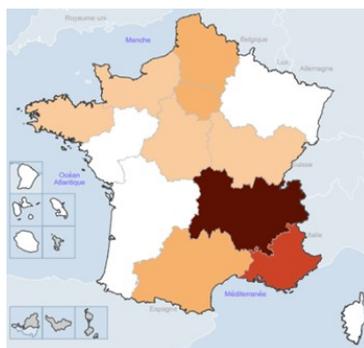
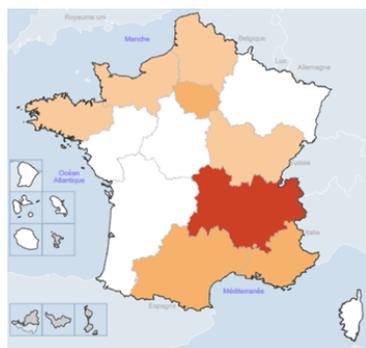


**Figure 41. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 43 (du 19 au 25 octobre), 44 (du 26 octobre au 01 novembre) et 45 (du 02 au 08 novembre 2020), données au 17 novembre 2020, par région (Sources : Santé publique France, Insee)**

du 19 au 25 octobre 2020

du 26 octobre au 01 novembre 2020

du 02 au 08 novembre 2020



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

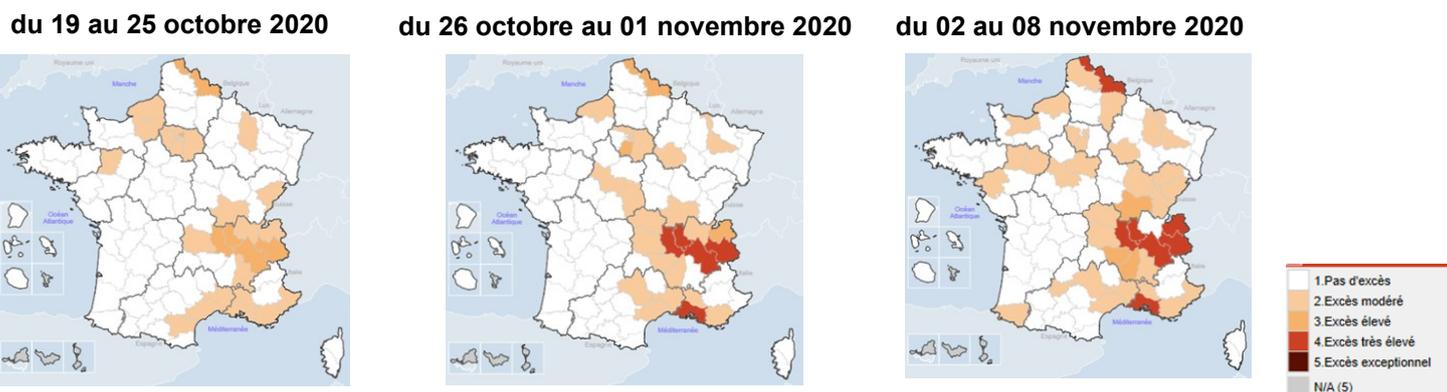
Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99

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

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

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

**Figure 42. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 43 (du 19 au 25 octobre), 44 (du 26 octobre au 1<sup>er</sup> novembre) et 45 (du 2 au 8 novembre 2020), données au 17 novembre 2020, par département (Sources : Santé publique France, Insee)**

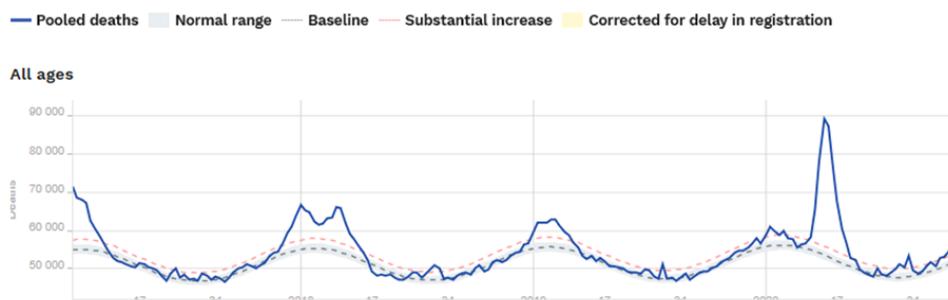


Pas d'excès : indicateur standardisé de décès (Z-score) <2  
 Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99  
 Excès élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 5 et 6,99  
 Excès très élevé de décès : indicateur standardisé de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

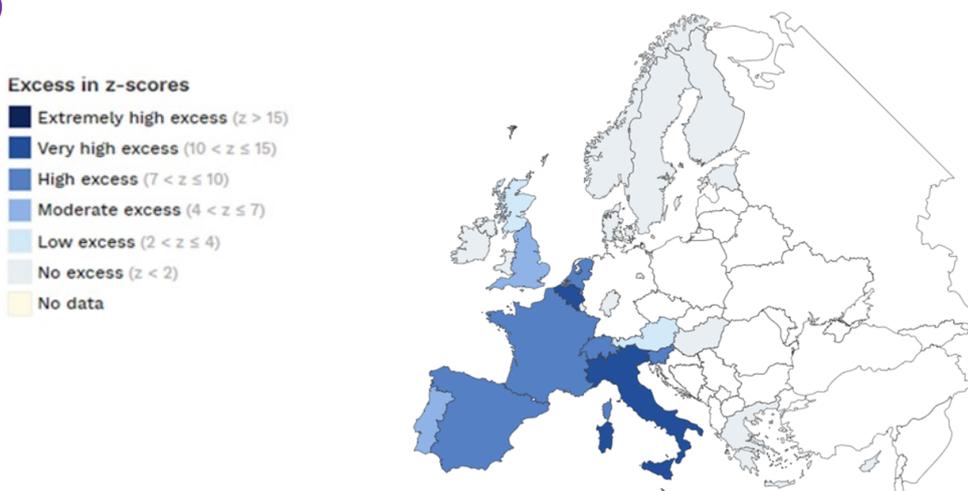
## Mortalité à l'échelle européenne

A l'échelle européenne, parmi les 26 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité est notée depuis le début du mois d'octobre 2020 et s'accroît à partir de la semaine 43 (Figure 43). Ainsi, un excès de mortalité était observé dans deux pays/régions en semaine 41, dans sept pays/régions en semaine 42, dans treize pays/régions en semaine 43 et dans douze pays/régions en semaine 44 (Angleterre, Ecosse, Pays-Bas, Belgique, France, Italie, Malte, Slovaquie, Autriche, Suisse, Portugal et Espagne) (Figure 44).

**Figure 43. Evolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 26 pays/régions européens, de la semaine 03-2017 à la semaine 45-2020 (Source : EuroMomo)**



**Figure 44. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 44-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 11 novembre 2020) (Source : EuroMOMO)**



## Situation internationale

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 54 771 888 cas confirmés de COVID-19 étaient rapportés dans le monde - dont 1 324 249 décès - au 17/11/2020. Globalement, le nombre de nouveaux cas a augmenté de 6% et la mortalité pour COVID-19 de 11% sur les 7 derniers jours, des chiffres à la baisse par rapport à la semaine précédente. Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Europe** et en **Amérique**, à l'origine de respectivement 46% et 36% des cas rapportés au niveau mondial, entre le 9 et le 15 novembre (semaine 46). En **Asie du Sud-Est**, où sont localisés 9% des cas récents rapportés en semaine 46, l'épidémie est légèrement à la baisse sur les 7 derniers jours (-4%) comme en Europe avec -10% de cas par rapport à la semaine précédente (**Figure 45**)

- Dans la zone **Amérique**, le nombre global de nouveaux cas est en hausse de 40% et le nombre de décès en hausse de 10% sur les 7 derniers jours. Les États-Unis ont rapporté 1 million de nouveaux cas (+47%) sur les 7 derniers jours. Une augmentation est également documentée au Canada en particulier parmi les populations vulnérables. Le Mexique observe également une augmentation du nombre de nouveaux cas (+16%) avec des niveaux élevés d'hospitalisations pour COVID-19 dans le nord du pays, placé à un niveau d'alerte élevé. Des tendances à la hausse sont rapportées au Belize, en Bolivie et en Uruguay. L'épidémie est en déclin depuis plusieurs semaines au Brésil, en Bolivie, au Chili, au Guatemala, au Pérou, au Panama, au Paraguay et au Venezuela.  
[Pour plus de détails sur la zone Amériques, cliquez ici.](#)
- En **Asie**, l'épidémie est en déclin depuis la mi-septembre pour les cas et les décès et est désormais stable depuis le mois de novembre. Les pays rapportant les plus forts taux d'incidence restent l'Inde où l'épidémie semble stable, le Népal et les Maldives, même si ce dernier observe une baisse du nombre de cas. En Indonésie, l'épidémie progresse fortement (+23%) sur les 7 derniers jours, en particulier dans les provinces de Jakarta et de Jawa Tengah. Les tendances sont également à la hausse pour la Malaisie, le Myanmar et le Sri Lanka. Des réémergences ont été observées au Pakistan (+45% des cas et +21% de décès) ainsi qu'en Afghanistan (+65% de nouveaux cas). Des baisses notables ont été observées au Bangladesh, en Chine, en Corée du Sud et en Thaïlande.  
[Pour plus de détails sur l'Asie, cliquez ici.](#)
- En **Océanie**, après une augmentation très importante de la transmission du SARS-CoV-2 pendant 6 semaines en **Polynésie française**, le taux d'incidence est à la baisse mais reste tout de même parmi les plus élevés du monde (612,6 cas/100 000 hab. en S46). L'épidémie est maîtrisée en Australie et en Nouvelle-Zélande.  
[Pour plus de détails sur l'Océanie cliquez ici](#)
- Dans les pays du **Moyen-Orient**, l'épidémie demeure en phase ascendante avec une incidence de nouveaux cas à la hausse depuis la mi-août (+11% depuis la semaine dernière) bien que le nombre de décès reste stable. Les pays avec les plus forts taux d'incidence sont la Jordanie et l'Iran. L'épidémie est toujours très à la hausse au Liban mais aussi aux Émirats arabes unis et en Syrie récemment mais avec une hausse modérée. Les situations sont stables en Irak (même si l'épidémie reste active), au Koweït et au Qatar.  
[Pour plus de détails sur le Moyen-Orient, cliquez ici.](#)
- En **Afrique**, après une baisse de début juillet à fin septembre, une remontée du nombre de nouveaux cas est observée depuis début octobre : +22% de nouveaux cas depuis la semaine précédente. Les pays rapportant le plus grand nombre de nouveaux cas sur les 7 derniers jours sont l'Afrique du Sud, le Kenya, l'Algérie et l'Éthiopie. En Algérie, l'augmentation des nouveaux cas est importante (+131% depuis la semaine précédente) avec une hausse des hospitalisations particulièrement marquée dans le Nord-Est et le Centre-Nord du pays, conduisant à l'instauration de nouvelles mesures plus restrictives. L'Afrique du Nord poursuit sa phase ascendante avec une épidémie très active au Maroc, en Tunisie et en Libye. Des tendances à la hausse s'observent en Angola et en Ouganda mais aussi au Botswana.  
[Pour plus de détails sur l'Afrique, cliquez ici.](#)
- En **Europe**, pour les pays de l'UE/EEA et le Royaume-Uni, au 17 novembre 2020, le nombre total de cas était de 10 908 028 dont 270 664 décès. L'augmentation du taux d'incidence pour la semaine S46 (du 9 au 15 novembre) se poursuit dans une grande majorité des pays. Les pays européens font partie des pays avec les taux d'incidence en semaine S46 les plus élevés dans le monde : sur les 10 incidences les plus élevées, 9 pays étaient en Europe. Parmi les pays européens de l'UE/EEA, les taux d'incidence hebdomadaires les plus élevés sont observés en Autriche, au Luxembourg, en Slovaquie, en Pologne, en République tchèque, en Croatie, en Italie, en Lituanie, au Portugal, en Bulgarie et en Hongrie : tous ont des taux supérieurs à celui de la France (307,2). Hors zone UE/EEA, des taux d'incidence élevés sont observés en Suisse mais toujours aussi en Europe centrale et dans les Balkans où les hausses s'accroissent notamment au Monténégro, Géorgie, Arménie, Macédoine du Nord. La Russie connaît de son côté un nombre record de nouveaux cas et un taux d'incidence toujours en augmentation depuis plusieurs semaines (**Figures 46 et 47a-47b**).  
[Pour plus de détails sur l'Europe, cliquez ici.](#)

Figure 45. Taux d'incidence de COVID-19 pour 1 million hab. sur les 7 derniers jours, par pays et territoires, du 9 au 15 novembre 2020 (source : OMS)



Figure 46. Taux d'incidence de COVID-19 pour 100 000 habitants pour les semaines 39-40 versus les semaines 44-45 dans les pays de l'UE/EAA (source : ECDC)

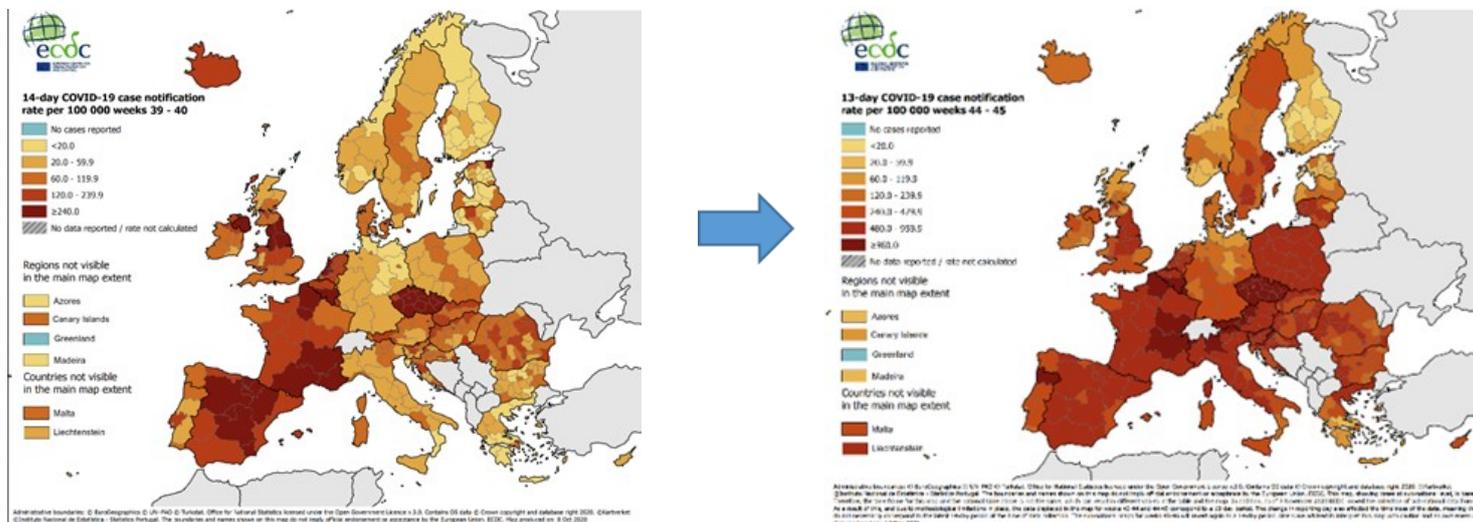


Figure 47a. Evolution récente des taux d'incidence (pour 100 000 hab. sur 7 jours) pour les pays de l'UE/EAA aux incidences les plus élevées et

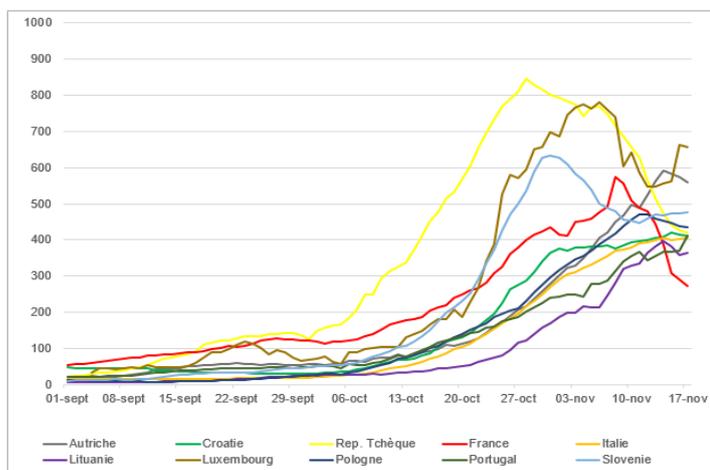
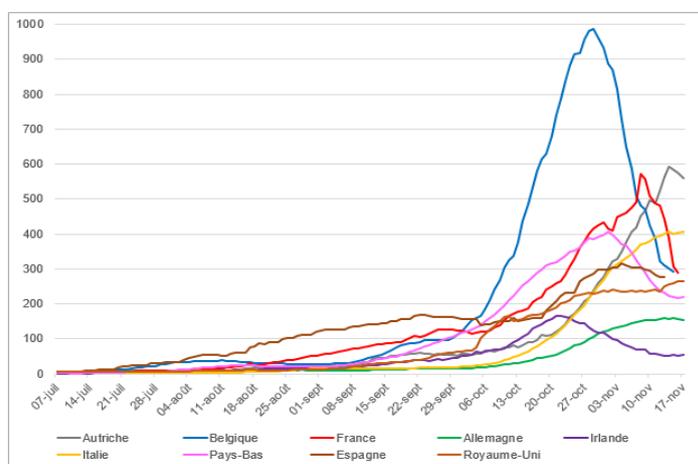


Figure 47b. Evolution récente des taux d'incidence (pour 100 000 hab. sur 7 jours) pour les principaux pays limitrophes à la France, données au 17 novembre 2020 (source: ECDC)



Pour en savoir plus sur la situation internationale :

En Europe : [ECDC - Weekly surveillance report \(week 45\), 13 novembre 2020](#)

Dans le monde : [Organisation mondiale de la santé - Weekly Epidemiological Update, 17 novembre 2020](#)

# Prévention

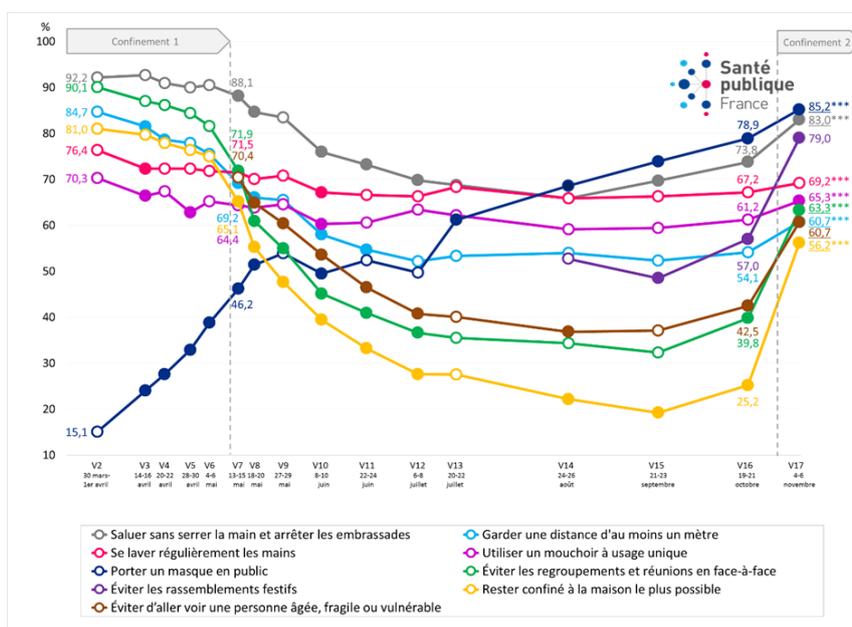
## Suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

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

### 1) Adoption des mesures de prévention

- En vague 17 (04 au 06 novembre), si l'adoption systématique des mesures d'hygiène a peu évolué, l'adoption **systématique des mesures en lien avec la limitation des interactions sociales a augmenté très fortement depuis le nouveau confinement** (figure 48).
- **Toutes les classes d'âge sont concernées** par cette augmentation.

**Figure 48. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, novembre 2020.**



#### Notes de lecture :

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

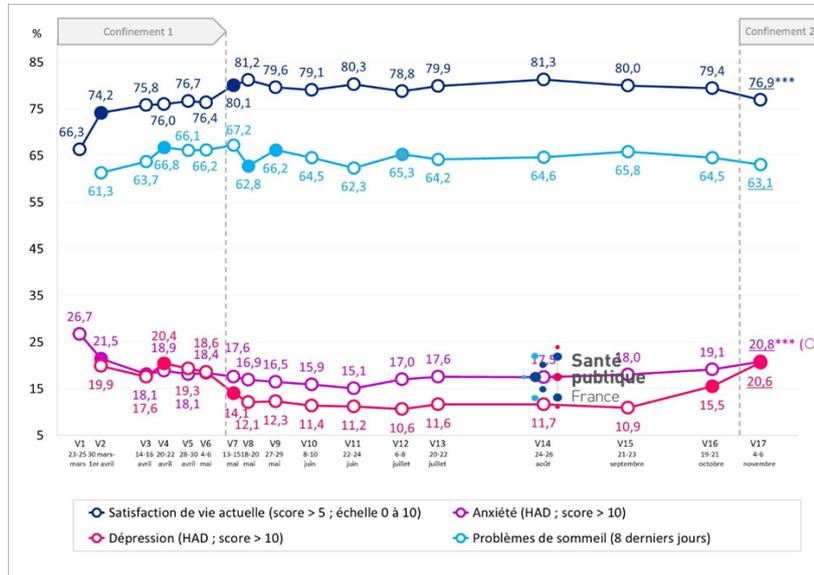
- En vague 17, les populations adoptant le moins systématiquement les mesures de prévention sont le plus souvent les hommes et les personnes ayant un faible niveau de littératie. Les personnes ne présentant pas de risque de développer une forme grave de COVID-19 adoptent moins systématiquement le port du masque en public ou la mesure « Rester confiné à la maison le plus possible ».
- Les déterminants cognitifs de l'adoption systématique des mesures de prévention communs aux quatre indicateurs (nombre de mesures d'hygiène, nombre de mesures de distanciation physique, port du masque en public et confinement) sont :
  - La **norme sociale perçue** (approbation et adoption des mesures de prévention par les proches).
  - Le fait de **se sentir capable d'adopter les mesures de prévention**.
  - Le fait de **percevoir les mesures de prévention comme peu contraignantes**.

### 2) Santé mentale

- En vague 17 (04 au 06 novembre), pour la seconde fois consécutive, on observe **une augmentation significative des états dépressifs (+ 5 points)**. La prévalence a presque doublé entre fin septembre (11% en V15) et début novembre (21% en V17).
  - ▶ **Les hausses les plus importantes** sont observées chez les plus **jeunes** (+16 points chez les 18-24 ans et +15 points chez les 25-34 ans), **les inactifs** (+15 points) et **les personnes déclarant une situation financière très difficile** (+14 points).

- En vague 17, les autres indicateurs (figure 49) n'ont pas évolué de façon significative en comparaison à la vague 16 (19 au 21 octobre).
  - ▶ On observe cependant entre la vague 14 (24 au 26 août) et la vague 17, **une augmentation continue et globalement significative des états anxieux (+3 points)** ainsi qu'une **diminution de la satisfaction de vie (-4 points)**.

**Figure 49. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, novembre 2020**



**Notes de lecture :**

Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (ronde) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté,  $p < 0,05$ . Lorsque la dernière proportion de la série (vague 17) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 1 ou 2 selon l'indicateur), test de Wald ajusté, \* :  $p < 0,05$  ; \*\* :  $p < 0,01$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$  ; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période post-confinement (vague 7), test de Wald ajusté,  $p < 0,05$ . HAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

- En vague 17, les personnes déclarant **une situation financière très difficile**, celles ayant **des antécédents de troubles psychologiques, les inactifs et les CSP-** ainsi que **les jeunes adultes (18-34 ans)** sont davantage concernés par **les états dépressifs**.
- En vague 17, les **facteurs cognitifs et affectifs** (perceptions et ressentis) associés **aux états dépressifs** sont : **l'inquiétude vis-à-vis de la situation financière, la colère et la frustration, la peur**, le fait de **se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2**, le fait que **les proches adoptent et approuvent moins les mesures de prévention et le sentiment d'isolement et de solitude**.

Une nouvelle vague d'enquête aura lieu en semaine 48 (23 au 29 novembre) et les résultats seront publiés en semaine 49 (Point épidémiologique du 3 décembre 2020).

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

**PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES**

---

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

Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir

Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter

Éviter de se toucher le visage

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

Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades

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

Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)

Aérer les pièces 10 minutes, 3 fois par jour

Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

# Synthèse

## Nouveaux cas confirmés de SARS-CoV-2 en France

Les nouveaux cas confirmés de SARS-CoV-2 étaient jusqu'à présent estimés à partir du **nombre de patients confirmés positifs pour le SARS-CoV-2 par test RT-PCR**, disponible *via* SI-DEP.

Depuis le 17 octobre 2020, les tests antigéniques réalisés sur prélèvements nasopharyngés sont autorisés et remboursés en France et permettent de confirmer le diagnostic de SARS-CoV-2 de manière plus rapide. A ce jour, ces tests sont recommandés chez les personnes symptomatiques de moins de 65 ans sans facteur de risque de forme grave (dans les 4 jours après le début des symptômes), ou chez les personnes asymptomatiques dans le cadre de dépistages ciblés uniquement. Ils ne sont en revanche pas recommandés pour le dépistage de sujets contact, ni dans le cadre de clusters de cas de COVID-19 [1, 2]. Depuis le 18 novembre, ces tests peuvent également être utilisés chez les personnes asymptomatiques et chez les personnes symptomatiques de plus de 65 ans et/ou ayant un facteur de risque de forme grave avec recommandation de confirmation par un test de RT-PCR en cas de test antigénique négatif [3].

Les prélèvements et les tests peuvent être réalisés d'une part dans des laboratoires de biologie médicale (Test Diagnostic Rapide (TDR)) et, d'autre part, par des pharmaciens, des médecins ainsi que des infirmiers (Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD)). Ces tests peuvent aussi depuis le 18 novembre être notamment utilisés dans les établissements scolaires du premier et second degré, dans le cadre de dépistages collectifs, dans les établissements médicaux ou médico-sociaux, ainsi que dans le cadre du contrôle sanitaire aux frontières et lors de déplacements vers les territoires ultramarins [4].

Les données relatives aux diagnostics réalisés par tests antigéniques sont renseignées dans l'outil SI-DEP depuis le 16 novembre 2020 midi et ne peuvent donc pas être présentées dans ce point épidémiologique. La base de données Contact COVID alimentée par l'Assurance maladie est la seule source de données disponible pour renseigner les cas diagnostiqués par ces tests. **La prise en compte des patients confirmés positifs pour le SARS-CoV-2 par test RT-PCR (source SI-DEP) et par test antigénique (source Contact COVID) permet d'estimer le nombre de cas confirmés pour le SARS-CoV-2 en France.**

Cette estimation présente certaines limites. L'estimation des nombres de tests antigéniques réalisés peut être potentiellement sous-estimée si des tests ont été effectués mais leurs résultats non encore transmis à l'Assurance maladie. Il est par ailleurs à ce jour impossible d'identifier à partir de ces deux sources les cas confirmés pour lesquels un test antigénique et une RT-PCR sont positifs : un patient ayant eu un diagnostic positif par test antigénique ainsi qu'un diagnostic par RT-PCR pourrait être comptabilisé deux fois. Il est cependant attendu que ce cas de figure soit rare et limité aux formes sévères hospitalisées) étant donné que la confirmation des tests antigéniques positifs par RT-PCR n'est pas recommandée. L'analyse prochaine de l'ensemble des résultats de diagnostic grâce à la base SI-DEP permettra de lever cette difficulté.

**Au niveau national, en semaine 46 (du 9 au 15 novembre 2020), le nombre de cas confirmés par tests RT-PCR ou test antigénique est estimé à 182 783 cas. Le nombre de cas confirmés est en diminution pour la deuxième semaine (vs 305 135 cas en S45, soit -40,1% entre S46 et S45 ; 335 677 en S44, soit -9,1% entre S45 et S44).**

En semaine 46, l'incidence nationale des cas ainsi confirmés (RT-PCR et tests antigéniques) était de 272 cas/100 000 habitants. Elle était de 455/100 000 habitants en S45.

Au niveau régional, les taux d'incidence des cas ainsi confirmés (RT-PCR et tests antigéniques) les plus élevés étaient rapportés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (503 cas/100 000 habitants), **Bourgogne Franche Comte** (398 cas/100 000 hab.), **Hauts-de-France** (312/100 000 hab.) et **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (306/100 000 hab.).

**Les taux d'incidence étaient en baisse dans toutes les régions entre S46 et S45, sauf en Guyane où l'incidence a augmenté de 14% entre S46 et S45.**

[1] Avis n° 2020.0050/AC/SEAP du 24 septembre 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription sur la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, de la détection antigénique du virus SARS-CoV-2 sur prélèvement nasopharyngé.

[2] Avis n° 2020.0059/AC/SEAP du 8 octobre 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à l'utilisation de la détection antigénique du virus SARS-CoV-2 sur prélèvement nasopharyngé en contexte ambulatoire.

[3] MINSANTE N° 2020\_197. Doctrine d'utilisation des tests antigéniques.

[4] Instruction ministérielle du 16 novembre 2020 relative à la mise à disposition et à la distribution des tests antigéniques rapides au profit des personnels des établissements scolaires du premier et second degré.

## En France métropolitaine

En semaine 46 (du 09 au 15 novembre 2020), **les indicateurs de suivi de l'épidémie de COVID-19 montrent une diminution de la circulation du SARS-CoV-2 en France métropolitaine.**

**En médecine générale**, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aigüe (IRA) du réseau Sentinelles était en diminution par rapport à la semaine précédente (103/100 000 habitants en S46 vs. 146 en S45).

En semaine 46, 164 378 nouveaux cas confirmés de COVID-19 par RT-PCR (SI-DEP) ont été enregistrés en France métropolitaine, en forte diminution par rapport à la semaine précédente et ce pour la deuxième semaine (287 812 cas en S45, - 43%). Le taux de dépistage hebdomadaire était de 1 552/100 000 habitants en S46, en diminution par rapport à la semaine précédente (2 230/100 000 en S45, -30%). Le taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR ainsi que les taux de dépistage étaient en diminution dans toutes les tranches d'âge.

**Le taux de positivité des tests RT-PCR était également en diminution pour la deuxième semaine consécutive (16,3% en S46 vs 19,9% en S45, soit -3,6 points). Cette diminution était rapportée dans toutes les tranches d'âge.**

**Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était en baisse au niveau national pour la deuxième semaine consécutive (-27% entre S45 et S46).** Cette baisse concernait toutes les tranches d'âge, bien que plus marquée chez les adultes. Elle était également observée dans toutes les régions.

Aux urgences, au niveau national, les **passages pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)** étaient en baisse en S46 (11 803 en S46 vs. 14 558 S45, soit -19%) après 4 semaines consécutives de hausse et une stabilisation en S45. La baisse observée concernait toutes les tranches d'âge, mais était moins marquée chez les moins de 15 ans. En métropole, cette diminution touchait toutes les régions notamment la Corse (-40%), l'Île-de-France (-24%), les Hauts-de-France (-22%), les Pays de la Loire (-22%) et PACA (-22%).

**Le 17 novembre 2020, 33 170 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France, dont 4 854 en réanimation.**

Au niveau national, **en milieu hospitalier, le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a diminué pour la première fois en semaine 46**, avec 17 390 nouvelles hospitalisations déclarées vs. 19 940 en S45 (-13%). **Cette diminution était observée dans la quasi-totalité des régions métropolitaines** excepté en Grand-Est (+18%), Centre-Val de Loire (+7%) et Pays de la Loire (+2%). Les diminutions les plus marquées étaient observées en Corse (-38%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (-24%), Ile-de-France (-21%), Hauts-de-France (-20%) et Auvergne-Rhône-Alpes (-20%).

**Les taux d'hospitalisations les plus élevés** en semaine 46 étaient enregistrés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (44,9/100 000 habitants), **Bourgogne-Franche-Comté** (40,8), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (33,1) et **Grand-Est** (28,7).

Au niveau national, **le nombre de nouvelles admissions en réanimation a diminué pour la première fois en semaine 46 (2 761 admissions en S46 vs. 3 037 en S45, - 9%).**

Le taux d'hospitalisations en réanimation a diminué en semaine 46 dans la plupart des régions de France métropolitaine, notamment en Normandie (-25%), Corse (-22%), Ile-de-France (-13%), Auvergne-Rhône-Alpes (-13%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (-12%), Occitanie (-11%), Bourgogne-Franche-Comté (-10%) et Hauts-de-France (-10%). Il a en revanche augmenté en Grand-Est (+17%), en Bretagne (+12%) et en Nouvelle Aquitaine (+4%).

Les plus forts taux d'incidence hebdomadaires d'admissions en réanimation étaient rapportés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (6,7/100 000 habitants), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (5,4), en **Bourgogne-Franche-Comté** (5,2), en **Hauts-de-France** (4,9) et en **Île-de-France** (4,5).

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

**En semaine 46, les estimations du taux de reproduction à partir des données virologiques RT-PCR (SI-DEP) sont inférieures à 1 en France métropolitaine (0,65) ainsi que dans l'ensemble des régions métropolitaines.** Les Reff estimés à partir des passages aux urgences (OSCOUR®) pour suspicion de COVID-19 et à partir des données d'hospitalisations (SI-VIC) sont également inférieures à 1 dans la quasi-totalité des régions métropolitaines, excepté dans la région Grand-Est où les estimations sont supérieures à 1, mais de façon non significative, et en Bourgogne-Franche-Comté, où l'estimation issue des données d'hospitalisations (SI-VIC) est supérieure à 1, mais également de façon non significative. **Aucune région métropolitaine ne présente ainsi d'estimation du R-effectif significativement supérieure à 1 en semaine 46.**

Le R effectif estimé à partir des données SI-DEP pourrait être en partie sous-estimé, car les données SI-DEP prises en compte pour son calcul concernent seulement les cas confirmés par test RT-PCR, mais pas les cas confirmés par tests antigéniques. Les évolutions très comparables des nombres de cas confirmés par test RT-PCR (données SI-DEP) et des nombres de cas confirmés par tests RT-PCR et tests antigéniques (données SI-DEP et données ContactCOVID) suggèrent que s'il y a une sous-estimation, celle-ci reste limitée.

Ainsi, entre les semaines 45 et 46, la diminution des nombres de cas confirmés par tests RT-PCR et tests antigéniques (données SI-DEP et données ContactCOVID) est de -40% alors que la diminution des cas confirmés par tests RT-PCR uniquement est de -43%. Les mêmes diminutions observées entre les semaines 45 et 44 étaient respectivement de -9% et -13%.

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

Au niveau national, le nombre hebdomadaire de décès était stable en semaine 46, avec 3 756 décès vs. 3 817 en S45 (-1,6%, données consolidées pour S45 uniquement). Cette stabilisation, qui méritera d'être confirmée une fois les données consolidées, succède à plusieurs semaines d'augmentation.

**Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre), avec une hausse plus marquée à partir des semaines 43 (du 19 au 25 octobre), 44 et 45.** Au niveau national, l'excès de mortalité était compris entre +6% et +7,5% sur les semaines 40 à 42, à +20% sur la semaine 43 et à + 25% en semaine 44. Du fait des délais de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 45 sera précisée la semaine prochaine.

Les données des dernières semaines sont encore incomplètes.

**La santé mentale des Français**, s'est significativement dégradée entre fin septembre et début novembre avec une augmentation importante des états dépressifs pour l'ensemble de la population (+ 10 points). Des hausses importantes ont été observées en particulier chez les personnes déclarant une situation financière très difficile et chez les plus jeunes (18-34 ans).

## Dans les régions

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

### Régions métropolitaines

L'épidémie touche toutes les régions métropolitaines mais les régions actuellement les plus impactées sont **Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, et Provence-Alpes-Côte d'Azur**.

En semaine 46, les taux d'incidence des cas confirmés (RT-PCR et tests antigéniques) les plus élevés étaient rapportées en Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne Franche Comte, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les régions avec les taux d'hospitalisations les plus élevés, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Grand-Est. Enfin, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 par région, incluant les décès survenus en milieu hospitalier et ceux en établissements médico-sociaux, étaient observés en Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

En région Auvergne-Rhône-Alpes, l'excès de décès toutes causes avait atteint un niveau exceptionnel en semaines 44 et 45.

### Départements et régions d'outre-mer (DROM)

- **En Guyane**, les indicateurs étaient **en hausse** en semaine 46 : le taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR ou tests antigéniques était de 54/100 000 habitants (47 en S45) et le taux de positivité des tests RT-PCR de 8,7% (6,3% en S45). Le taux hebdomadaire d'hospitalisations a diminué en semaine 46 (3,8/100 000 habitants vs 5,5) ainsi que le taux d'admissions en réanimation (de 0,34 à 0/100 000 habitants).
- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient **en baisse** en S46 : le taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR ou tests antigéniques était de 36/100 000 habitants (vs. 52/100 000 habitants en S45) et le taux de positivité des tests RT-PCR était de 8% (vs. 10% en S45). Le taux hebdomadaire d'hospitalisations a diminué en S46 (5,3 vs. 9,6/100 000 habitants), ainsi que le taux d'admission en réanimation (de 2,7 à 1,6).

- **A La Réunion**, les indicateurs virologiques étaient en baisse en semaine 46 : le taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR ou tests antigéniques était de 69/100 000 habitants (81 en S45) et le taux de positivité des tests RT-PCR de 6,0% (6,6% en S45). Le taux hebdomadaire d'hospitalisations a augmenté à La Réunion (de 4,9/100 000 habitants à 6,0), ainsi que les taux d'admission en réanimation (de 1,4 à 1,5/100 000 habitants).
- **En Martinique**, les indicateurs étaient **en baisse** en S46, avec un taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR ou tests antigéniques de 103/100 000 habitants (148 en S45) et un taux de positivité de 11,5% (12,7% en S45). Le taux d'hospitalisation était de 9,5/100 000 habitants et était en diminution (12,5 en S45). Le taux d'admission en réanimation était également en diminution (de 2,8 à 2,2/100 000 habitants).
- **A Mayotte**, les indicateurs virologiques étaient **en baisse** en semaine 46. Le taux d'incidence des cas confirmés par RT-PCR ou tests antigéniques était de 79/100 000 habitants (104 en S45) et le taux de positivité de 12,6% (14,7% en S45). Le taux hebdomadaire d'hospitalisations a diminué en S46 (2,5/100 000 habitants vs 4,3), le taux d'admission en réanimation était en augmentation (de 0,4 à 0,7/100 000 hab.)

Mayotte est le seul département français dont le niveau de vulnérabilité reste modéré, l'ensemble des autres départements étant à un niveau élevé.

## En France métropolitaine et dans les DROM

**Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)** incluant les établissements d'accueil pour personnes âgées, le nombre de signalement d'épisodes de COVID-19 était en diminution sur les dernières semaines. Le nombre de cas confirmés a augmenté jusqu'en semaine 45 chez les résidents comme chez le personnel et semble se stabiliser en S46. Les nombres de nouveaux décès liés au COVID-19 survenus chez les résidents montraient une tendance à la stabilisation en semaine 46. Cependant, pour ces deux derniers indicateurs, il conviendra d'attendre la consolidation des données de la semaine 46 avant de conclure sur les dernières tendances.

**Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie restent les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que celles présentant des comorbidités.** Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 66% des personnes admises en réanimation et 90% des personnes décédées de COVID-19. De plus, 88% des personnes admises en réanimation pour COVID-19 présentaient des comorbidités. L'obésité était la comorbidité la plus fréquemment rapportée (47%), puis l'hypertension artérielle (44%) et le diabète (32%)

Les enfants restent très peu représentés chez les patients hospitalisés pour COVID-19 et parmi les décès (moins de 1%). Depuis le 21 septembre, 46 cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) ont été signalés, portant à 254 le nombre de cas signalés depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020. Lors de la première vague, il avait été estimé que les PIMS survenaient avec un délai moyen de 4 à 5 semaines après l'infection par le SARS-CoV-2. L'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique chez l'enfant lié à l'épidémie de COVID-19 est avérée, mais reste cependant rare. En France, **l'incidence des PIMS en lien avec la COVID-19 a été estimée à 13,5 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans.**

En semaine 46, et **pour la deuxième semaine consécutive depuis la mise en place du contact-tracing par l'Assurance maladie, une diminution importante du nombre de cas confirmés et de personnes-contacts à risque était observée.** Pour la 4<sup>ème</sup> semaine consécutive, une diminution du nombre moyen de personnes-contacts par cas était également observée (1,6). Il est également observé une poursuite de l'augmentation de la proportion de cas sans personnes-contacts à risque identifiées (54,3% en S46 vs 51,1% en S45). Ces évolutions peuvent s'expliquer par le respect des mesures de restriction des mouvements mises en place (couvre-feu dans les grandes métropoles, puis confinement). Ces tendances restent à confirmer dans les prochaines semaines.

Suite à la mise en place des nouvelles procédures par l'Assurance maladie (notification des contacts par SMS notamment), la proportion de cas ayant pu être investigués a continué à augmenter (94% en S46) et la proportion de personnes-contacts investiguées s'élevait à 97%. Le nombre de nouveaux cas précédemment connus comme personne-contact à risque augmentait également en semaine 46. Ces indicateurs peuvent témoigner de l'efficacité des nouvelles procédures de contact-tracing ainsi que de l'effet des mesures de contrôle sur la meilleure traçabilité de la diffusion virale. Leur évolution peut aussi s'expliquer par un nombre moindre de nouveaux cas à investiguer, facilitant en cela le travail de l'Assurance maladie.

Parmi les cas symptomatiques, le délai moyen entre la survenue des premiers signes cliniques et la date de prélèvement restait à 3,1 jours au niveau national. Les délais dans les départements ultra-marins restaient néanmoins très supérieurs à 3 jours, notamment en Martinique (6,7 jours). Cet indicateur pourrait évoluer prochainement du fait du déploiement des tests antigéniques, pour lesquels les délais de dépistage moyen étaient plus courts (2,4 jours vs. 3,2 pour les tests RT-PCR). En accord avec les recommandations sur le recours aux tests antigéniques, les cas confirmés avec un test antigénique déclaraient plus fréquemment présenter des signes cliniques (69%) que les cas confirmés par RT-PCR (49%).

Les travaux sur **l'impact des mesures de freinage** mises en place en octobre, non détaillés dans ce point épidémiologique, ont été menées sur les 22 métropoles classées en trois groupes (1. mise en place du couvre-feu le 17 octobre, 2. le 24 octobre, 3. absence de couvre-feu). Les résultats sur les données au 08 novembre, qui sont à interpréter avec prudence, confortent le ralentissement de la progression de l'épidémie, compatible avec un possible effet bénéfique des mesures. En revanche, l'impact du confinement ne peut pas être évalué du fait d'un délai trop réduit depuis sa mise en place le 30 octobre 2020.

Les résultats montrent une **diminution franche de tous les indicateurs, plus marquée dans les premières métropoles mises sous couvre-feu et ayant fait l'objet de mesures renforcées préalables**. La temporalité entre leur mise en application, notamment celle du premier couvre-feu, et l'inversion de la tendance une dizaine de jours plus tard, est en faveur d'un effet direct des mesures. Toutefois, il n'est pas possible de mesurer l'impact des vacances de la Toussaint qui ont pu influencer favorablement la situation en réduisant la transmission du fait de fermeture des établissements scolaires. La tendance dans les autres métropoles est similaire, avec un décalage de quelques jours seulement, a priori sans lien avec un effet du couvre-feu du 24 octobre et du confinement. Cependant, il est raisonnable de considérer que l'annonce de mesures phares dans de premières métropoles ait eu un impact au-delà de celles-ci par « effet de résonance », entraînant une modification des comportements dans un périmètre plus large que celui ciblé. Cette période a également été marquée par une communication sur la gravité de la situation qui a pu contribuer à ce phénomène.

Pour la première fois dans ce point épidémiologique, est présentée une **synthèse des signalements d'infections à SARS-CoV-2 nosocomiales transmis à Santé publique France**. Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 15 novembre 2020, 1 780 signalements ont été transmis concernant des cas de COVID-19 nosocomiaux, c'est-à-dire survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un établissement de santé (ES). Étaient impliqués, 9 041 patients, 6 604 professionnels et 9 visiteurs ; 89 décès liés au COVID-19 chez des patients étaient rapportés. Parmi ces signalements, 1 115 correspondaient à des cas groupés (au moins 3 cas liés). En lien avec la seconde vague observée en communauté, il a été observé une **augmentation des signalements liés au SARS-CoV-2 à compter de la semaine 41 (5 au 11 octobre 2020), qui a culminé en semaine 45 et semblait amorcer une diminution en semaine 46**. Il conviendra cependant d'attendre les consolidations pour conclure sur les tendances de ces dernières semaines. En 2020, les régions dans lesquelles les nombres de cas groupés signalés ont été les plus importants sont : **Provence-Alpes Côte d'Azur, Auvergne Rhône-Alpes, Ile-de-France et les Hauts-de-France**. Lorsque l'origine du cas groupés était connue, c'était dans la majorité des épisodes **un patient qui était en cause (51%), puis un membre du personnel (43%)**. **La transmission entre soignants est souvent associée à un relâchement des mesures barrières lors des pauses**. Les transmissions patient-soignant sont le plus souvent secondaires à une découverte fortuite d'un cas positif chez un patient hospitalisé pour une autre pathologie initiale que la COVID-19. Enfin, les cas groupés de patients surviennent plutôt dans les services de médecine, mais également en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et services de moyen et long séjour qui s'apparentent à des lieux de vie.

Plus globalement, **il est observé en 2020 une nette diminution des signalements d'infections nosocomiales liées à une autre cause que la COVID-19**. Si la diminution de certains signalements peut s'expliquer, en partie, par les mesures mises en place dans le cadre de la pandémie COVID-19 (diminution des signalements de Bactéries hautement résistantes (BHRe) importées de l'étranger du fait de la limitation des voyages, limitation des nombres de patients hospitalisés du fait de la baisse de certaines activités programmées, surcharge d'activité des équipes opérationnelles d'hygiène fortement impliquées dans la gestion de la crise COVID-19 au sein de leur établissement, ...), il convient de **rester vigilant à ce que la COVID-19 ne masque pas la survenue d'autres infections associées aux soins** justifiant un signalement (interne ou externe à l'établissement), ce qui pourrait conduire à un retard dans la mise en place de mesures de prévention et de contrôle adaptées.

Début novembre, depuis le nouveau confinement, toutes **les mesures de réduction des contacts** et dans une moindre mesure, le port du masque et les mesures d'hygiène ont été beaucoup plus souvent systématiquement adoptées qu'au mois d'octobre. Si une partie de cette augmentation est liée aux mesures collectives accompagnant le confinement, elle reflète aussi l'effort individuel d'adoption systématique des mesures afin de ralentir la circulation du virus.

**La santé mentale des Français** s'est significativement dégradée entre fin septembre et début novembre avec une **augmentation importante des états dépressifs** pour l'ensemble de la population (+10 points). **Des hausses importantes** ont été observées en particulier **chez les personnes déclarant une situation financière très difficile et chez les jeunes adultes (18-34 ans)**.

## En conclusion

**Dans les départements d'Outre-mer, la circulation du SARS-CoV-2 est toujours active.** Le niveau de vulnérabilité reste élevé en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, ainsi qu'à La Réunion. Les indicateurs sont en hausse en Guyane, mais en baisse dans les autres territoires.

**En France métropolitaine, la semaine 46 est marquée par une confirmation de la diminution de la circulation du SARS-CoV-2.** Ce constat est attesté par la diminution pour la deuxième semaine des nombres de cas confirmés de SARS-CoV-2 tenant en compte les tests RT-PCR et les tests antigéniques, des taux de positivité des tests RT-PCR, des actes SOS Médecins pour COVID-19 ainsi que des nombres de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19.

Les nombres de **nouveaux cas hospitalisés et de nouvelles admissions en réanimation sont en diminution pour la première semaine. Les estimations des R effectif sont inférieures à 1 quel que soit le mode de calcul de cet indicateur.** En semaine 46, aucune estimation régionale du R effectif n'est significativement supérieure à 1.

**En semaine 26, les nombres de nouveaux décès en lien avec le SARS-CoV-2 semblent montrer une stabilisation** qu'il conviendra de confirmer une fois les données consolidées.

**Ces résultats sont encourageants quant à l'évolution de l'épidémie, mais il convient de maintenir les mesures en place** afin d'éviter toute reprise, préserver le système de soins et poursuivre la prise en charge des patients non atteints de COVID-19. Ils suggèrent un effet du renforcement des mesures barrières et de distanciation sociale de ces dernières semaines (couvre-feux, puis confinement) et de la communication sur la situation épidémiologique alors très préoccupante depuis octobre. Ces événements ont pu avoir un effet positif sur l'adoption **des mesures barrières** par la population, car elles ont été beaucoup plus fréquemment adoptées au début du mois de novembre qu'en octobre. Ces effets pourront être mieux évalués dans les prochaines semaines.

**La santé mentale de la population s'est dégradée entre fin septembre et début novembre, avec une augmentation importante des états dépressifs.** Des dispositifs en ligne existent qui proposent à toute personne en détresse psychologique, une écoute, un accompagnement et une orientation selon la nature des difficultés et des besoins exprimés (numéro national gratuit : 0 800 130 000, 24h/24, 7 jours/7 ; page ressource « santé mentale et COVID » sur le site de santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/coronavirus/sante-mentale>).

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

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

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



## Méthodes

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

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

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

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

**Services de réanimation sentinelles**: données non exhaustives à visée de caractérisation en termes d'âge, sévérité, évolution clinique, des cas de COVID-19 admis en réanimation (du 16 mars au 30 juin 2020 puis depuis le 05 octobre 2020).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)** : signalement, à Santé publique France, par les pédiatres hospitaliers des cas de syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique possiblement en lien avec le COVID-19 (depuis le 30 avril).

### Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

### Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

### Equipe de rédaction

Delphine Viriot, Nelly Fournet, Sophie Vaux, Clara Blondel, Anne Fouillet, Christophe Bonaldi, Yann Le Strat, Myriam Fayad, Guillaume Spaccferri, Patrick Rolland, Valérie Henry, Céline Caserio-Schonemann, Cécile Forgeot, Denise Antona, Pierre-Etienne Toulemonde, Bruno Coignard, Didier Che, Daniel Lévy-Bruhl, Jonathan Bastard, Julian Rozenberg, Katia Hamdad, Camille Le Gal, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Alexandra Septfons, Fatima Aït Belghiti, Laëtitia Gouffé-Benadiba, Yu Jin Jung, Marie-Michèle Thiam, Linda Lasbeur, Enguerrand du Roscoät, Isabelle Bonmarin, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Agnès Verrier, Pierre Arwidson, Elisabeth Pinto, Anne Laporte, Isabelle Pujol de Mollens

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](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)

### Diffusion Santé publique France

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

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

**Date de publication :**  
19 novembre 2020

### Pour en savoir plus sur :

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

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

[SurSaUD®](#)  
[SI-VIC](#)

[OSCOUR®](#)  
[CépiDC](#)

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

[Réseau Sentinelles](#)

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

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

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

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

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