

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

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

Ce bilan est basé sur les données épidémiologiques de surveillance du COVID-19 (SARS-CoV-2) rapportées à Santé publique France jusqu'au 20 octobre 2020.

Points clés

► **France métropolitaine : forte augmentation de l'ensemble des indicateurs et notamment des hospitalisations, admissions en réanimation et décès**

- Augmentation des personnes actuellement hospitalisées (12 458 personnes au 20 octobre) et des personnes actuellement hospitalisées en réanimation (2 177)
- Diffusion de l'épidémie chez les personnes âgées
- Chez les 65 ans et plus : 6 fois plus de cas, 5 fois plus d'hospitalisations et d'admissions en réanimation en comparaison à début septembre
- Augmentation du nombre de cas dans les établissements médico-sociaux
- Admission en réanimation : 65% des personnes admises en réanimation âgées de 65 ans et plus et 90% avec comorbidités
- 89 départements en niveau de vulnérabilité élevé et 8 en niveau de vulnérabilité modéré

► **Outre-mer :**

- Niveau de vulnérabilité élevé : Martinique : poursuite de l'augmentation ; Guadeloupe : diminution ; Guyane : diminution
- Niveau de vulnérabilité modéré : Mayotte : stabilisation ; Réunion : stabilisation

► **Prévention :** distanciation physique (respecter au moins un mètre entre les personnes, saluer sans se serrer les mains ni s'embrasser), mesures d'hygiène (se laver régulièrement les mains, tousser dans son coude), limiter les rassemblements, port d'un masque et aération régulière des lieux fermés. Isolement en cas de symptômes et réalisation d'un test dans les plus brefs délais

Chiffres clés en France

S42 S41* Evolution

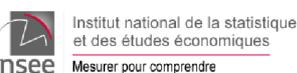
Indicateurs hebdomadaires semaine 42 (du 12 au 18 octobre 2020)

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	168 772	122 169	+38%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	13,7	12,3	+1,4 points
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	6 082	5 288	+15%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	7 925	5 856	+35%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	7 530	5 084	+48%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 343	910	+48%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	764	546	+40%

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 20 octobre 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	142 654
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	33 885

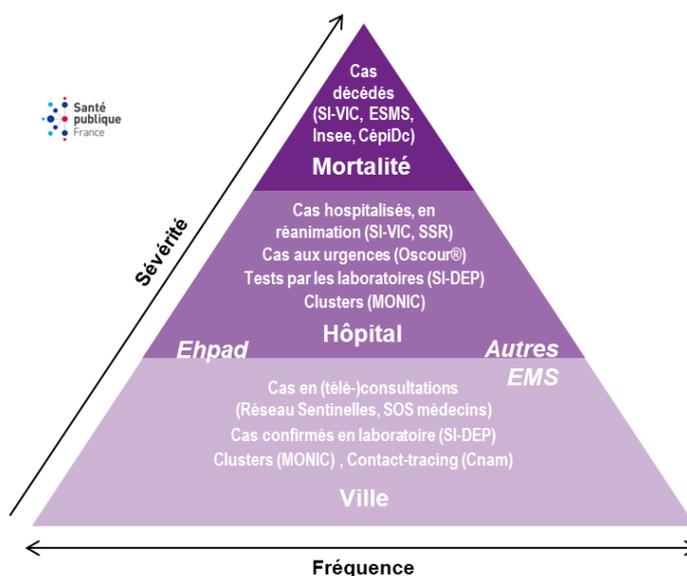
* données consolidées



Sommaire	Page
Synthèse : points et chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3
Surveillance à partir des associations SOS Médecins	4
Surveillance virologique	5-12
Activité de suivi des contacts	13-15
Cas confirmés de COVID-19	16
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	17-18
Surveillance aux urgences	19
Nombre de reproduction effectif «R effectif»	20-21
Surveillance en milieu hospitalier	22-28
Surveillance de la mortalité	29-32
Analyse de risque contextualisée	33
Situation internationale	34
Prévention	35
Synthèse - Conclusion	36-40
Méthodes	41

Les données relatives aux clusters sont publiées une semaine sur deux

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



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

Surveillance en médecine ambulatoire

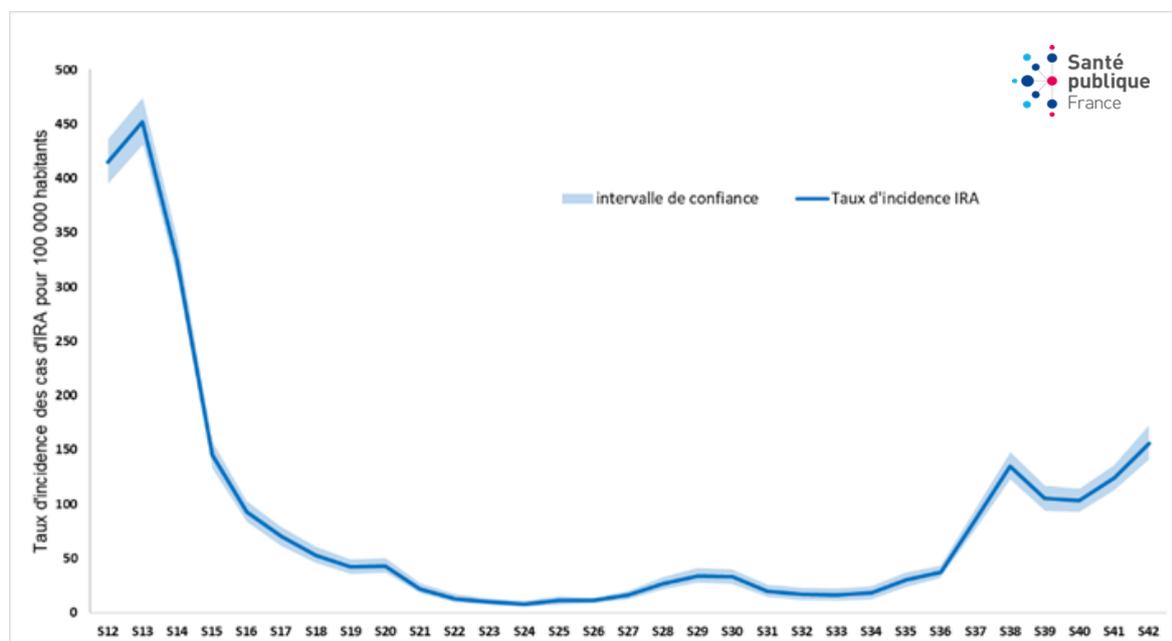
Réseau Sentinelles

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

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

- **En semaine 42** (du 12 au 18 octobre 2020), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 156/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [140-172]) en France métropolitaine, en augmentation par rapport à celui de la semaine 41 : 124/100 000 habitants (IC95% : [112-136]) (Figure 1).
- **En semaine 42**, sur les 46 patients présentant une IRA qui ont eu un prélèvement, 11 se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2 et 20 positifs pour du rhinovirus.
- Depuis la semaine 37, sur les 194 patients qui ont eu un prélèvement nasopharyngé testé pour les différents virus respiratoires surveillés, 33 (17%) se sont révélés positifs pour le SARS-CoV-2 et 109/187 (58%) positifs pour un rhinovirus. Aucun n'était positif pour un virus grippal.

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



Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, **120 062 actes médicaux SOS Médecins** pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 20 octobre 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 42** (du 12 au 18 octobre 2020), **6 082 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 Ile-de-France (25%), Auvergne-Rhône-Alpes (20%), Nouvelle-Aquitaine (9%), Hauts-de-France (9%).
- Pour la 2^{ème} semaine consécutive, le **nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 a augmenté** (+15%, soit +794 actes par rapport aux 5 288 actes enregistrés en semaine 41). Cette **hausse concerne exclusivement les adultes** et semble s'intensifier par rapport à la semaine 41 chez les adultes de **45-74 ans** (+35%) et de **75 ans et plus** (+26%) (hausse plus légère chez les 15-44 ans, +12%). La quasi-totalité des régions est concernée.
- La **part des actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** tous âges était de **9,3%**, en **légère hausse** par rapport à la semaine précédente (8,0%) (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)

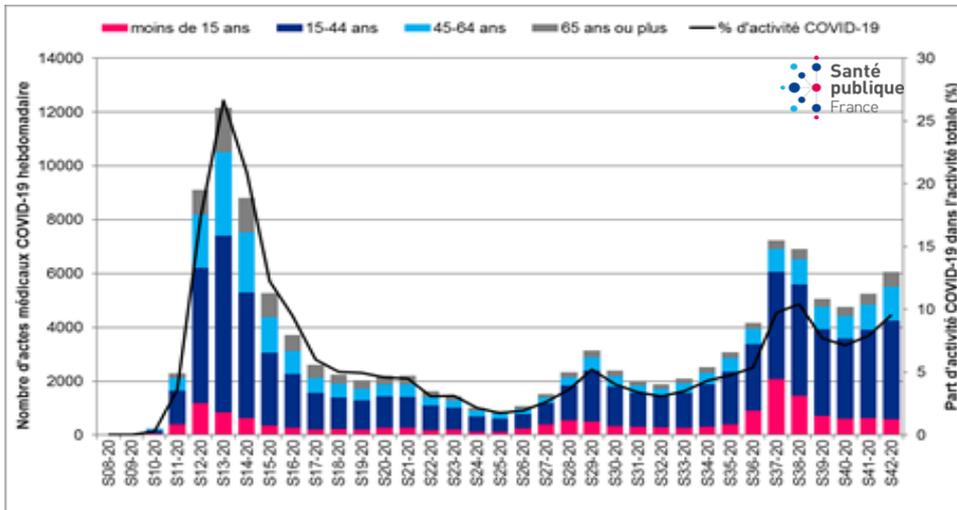
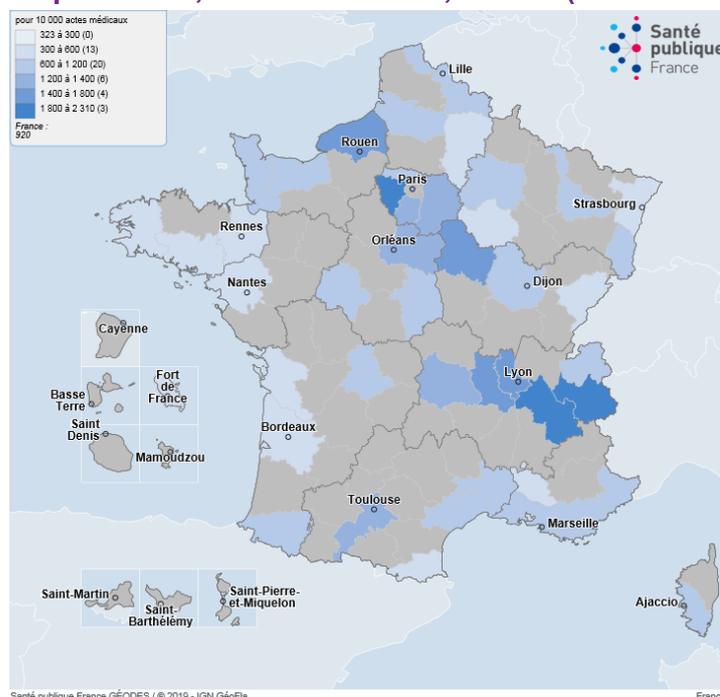


Figure 3. Taux hebdomadaires d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes médicaux SOS Médecins, par département, semaine 42/2020, France (source : SOS Médecins)



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

Surveillance virologique

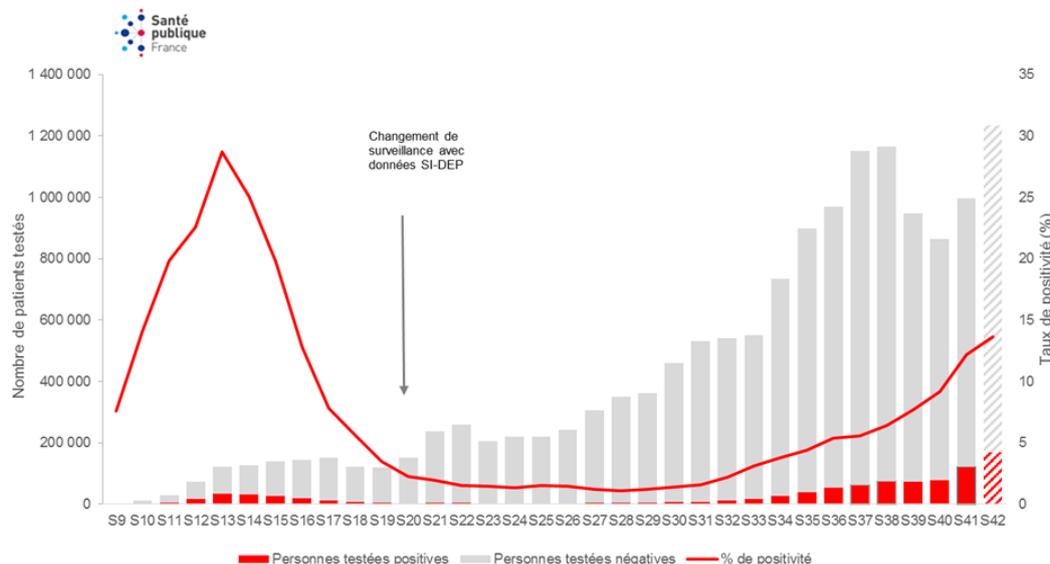
Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou par département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées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

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

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

- Au niveau national, en semaine 42, **1 234 988 personnes ont été testées pour la première fois** pour le SARS-CoV-2 par RT-PCR (pour 1 625 960 tests réalisés). Parmi ces personnes, 168 772 étaient positives. Le nombre de personnes testées positives a fortement augmenté par rapport à la semaine précédente (122 169 en S41, +38%).
- **Le taux de positivité** national hebdomadaire était en S42 de **13,7%** (calculé sur les patients testés et dont les tests sont valides), en augmentation par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (12,3% en S41 soit +1,4 points) (Figure 4).
- **Le taux national d'incidence** (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) **était de 251 cas /100 000 habitants** en S42 et a augmenté par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (182 cas /100 000 en S41, +38%).
- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **1 840/100 000 habitants** et a augmenté par rapport à la semaine 41 (1 484/100 000, soit +24%).
- **Si la dynamique de l'épidémie se maintient dans les semaines à venir, il est estimé que le nombre hebdomadaire de nouveaux cas confirmés de COVID-19 aura doublé dans 15 jours. Cette estimation est stable par rapport à celle de la semaine précédente (15 jours en S41).**

Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité dans les laboratoires, par semaine, France, (source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers; depuis S20 : SI-DEP, données au 21 octobre 2020)

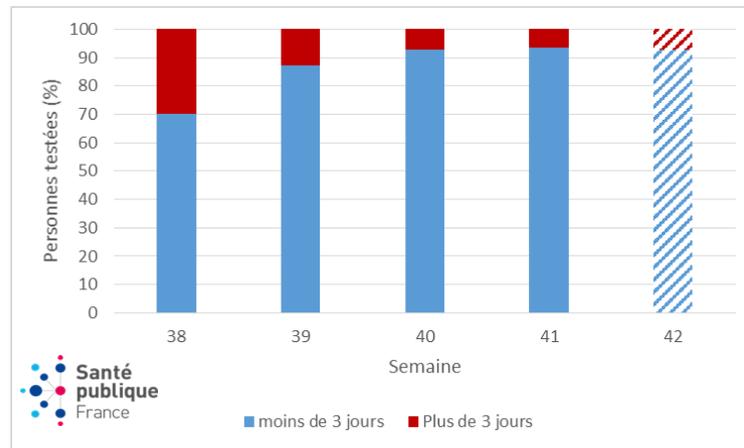


S42: Données provisoires, en cours de consolidation

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

- Les délais d'intégration des données dans la base (délai entre la date de prélèvement et la date d'intégration du résultat dans la base de données) sont stables et confirment l'amélioration des dernières semaines. En semaine 42, 93% des tests sont intégrés dans SI-DEP en moins de 3 jours après la date du prélèvement (93% en S41) (Figure 5).

Figure 5. Délai entre la date de prélèvement et l'intégration des données dans la base SI-DEP, S39/2020 à S42/2020 (source : SI-DEP, données au 21 octobre 2020)

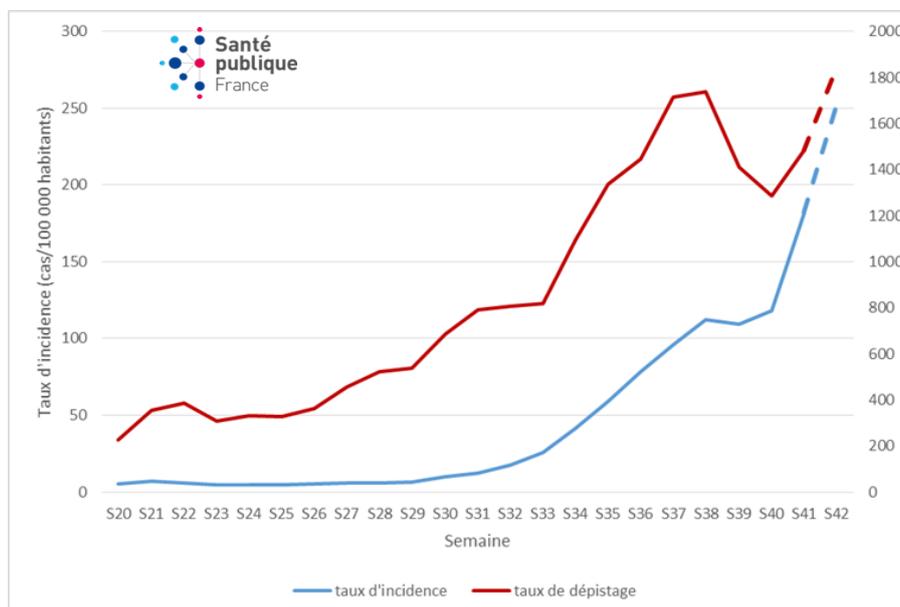


S42 : Données provisoires , en cours de consolidation

En France métropolitaine

- En semaine 42, **1 200 699 personnes ont été testées** et le test s'est avéré positif pour la première fois pour le SARS-CoV-2 pour **165 544 personnes**. Le nombre de personnes positives pour le SARS-CoV-2 a augmenté en S42 par rapport à la semaine précédente (données consolidées en S41 avec 119015, +39%).
- **Le taux de positivité était de 13,8%** en S42, en augmentation par rapport à la S41 (12,4% en S41, +1,4 points).
- **Le taux d'incidence en France métropolitaine a augmenté en S42 avec 255 cas /100 000 habitants** (vs. 183/100 000 en S41, +39%) (Figure 6).
- **Le taux de dépistage hebdomadaire était de 1 850/100 000 habitants** en S42, en augmentation par rapport à la semaine précédente (1 482/100 000 en S41, +25%).

Figure 6. Evolution des taux d'incidence et taux de dépistage (/100 000 habitants), par semaine, depuis la semaine 20/2020, France métropolitaine (source : SI-DEP, données au 21 octobre 2020).



S42 : Données provisoires , en cours de consolidation

Analyse par classes d'âge

- En semaine 42, en France métropolitaine, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) était de 367 chez les 15-44 ans, 272 chez les 45-64 ans, 195 chez les 75 ans et plus, 164 chez les 65-74 ans et 94 chez les 0-14 ans (Figure 7a).
- En semaine 42, le taux d'incidence a augmenté par rapport à la S41 dans toutes les classes d'âges. **L'augmentation la plus forte était chez les plus de 75 ans (+67%) suivi par les 65-74 ans (+58%), les 45-64 ans (+46%) puis chez les 15-44 ans (+31%) et les 0-14 ans (+37%).** (Figure 7a).
- En semaine 42, le taux de dépistage était en augmentation dans toutes les classes d'âge par rapport à la S41. Les augmentations les plus marquées étaient chez les 0-14 ans (+34%) et les 45-64 ans (+27%). (Figure 7b).
- En semaine 42, le taux de positivité a augmenté par rapport à la S41 dans toutes les classes d'âge. **Les augmentations les plus fortes étaient chez les 75 ans et plus** (de 9,9% en S41 à 13,8% en S42, +3,9 points) et **chez les 65-74 ans** (de 10,2% en S41 à 13,7% en S42, +3,5 points). Le taux de positivité était de 9,6% chez les 0-14 ans (+0,2 points par rapport à S41), de 14% chez les 15-44 ans (+0,7 points), et de 14,9% chez les 45-64 ans (+1,9 points) (Figure 7c).

Figure 7a. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-CoV-2 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 21 octobre 2020)

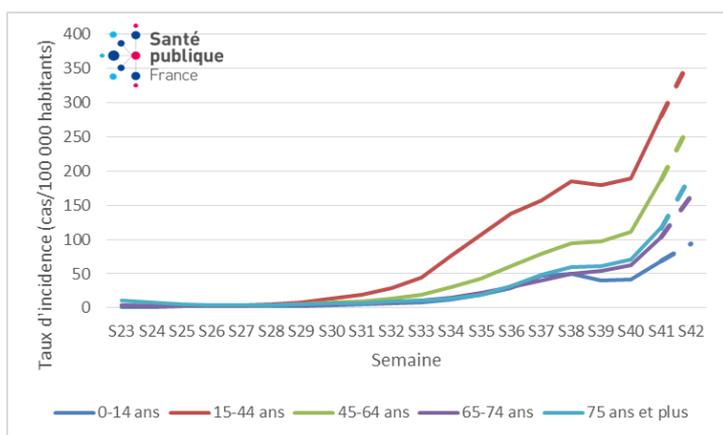
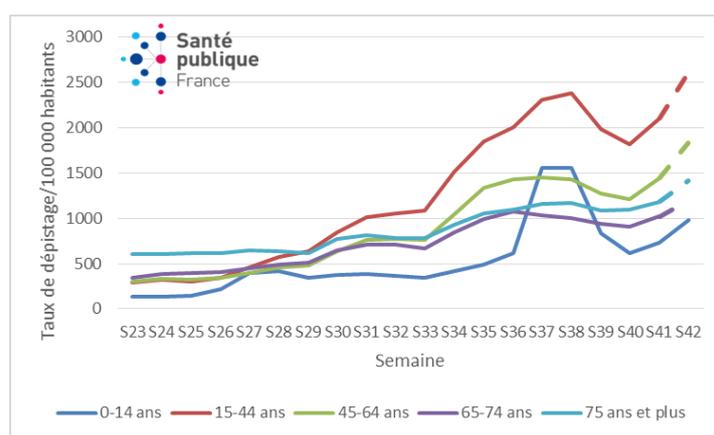
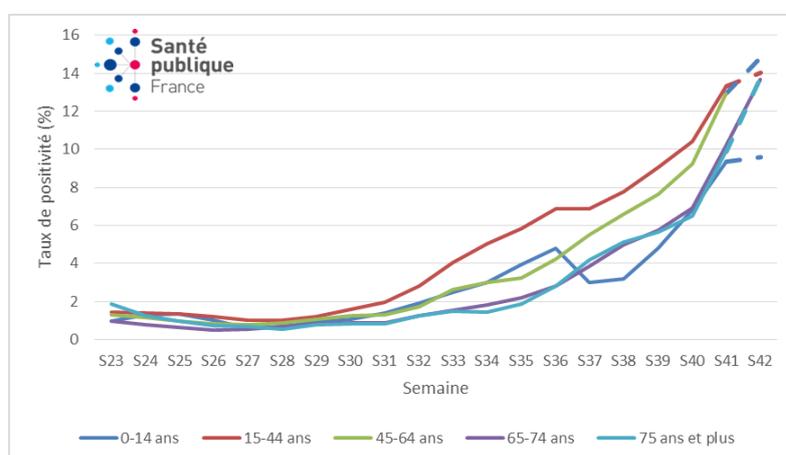


Figure 7b. Evolution du taux de dépistage de SARS-CoV-2 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 21 octobre 2020)



S42 : Données provisoires , en cours de consolidation

Figure 7c. Evolution des taux de positivité selon les classes d'âge depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 21 octobre 2020)

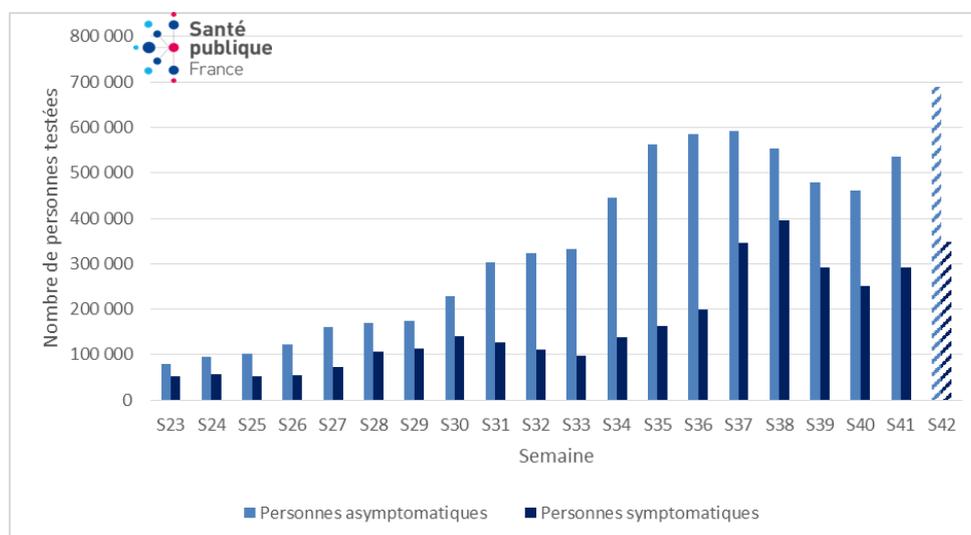


S42 : Données provisoires , en cours de consolidation

Dépistage selon la présence de symptômes

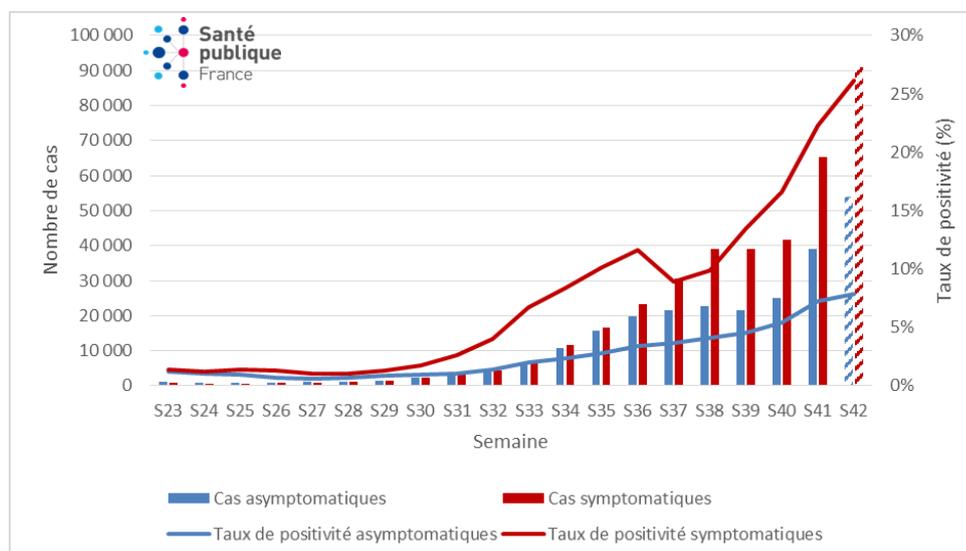
- Parmi l'ensemble des personnes testées en S42 (quel que soit le résultat du test), **66% se déclaraient sans symptôme. Le nombre de personnes testées a augmenté en S42 par rapport à S41**, à la fois chez les personnes symptomatiques et chez les personnes non symptomatiques : 689 194 asymptomatiques en S42 vs. 535 975 en S41 (+29%) et 348 277 symptomatiques en S42 vs. 292 405 en S41 (+19%) (Figure 8).
- **Plus de la moitié des cas positifs (63%) présentaient des symptômes** (données disponibles pour 91 029 cas). Cette proportion était stable par rapport à la S41 (63%) (Figure 9).
- En S42, le **taux de positivité était de 26,1% chez les personnes symptomatiques, en forte augmentation par rapport à S41 (22,3%, +3,8 points)**. Il était de 7,8% chez les asymptomatiques (vs. 7,3% en S41, +0,5 points) (Figure 9).
- En S42, par rapport à la S41, **une augmentation des nombres de cas était observée chez les personnes testées symptomatiques (+40%) et chez les personnes testées asymptomatiques (+38%)** (Figure 9).

Figure 8. Evolution du nombre de personnes testées pour le SARS-CoV-2 selon la présence ou non de symptômes, par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 21 octobre 2020).



S42 : Données provisoires, en cours de consolidation

Figure 9. Evolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes (635 372 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 21 octobre 2020).



S42 : 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

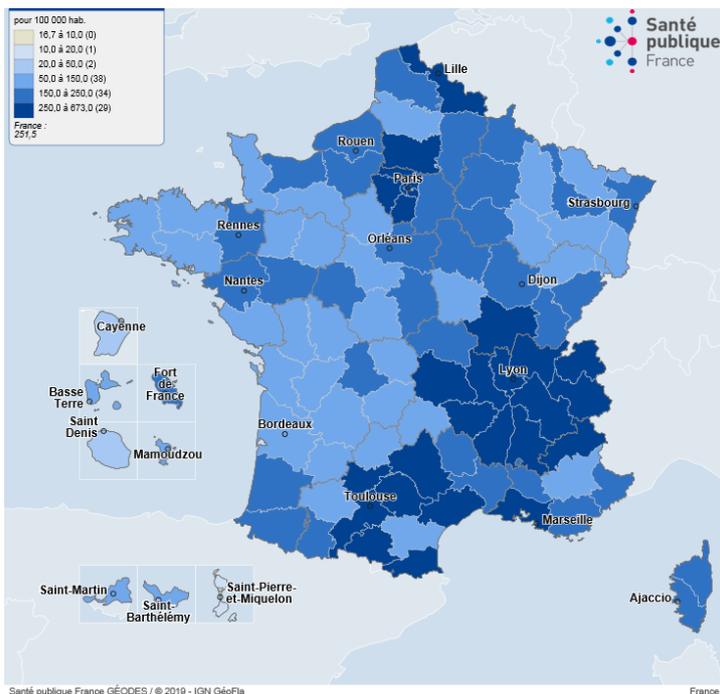
- En semaine 42, dans tous les **départements le taux d'incidence était au-dessus du seuil d'alerte de 50/100 000 habitants**. Vingt-neuf départements dépassaient le taux de 250 cas pour 100 000 habitants (contre 11 en semaine 41). Les taux d'incidence les plus élevés étaient dans le département de la Loire (673/100 000 habitants), du Rhône (569), du Nord (511), de l'Isère (432) et à Paris (416), et étaient en augmentation par rapport à la semaine précédente (Figure 10a).
- **Le taux de positivité était supérieur à 5% dans tous les départements** de France métropolitaine, et supérieur à 10% pour 62 départements (Figure 10a). Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés dans la Loire (23,5%), en Isère (21,7%), en Haute-Loire (20,6%), en Seine-Saint-Denis (19,9%), et dans le Rhône (19,8%) et étaient en **augmentation par rapport à la semaine précédente dans ces départements** (Figure 10b).
- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** en S42 étaient le Nord (3 038/100 000 hab.), le Rhône (2 877), Paris (2 872), la Loire (2 869) et les Hauts-De-Seine (2 517) (Figure 10c).

En outre-mer

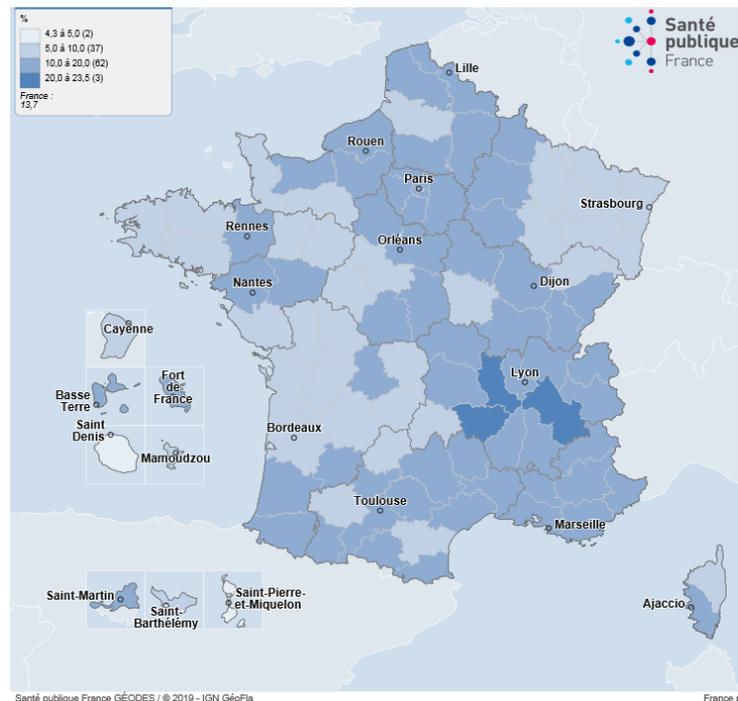
- **En Guadeloupe**, les indicateurs SI-DEP étaient **en baisse** en semaine 42, le taux d'incidence était de 102/100 000 habitants (156 en S41) et le taux de positivité de 14,3% (18,4% en S41).
- **En Guyane**, les indicateurs étaient en baisse en semaine 42, le taux d'incidence était de 33/100 000 habitants (42 en S41) et le taux de positivité de 5,1% (5,5% en S41).
- **A La Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient **stables** en semaine 42, le taux d'incidence était de 38/100 000 habitants (38 en S41) et le taux de positivité de 4,8% (4% en S41).
- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP étaient **en hausse** en S42 avec un taux d'incidence de 151/100 000 habitants (127 en S41) et un taux de positivité de 13,8% (12,2% en S41).
- **A Mayotte**, les indicateurs SI-DEP étaient en **légère hausse** en semaine 42, le taux d'incidence était de 51/100 000 habitants (43 en S41) et le taux de positivité de 9,7% (9% en S41).
- **A Saint-Martin**, les indicateurs SI-DEP étaient **en baisse** en semaine 42, le taux d'incidence était de 104/100 000 habitants (182 en S41) et le taux de positivité de 12% (18,5% en S41).

Figure 10. Taux d'incidence (10a), de positivité (10b) et de dépistage (10c) pour le SARS-CoV-2 par département (/100 000 habitants), France, du 12 au 18 octobre 2020 (source : SI-DEP, données au 21 octobre 2020)

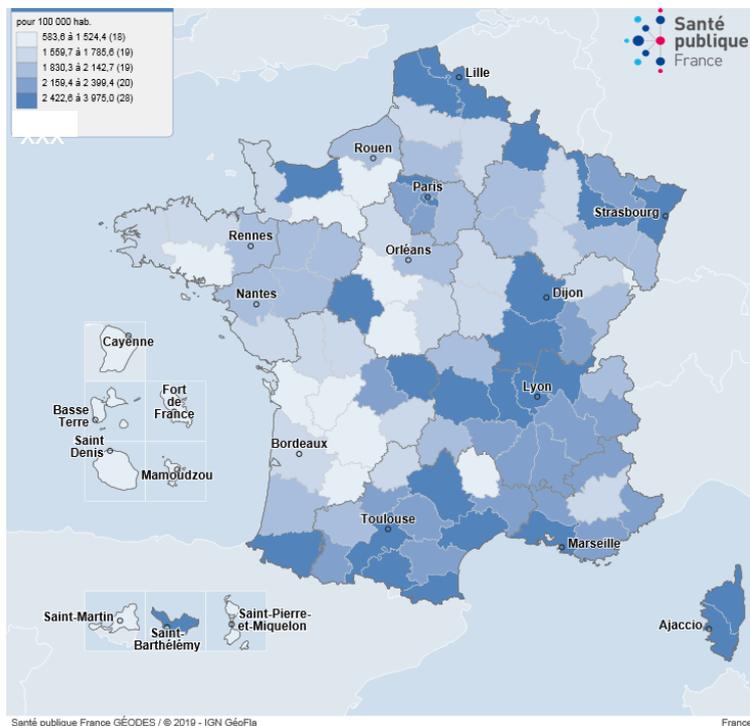
10a.



10b.



10c.



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 42, les taux d'incidence sont en augmentation pour les 22 métropoles, **12 d'entre elles avaient des taux d'incidence supérieurs à 250 cas pour 100 000 habitants** (Tableau 1). Les métropoles présentant les taux d'incidence les plus importants sont : Saint-Etienne Métropole (807 cas / 100 000 habitants), Métropole Européenne de Lille (706 cas / 100 000 habitants), Métropole de Lyon (598 cas / 100 000 habitants), Grenoble-Alpes-Métropole (522 cas / 100 000 habitants) et Métropole du Grand Paris (386 cas / 100 000 habitants).
- En semaine 42, le taux de dépistage sur l'ensemble des 22 métropoles variait de 1 427 à 3 885 pour 100 000 habitants (moyenne : 2 345 pour 100 000 habitants). Les métropoles de Lille, Saint-Etienne et Lyon présentaient les taux de dépistages les plus importants (Figure 11).
- En semaine 42, le taux de positivité sur l'ensemble des 22 métropoles variait de 6,5% à 25,8% (moyenne : 15,8%). Les métropoles de Saint-Etienne (25,8%), Grenoble (23,7%) et Lyon (20,2%) présentaient les taux de positivité les plus importants.

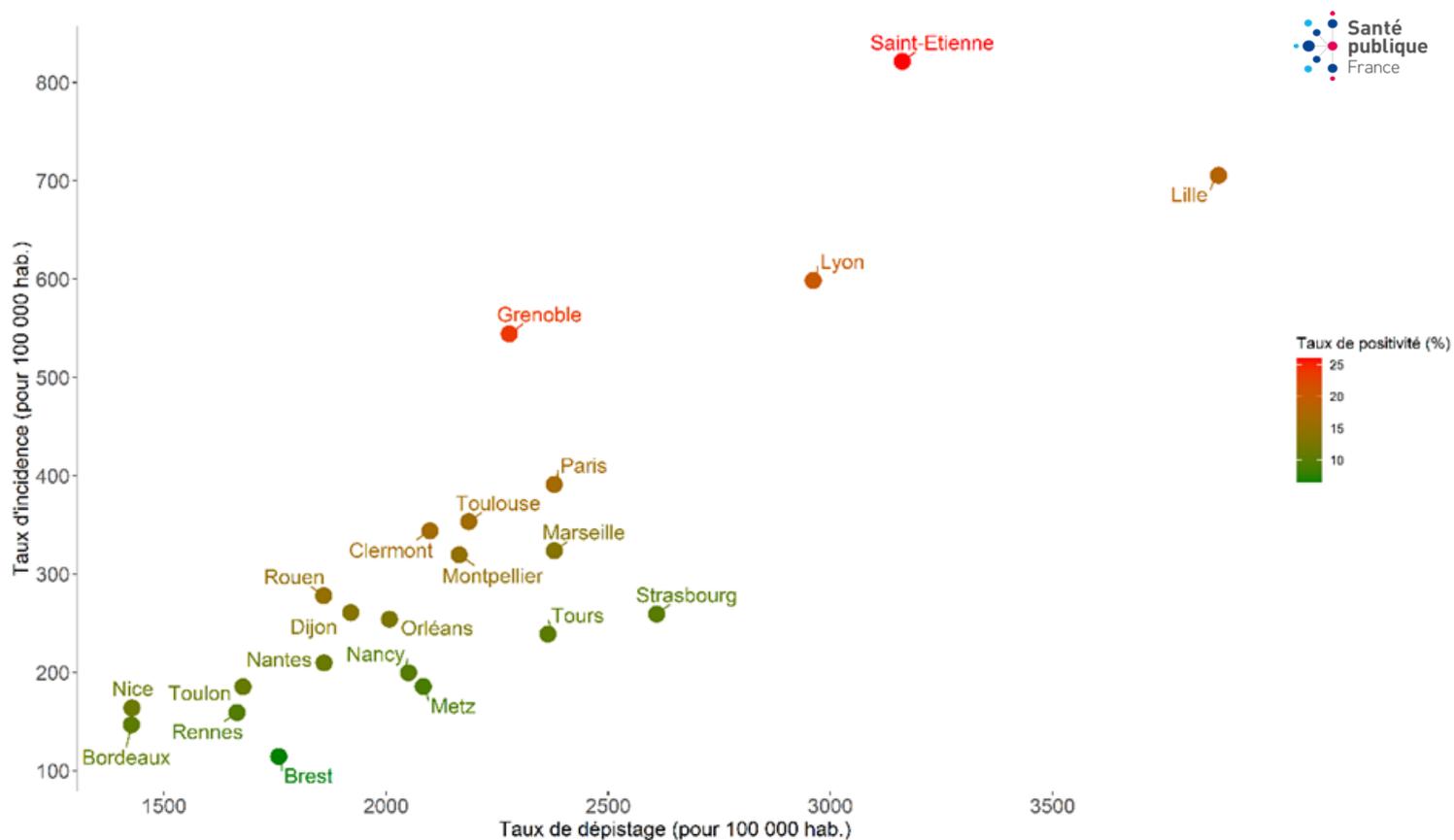
Tableau 1. Evolution des taux d'incidence hebdomadaires par métropole*, France, du 13 juillet au 18 octobre 2020 (source SI-DEP, données au 21 octobre 2020)

Métropoles	Semaines													
	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
ARA - Clermont Auvergne Métropole	0	2	3	3	6	3	8	21	50	76	126	183	245	342
ARA - Grenoble-Alpes-Métropole	4	5	2	20	7	12	10	41	92	108	279	280	423	522
ARA- Métropole de Lyon	10	12	5	8	17	22	50	117	120	147	247	235	382	598
ARA - Saint-Etienne Métropole	8	3	10	6	5	11	24	32	83	122	216	303	512	807
BFC - Dijon Métropole	2	6	2	4	4	20	28	43	58	60	160	153	185	260
BRE - Brest Métropole	25	3	0	5	3	3	3	13	13	28	58	65	83	114
BRE -Rennes Métropole	0	7	8	10	11	10	7	19	65	62	161	145	139	159
CVL - Orléans Métropole	0	2	14	10	32	34	29	18	34	52	107	126	191	243
CVL - Tours Métropole Val de Loire	2	3	6	5	8	5	11	39	39	43	96	122	181	239
GE - Metz Métropole	14	0	7	6	7	2	23	17	60	77	52	63	113	186
GE - Métropole du Grand Nancy	12	13	22	83	28	7	14	32	26	39	73	89	123	199
GE - Eurométropole de Strasbourg	2	5	10	6	11	16	7	7	26	23	93	69	145	259
HDF- Métropole Européenne de Lille	13	25	34	21	27	24	22	49	82	117	307	322	505	706
IDF - Métropole du Grand Paris	10	13	15	28	27	33	45	57	69	85	213	244	352	386
NAQ - Bordeaux Métropole	12	3	2	7	5	22	21	66	81	122	148	144	140	147
NOR - Métropole Rouen Normandie	5	1	2	2	21	16	41	36	53	59	180	180	274	276
OCC - Montpellier Méditerranée Métropole	1	2	13	12	14	28	38	44	77	67	144	193	244	318
OCC - Toulouse Métropole	2	14	9	18	22	31	46	52	92	109	258	222	269	352
PACA - Métropole d'Aix-Marseille-Provence	5	7	14	22	33	64	98	135	167	148	199	194	236	323
PACA - Métropole Nice Côte d'Azur	10	16	15	22	34	35	44	82	103	93	95	80	113	164
PACA - Métropole Toulon-Provence-Méditerranée	0	0	1	4	9	22	43	42	36	41	61	60	108	185
PDL - Nantes Métropole	7	6	7	11	8	11	13	14	29	39	93	118	148	207



* Les métropoles sont présentées par ordre alphabétique des régions administratives. ARA : Auvergne-Rhône-Alpes ; BFC : Bourgogne-Franche-Comté ; BRE : Bretagne ; CVL : Centre-Val de Loire ; GE : Grand-Est ; HDF : Hauts-de-France ; IDF : Ile-de-France ; NAQ : Nouvelle Aquitaine ; NOR : Normandie, OCC : Occitanie, PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur ; PDL : Pays de la Loire

Figure 11. Taux d'incidence, taux de dépistage et taux de positivité pour les 22 métropoles en semaine 42 (source SI-DEP, données au 21 octobre 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.

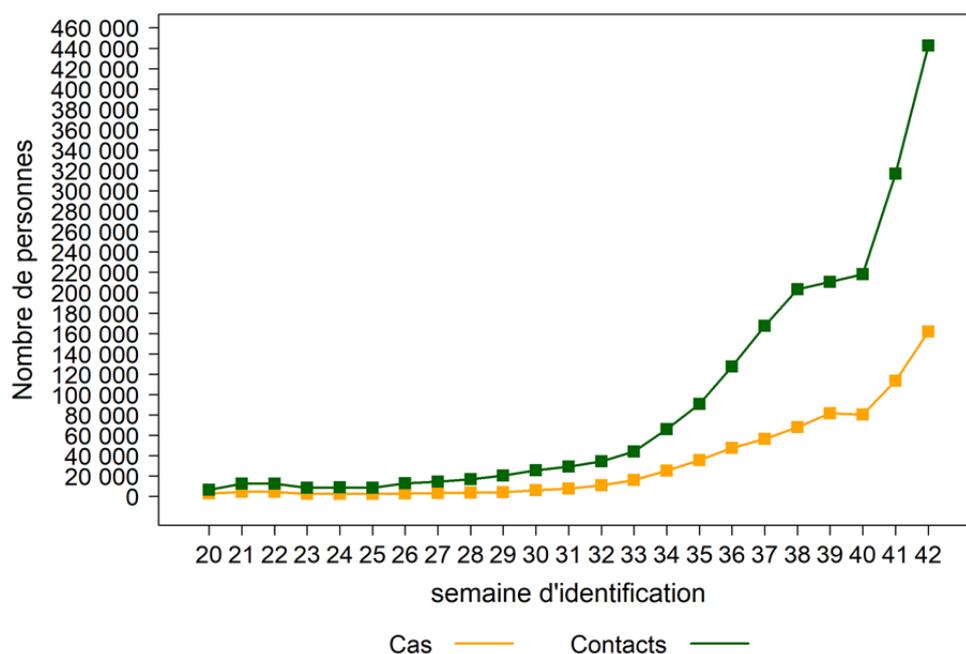
Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) dans le cadre des actions de contact tracing (base de données ContactCovid) permettent de juger de l'efficacité du dispositif de contact tracing et donnent des indications complémentaires aux données de surveillance quant à la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

- Une augmentation très importante du nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque identifiés est observée pour la 2^e semaine consécutive (161 760* nouveaux cas confirmés et 442 635 nouvelles personnes-contacts à risques), soit une augmentation respective de 43% et 40% en semaine 42 par rapport aux effectifs de la semaine 41 (Figure 12).

Figure 12. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque identifiés par semaine du 13 mai au 18 octobre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



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

Proportion des cas et des personnes-contacts à risque investigués

- En semaine 42, la proportion de cas ayant pu être joints par l'Assurance Maladie s'infléchit légèrement à 89% contre 92% en semaine 41. La diminution observée en semaine 41 pour les personnes-contacts à risque se poursuit, la proportion de personnes-contacts à risque ayant pu être jointe est de 81%, soit une diminution de 5% par rapport à la semaine 41. Des disparités régionales sont observées (Tableau 2).

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

Tableau 2. Nombre et proportion de cas et de personnes-contacts à risque contactés par région, depuis le début de l'activité de suivi de contacts du 13 mai au 18 octobre 2020 et pendant la dernière semaine (S42/2020) (source : ContactCovid – Cnam)

Territoires/régions	Depuis la levée du confinement du 13/05 au 18/10				Semaine 42 du 12/10 au 18/10			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
France entière	744 764**	94	2 098 657**	95	161 760	89	442 635	81
France métropolitaine	717 580	94	2 036 902	96	157 367	90	429 644	83
Auvergne-Rhône-Alpes	103 961	98	329 567	91	29 777	92	85 578	70
Bourgogne-Franche-Comté	18 781	96	66 926	93	4 915	92	16 549	77
Bretagne	18 802	98	81 257	97	3 891	93	15 838	89
Centre-Val de Loire	16 685	96	55 500	96	3 922	84	12 025	85
Corse	2 667	96	7 826	95	669	95	2 241	84
Grand Est	33 759	99	117 286	97	8 086	96	27 376	89
Haut-de-France	76 132	94	206 105	95	18 558	92	43 709	81
Ile-de-France	213 317	89	452 642	96	43 412	85	89 917	87
Normandie	25 440	97	87 006	97	5 734	96	18 714	91
Nouvelle-Aquitaine	43 707	96	168 802	97	7 458	94	28 008	87
Occitanie	66 239	98	193 468	97	14 161	92	40 656	90
Pays de la Loire	26 652	99	118 332	96	5 503	96	24 648	82
Provence-Alpes-Côte d'Azur	71 438	93	152 185	98	11 281	88	24 385	89
France ultra-marine								
La Réunion	4 588	88	14 417	93	332	80	1 093	88
Martinique	2 565	97	7 367	97	528	91	1 302	90
Mayotte	1 869	75	4 213	57	14	14	4	50
Guadeloupe	7 455	93	11 146	99	547	91	733	96
Guyane	6 916	93	10 495	100	71	96	155	99
<i>Région indéterminée</i>	3 791		14 117		2 901		9 704	

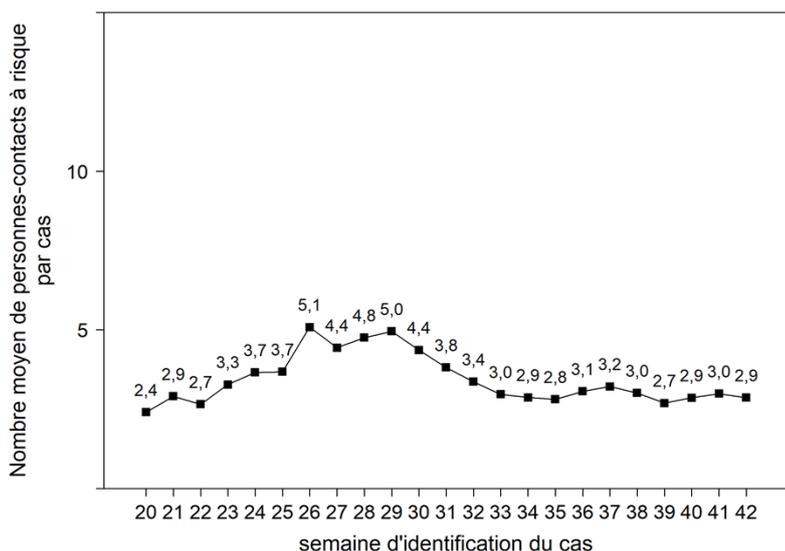
* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020.

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

Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas s'établit en semaine 42 à 2,9 personnes-contacts par cas. La consolidation des données de la semaine 41 montre une valeur légèrement supérieure (3,0 vs 2,8 annoncés la semaine dernière) (Figure 13).

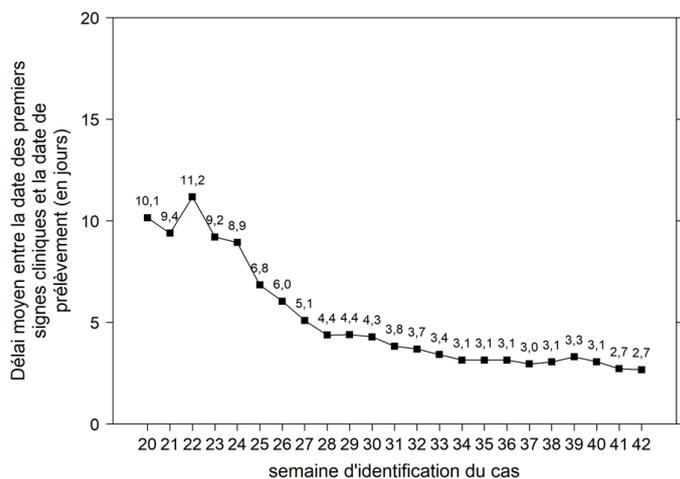
Figure 13. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine du 13 mai au 18 octobre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



Délai de dépistage des cas symptomatiques

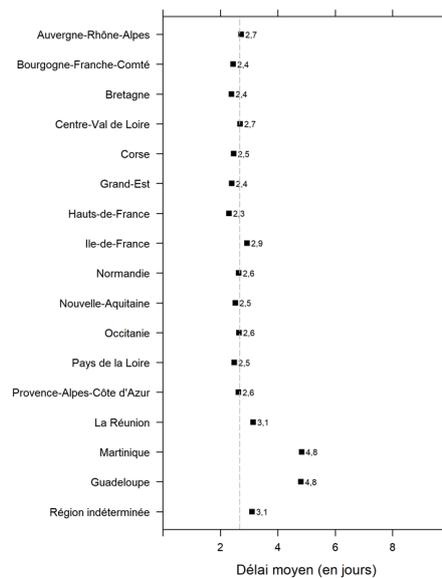
- En semaine 42, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour dépistage par RT-PCR renseignés (n=87 948), le délai moyen de dépistage est à 2,7 jours, comme en semaine 41 (Figure 14). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient. Si les délais de dépistage pour les régions métropolitaines ont des valeurs proches comprises entre 2,4 et 2,9 jours, les délais de dépistage pour les régions ultra-marines sont plus élevés mais montrent une tendance à la baisse par rapport à la semaine 41 (valeurs supérieures de 4,8 contre 5,7 jours, soit un gain de près d'un jour) (Figure 15).

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 18 octobre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



Note : Le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et de prélèvement renseignés. En S41 cela représente 55 % des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre.

Figure 15. 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 18 octobre 2020, par région (source : ContactCovid – Cnam)

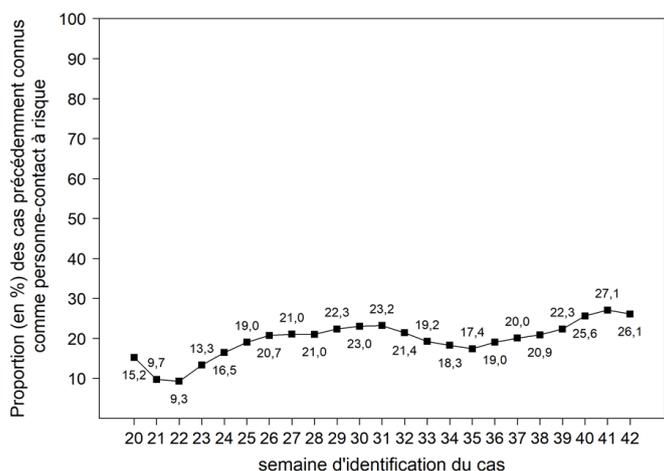


Note : délai moyen calculé si au moins 30 cas avec l'information. La ligne verticale correspond à la moyenne nationale de la semaine.

Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque

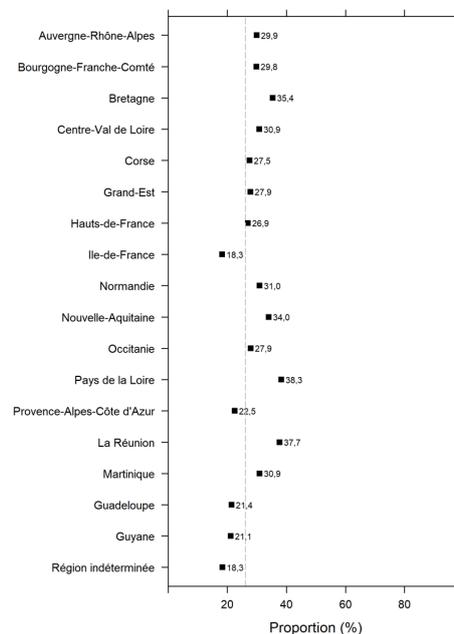
- En semaine 42, 26,1% des nouveaux cas identifiés étaient précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas (n=30 739). Cet indicateur perd 1 point par rapport à la semaine dernière, marquant la fin d'une tendance à la hausse observée depuis 6 semaines (Figure 16). Des disparités importantes entre régions sont à noter : de 18% en Ile de France à 38% en Pays de la Loire (Figure 17).

Figure 16. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine du 13 mai au 18 octobre 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.

Figure 17. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque en S41 (28 septembre - 18 octobre 2020) par région (source : ContactCovid – Cnam)



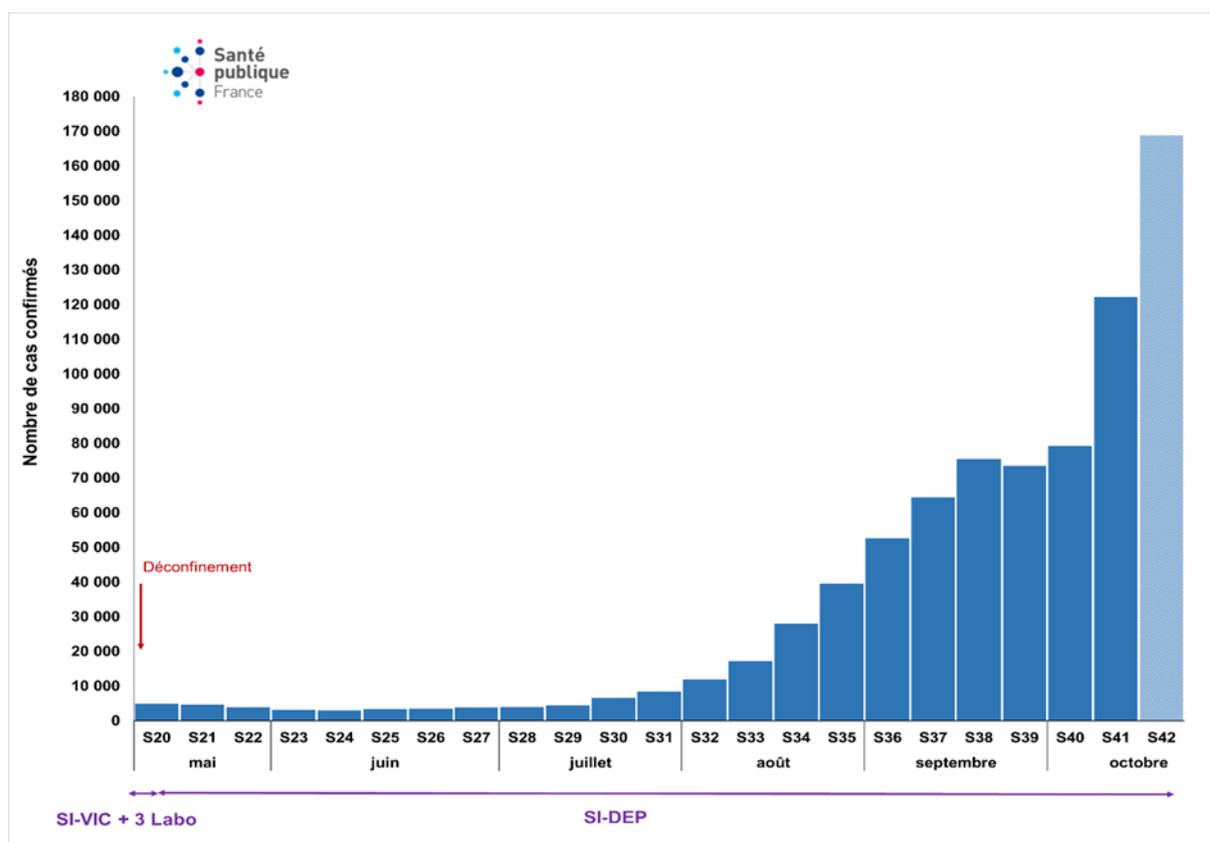
Cas confirmés de COVID-19

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

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

- Entre le 13 mai et le 21 octobre 2020, 817 178 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Au 21 octobre 2020, un total de **957 421 cas confirmés de COVID-19 a été rapporté à Santé publique France** depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.
- Après une stabilisation entre les semaines 38 et 40 (entre 75 000 et 80 000 nouveaux cas), **le nombre de nouveaux cas confirmés par semaine est en forte augmentation en S41 (122 169 nouveaux cas, +54% par rapport à S40) et en S42 (168 772 nouveaux cas, +38% par rapport à S41)** (Figure 18).
- En France métropolitaine, l'augmentation du nombre de nouveaux cas confirmés par semaine se poursuit avec une **forte hausse en S41 (119 015 cas, +55% par rapport à S40) et en S42 (165 544 cas, +39% par rapport à S41)**.

Figure 18. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 11 mai au 18 octobre 2020 (données au 21 octobre 2020)



S42: données non consolidées

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

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

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

- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 18 octobre 2020, 13 441 signalements d'un ou plusieurs cas de COVID-19 ont été déclarés dans les établissements sociaux et médicaux-sociaux (ESMS) à Santé publique France via le portail national des signalements.
- Il s'agissait de 8 282 (62 %) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 5 159 (38 %) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 3).
- Parmi les 13 441 signalements, **53 385 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **11 012 décès dans l'établissement d'accueil**, 10 919 étaient survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Tableau 3).
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 18 octobre 2020, parmi les 8 282 signalements en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 5 663 (68 %) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.

Tableau 3. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'établissement, chez les résidents et le personnel dans les ESMS, rapportés du 1^{er} mars au 18 octobre 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	8 282	3 793	631	735	13 441
Cas confirmés ⁶	46 063	6 089	431	802	53 385
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	4 122	211	0	21	4 354
Décès ⁷ établissements	10 919	81	0	12	11 012
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	22 873	5 292	536	455	29 156

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

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

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

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

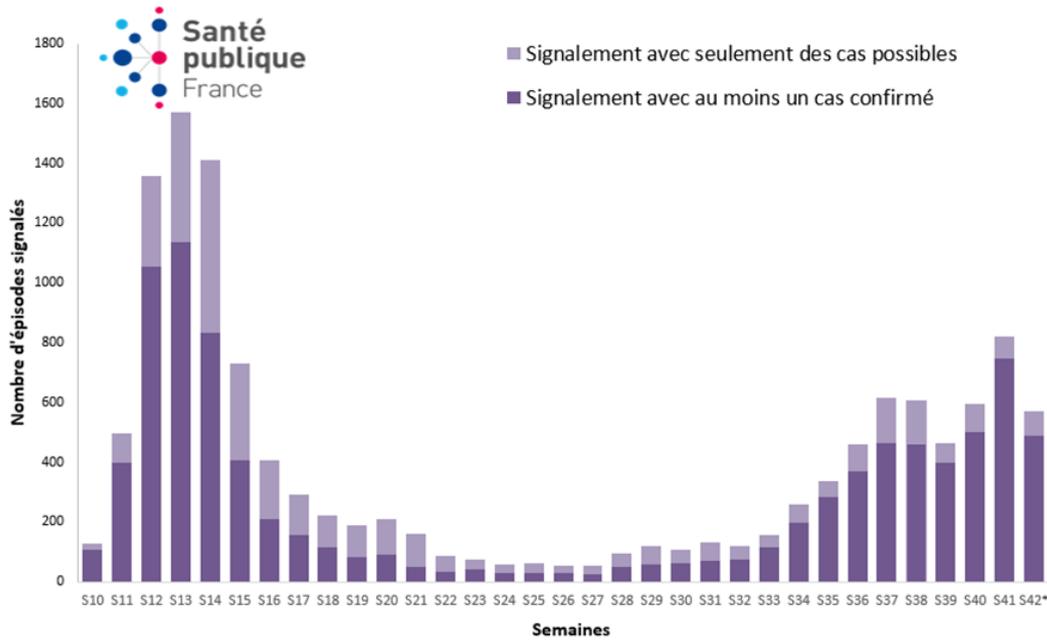
⁵ Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible ;

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

⁷ Cas possibles et confirmés décédés.

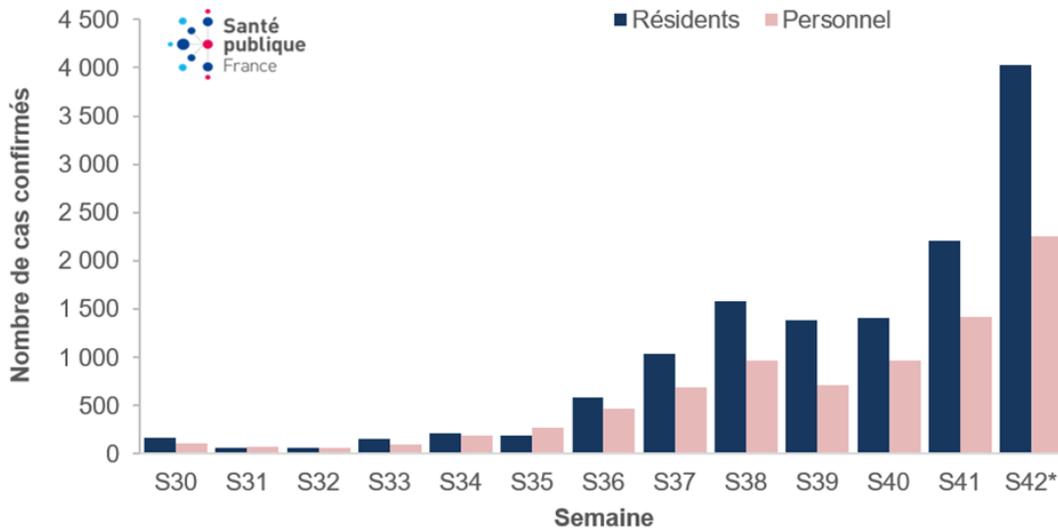
- Le nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS a augmenté depuis début juillet. Un nombre très important de signalements a été enregistré pour la semaine 41 (820 signalements vs 595 en semaine 40). Un nombre plus faible de signalements est constaté pour la semaine 42 (571 recensés). Cependant, la consolidation des données de la semaine 42 permettra de confirmer cette évolution (Figure 19).
- Une augmentation du nombre de cas confirmés de COVID-19 est observée depuis la fin du mois de juillet. Cette augmentation est particulièrement importante en semaine 42 (6 290 cas recensés vs 3 635 en S41) (Figure 20) et impacte toutes les régions.
- Le nombre moyen de cas confirmés par épisode augmente en semaine 42 par rapport à la semaine 41 : de 7,8 à 13,4 cas confirmés chez les résidents et de 5 à 7,5 chez le personnel.
- Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36, le nombre de décès en ESMS a augmenté de la semaine 37 à la semaine 42, ce nombre est particulièrement important en S39 (137 décès). En S42, 92 décès ont été enregistrés. Ces données seront consolidées par la mise à jour en continu des données et les corrections réalisées.

Figure 19. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19, par date de début des signes du premier cas, du 1^{er} mars au 18 octobre 2020, en France



*Les données de la semaine 42 sont en cours de consolidation.

Figure 20. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine calendaire, du 20 juillet au 18 octobre 2020, en France



*Les données de la semaine 42 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, 229 451 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 20 octobre 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 42** (du 12 au 18 octobre 2020), 7 925 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (représentant 3% de l'activité totale des services d'urgence OSCOUR®) ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période.
- **Après une baisse en S39 et S40**, et pour la 2^{ème} semaine consécutive, le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale **était en hausse** (+35% par rapport à S41 : 5 856 - données consolidées). La part d'activité, ainsi que les hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19, étaient également en légère hausse (respectivement +3% et +45% en S42 vs +2,1% et +42% en S41).
- En S42, la hausse est plus marquée qu'en S41 (+35% vs +25%). Elle s'observe chez les enfants (+29,9% soit +40 passages) mais est **principalement portée par les adultes** (+35,5% soit +2 029 passages). Chez ces derniers, on note une intensification de la hausse chez les **65-74 ans** (+57% en S42 vs +14% en S41) et les **75 ans et plus** (+54% en S42 vs +33% en S41) avec des parts d'activité atteignant respectivement 6,1% et 5%. (Figure 21).
- **Toutes les régions métropolitaines participent à cette augmentation.** Les hausses les plus marquées sont observées en Auvergne-Rhône-Alpes (+67%), Grand-Est (+55%), Bourgogne-France-Comté (+52%) et PACA (+56%). **A l'exception de Mayotte (en hausse de +33%), les régions outre-mer sont stables ou en baisse.**
- En semaine 42, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, 27% ont été enregistrés en Ile-de-France, 19% en Auvergne-Rhône-Alpes, 10% en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 8% en Occitanie et 8% en Hauts-de-France.

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®)

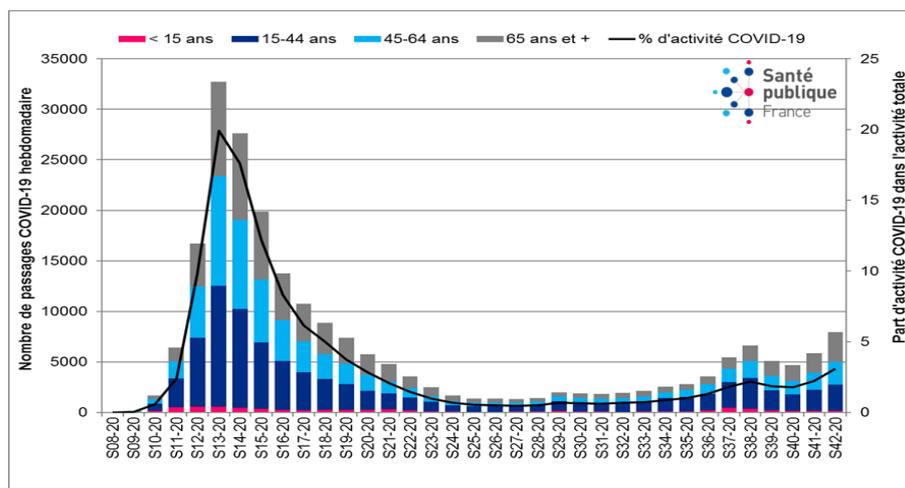
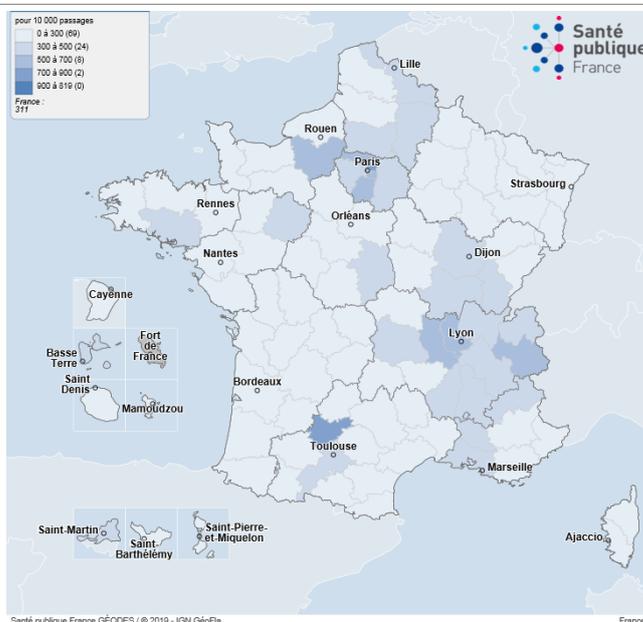


Figure 22. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 42/2020, France (source : OSCOUR®)



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

Nombre de reproduction effectif «R effectif»

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori [1], avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont désormais produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests PCR positifs), des passages aux urgences (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. Le R effectif estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines auparavant (intégrant le délai entre la contamination et le test, et le fait que le calcul est effectué sur une période de 7 jours). L'indicateur SI-DEP peut être instable notamment lorsque l'incidence est faible car il est influencé par les actions locales de dépistage. 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 11 et le 17 octobre 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®). Les estimations du nombre de reproduction entre le 12 et le 18 octobre 2020 sont basées sur les nombres d'hospitalisations pour COVID-19 remontées par le système SI-VIC.

- **En France métropolitaine, le nombre de reproduction calculé à partir des données virologiques SI-DEP) est significativement supérieur à 1 : 1,34** (intervalle de confiance, IC95% : 1,34-1,35), estimation stable par rapport à celle produite la semaine précédente (1,35) (Tableau 4, Figure 23). **Celui calculé à partir des données d'hospitalisations (SI-VIC) est également significativement supérieur à 1 : 1,39** (IC95% : 1,36-1,42), estimation en hausse par rapport à celle produite la semaine précédente (1,20). **Il en est de même pour le R-effectif calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) : 1,29** (IC95% : 1,26-1,32), en hausse par rapport à la semaine précédente (1,13).
- Les estimations du R-effectif à **partir des trois sources de données** (données virologiques SI-DEP, hospitalisations rapportées dans SI-VIC et passages aux urgences dans le réseau OSCOUR®) **sont supérieures à 1 significativement dans toutes les régions métropolitaines, à l'exception de la Bretagne** (Tableau 4).
- **En Bretagne**, l'estimation du R-effectif à partir des passages aux urgences OSCOUR® est supérieure à 1 de façon non significative. Le R-effectif estimé à partir des deux autres sources est significativement supérieur à 1.
- **En outre-mer**, l'estimation du R-effectif est significativement supérieure à 1 en **Martinique** à partir des données virologiques (SI-DEP) et est supérieure à 1 de façon non significative à partir des hospitalisations rapportées dans SI-VIC. Dans les autres régions, l'estimation du R-effectif est soit inférieure à 1, soit supérieure à 1 mais de façon non significative.

[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 17 octobre 2020 (Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC)

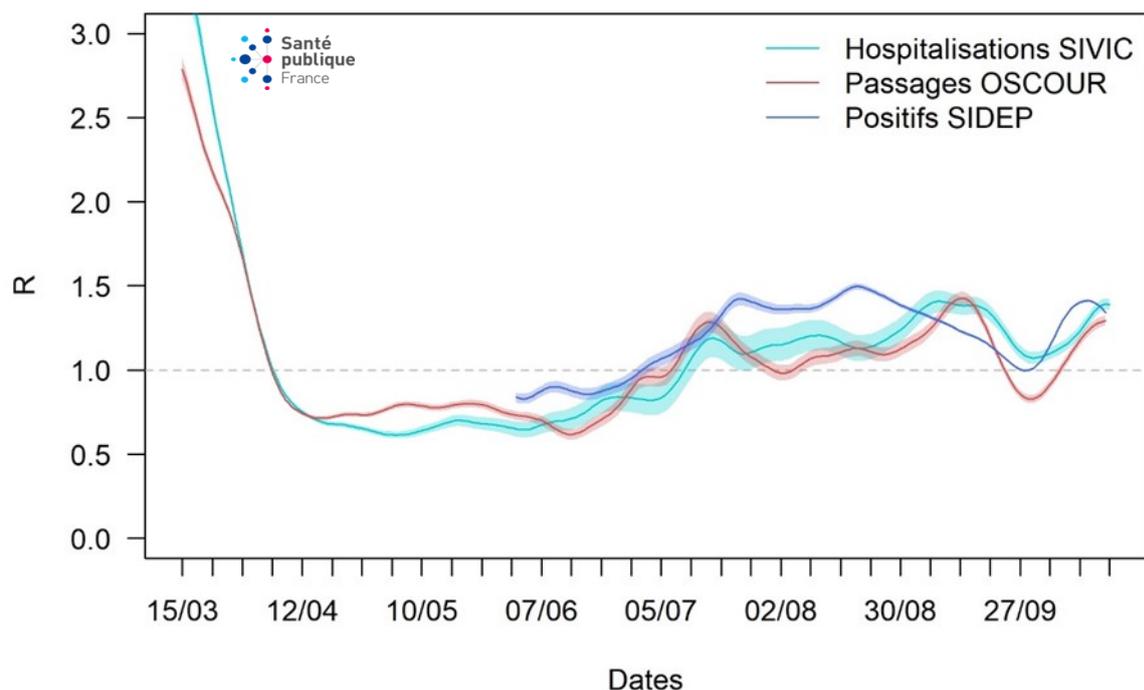


Tableau 4. Nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-CoV-2, des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 par région, France métropolitaine et ultra-marine, sur 7 jours glissants (du 11 au 17 octobre 2020 pour SI-DEP et OSCOUR®, du 12 au 18 octobre 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	1.52 (1.51-1.54)	1.49 (1.41-1.57)	1.64 (1.56-1.73)
	Bourgogne-Franche-Comté	1.59 (1.55-1.63)	1.40 (1.27-1.55)	1.52 (1.34-1.70)
	Bretagne	1.37 (1.33-1.42)	1.06 (0.91-1.23)	1.54 (1.28-1.83)
	Centre-Val de Loire	1.45 (1.40-1.50)	1.30 (1.12-1.50)	1.56 (1.34-1.79)
	Corse	1.75 (1.62-1.88)	1.51 (1.03-2.09)	1.75 (1.17-2.46)
	Grand Est	1.59 (1.56-1.62)	1.42 (1.27-1.58)	1.25 (1.10-1.41)
	Hauts-de-France	1.40 (1.38-1.42)	1.27 (1.17-1.38)	1.34 (1.24-1.44)
	Ile-de-France	1.15 (1.14-1.16)	1.19 (1.15-1.24)	1.22 (1.16-1.27)
	Normandie	1.30 (1.27-1.34)	1.31 (1.16-1.47)	1.37 (1.22-1.53)
	Nouvelle-Aquitaine	1.32 (1.29-1.35)	1.15 (1.02-1.28)	1.33 (1.18-1.49)
	Occitanie	1.29 (1.27-1.31)	1.27 (1.17-1.37)	1.32 (1.21-1.43)
	Pays-de-la-Loire	1.42 (1.39-1.46)	1.19 (1.05-1.35)	1.52 (1.33-1.71)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1.35 (1.33-1.38)	1.41 (1.31-1.52)	1.45 (1.35-1.56)
	France métropolitaine	1.34 (1.34-1.35)	1.29 (1.26-1.32)	1.39 (1.36-1.42)
France ultra-marine	Guadeloupe	0.66 (0.59-0.72)	0.71 (0.56-0.87)	0.53 (0.39-0.70)
	Guyane	0.71 (0.57-0.87)	0.59 (0.30-0.99)	NC
	La Réunion	0.94 (0.84-1.04)	0.79 (0.49-1.15)	0.97 (0.60-1.43)
	Martinique	1.22 (1.12-1.32)	NA	1.23 (0.86-1.67)
	Mayotte	NE	NC	NC

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

Surveillance en milieu hospitalier

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

Depuis le 1^{er} mars 2020, **1 705** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

- Parmi les **142 654 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 5) :
 - L'âge médian des patients est de 71 ans et 53% sont des hommes.
 - 22 873 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 106 839 patients sont retournés à domicile.
- Le **20 octobre 2020, 12 458 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 2 177 en réanimation** (Figures 24b et 25b).

Tableau 5. Nombre de personnes hospitalisées, dont hospitalisées en réanimation, pour COVID-19 le 20 octobre 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars, par classe d'âge et par région, France (source : SI-VIC)

	Le 20 octobre 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	12 458		2 177		106 839		22 873	
Classes d'âge *								
Total	12 390		2 165		106 124		22 743	
0-14 ans	64	1	12	1	1 518	1	3	<1
15-44 ans	645	5	108	5	15 719	15	234	1
45-64 ans	2 344	19	622	29	30 207	28	2 270	10
65-74 ans	2 646	21	767	35	20 078	19	3 975	17
75 et +	6 691	54	656	30	38 602	36	16 261	71
Régions *								
Total	12 435		2 168		106 808		22 849	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	2 364	19	340	16	10 905	10	2 210	10
Bourgogne-Franche-Comté	384	3	57	3	4 536	4	1 129	5
Bretagne	237	2	30	1	1 716	2	308	1
Centre-Val de Loire	282	2	63	3	2 796	3	627	3
Corse	42	<1	9	<1	322	<1	68	<1
Grand Est	521	4	74	3	14 118	13	3 787	17
Hauts-de-France	1 364	11	226	10	8 825	8	2 192	10
Ile-de-France	3 324	27	661	30	37 711	35	8 515	37
Normandie	529	4	82	4	2 480	2	541	2
Nouvelle-Aquitaine	540	4	70	3	3 213	3	594	3
Occitanie	866	7	201	9	4 455	4	736	3
Pays de la Loire	353	3	57	3	2 953	3	554	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 333	11	246	11	9 408	9	1 315	6
Outre-Mer								
La Réunion	43	<1	8	<1	454	<1	27	<1
Martinique	67	1	16	1	161	<1	27	<1
Mayotte	9	<1	3	<1	468	<1	30	<1
Guadeloupe	162	1	24	1	520	<1	124	1
Guyane	15	<1	1	<1	1 767	2	65	<1

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

- Les déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 ont augmenté** en semaine 42 (du 12 au 18 octobre) : **7 530** nouvelles hospitalisations déclarées en S42 versus 5 084 en S41 (+48%) (Figure 24a).
- En prenant en considération le nombre de nouvelles hospitalisations en semaine 42, **le temps de doublement du nombre de nouvelles hospitalisations est estimé à 14 jours** (vs. 26 jours en S41).

Figure 24a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars, données au 20 octobre 2020, France source : SI-VIC)

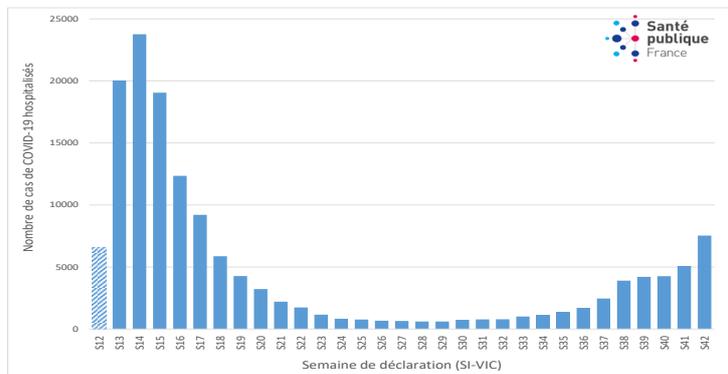
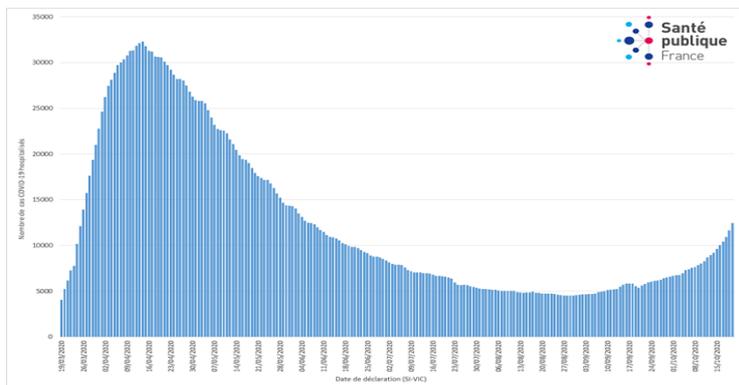


Figure 24b. Nombre de cas de COVID-19 en cours d'hospitalisation, par jour de déclaration, depuis le 19 mars, données au 20 octobre 2020, France (source : SI-VIC)



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

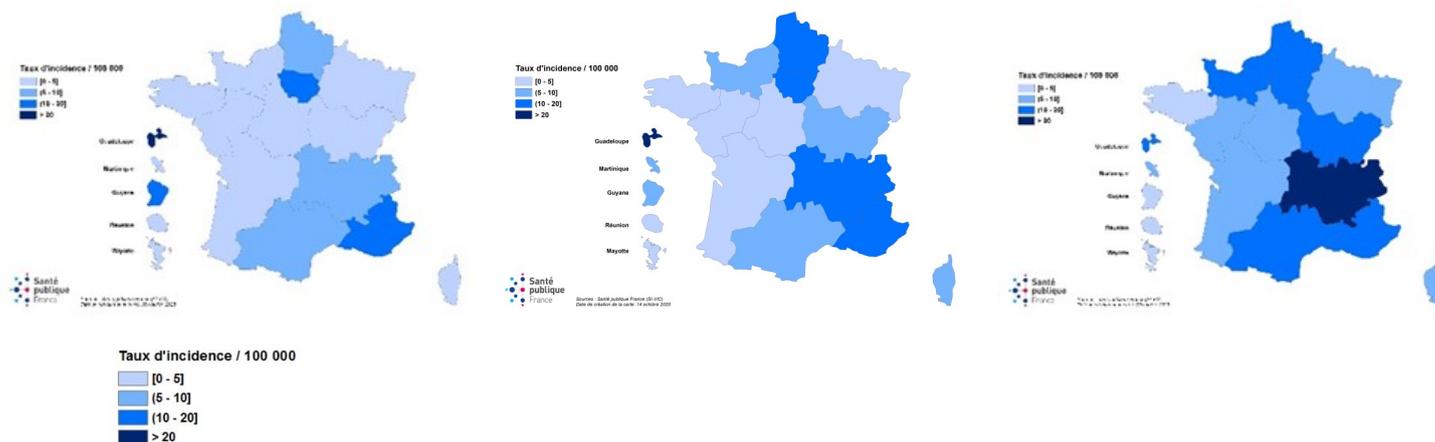
- En **France**, le **taux d'incidence hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 est en augmentation**, il était de **13,0/100 000** habitants du 14 au 20 octobre vs 8,5/100 000 habitants du 07 au 13 octobre.
- En **France métropolitaine**, les **taux d'hospitalisations les plus élevés** (du 14 au 20 octobre) ont été enregistrés en Auvergne-Rhône-Alpes (23,3/100 000 habitants), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (19,8), en Île-de-France (17,4), et dans les Hauts-de-France (15,8). Toutes les autres régions de France métropolitaine enregistraient des taux supérieurs à 5,0/100 000 habitants, à l'exception de la Bretagne (Figure 25). Par ailleurs, le taux d'hospitalisation de **toutes les régions de France métropolitaine a augmenté** par rapport à la semaine précédente.
- Dans les **régions d'outre-mer**, le taux hebdomadaire d'hospitalisations (du 14 au 20 octobre) **a diminué** en Guadeloupe (15,7/100 000 habitants), en Guyane (3,1) à La Réunion (1,7) et à Mayotte (1,4), et s'est **stabilisé** en Martinique (8,6/100 000 habitants) (Figure 25).

Figure 25. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 30 septembre et le 20 octobre 2020, France (source : SI-VIC)

du 30 septembre au 06 octobre 2020

du 07 au 13 octobre 2020

du 14 au 20 octobre 2020



- Les déclarations de nouvelles admissions en réanimation augmentent depuis la semaine 27 et continuent d'augmenter en semaine 42 (Figure 26a), passant de 910 nouvelles admissions déclarées en S41 à 1 343 en S42 (+48% par rapport à S41).

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 20 octobre, France (source : SI-VIC)

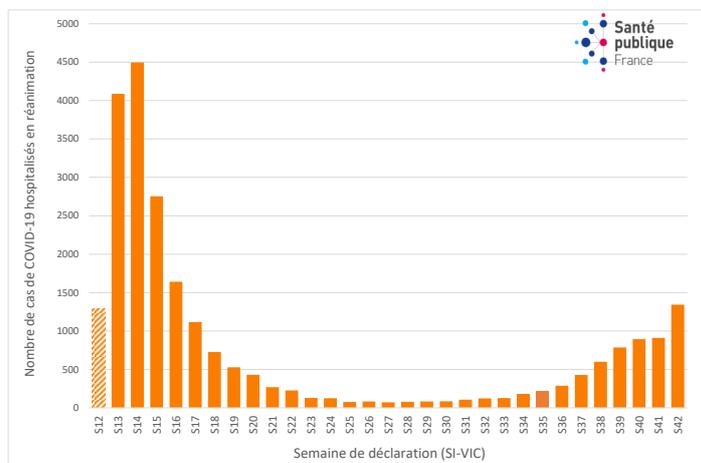
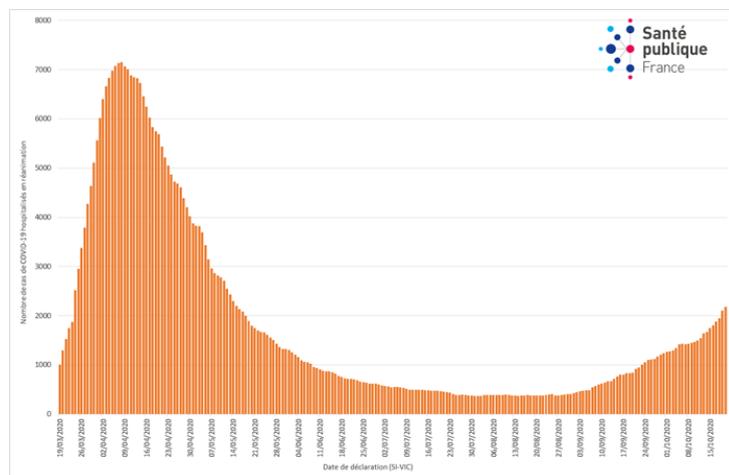


Figure 26b. Nombre de cas de COVID-19 en réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, données au 20 octobre, France (source : SI-VIC)



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

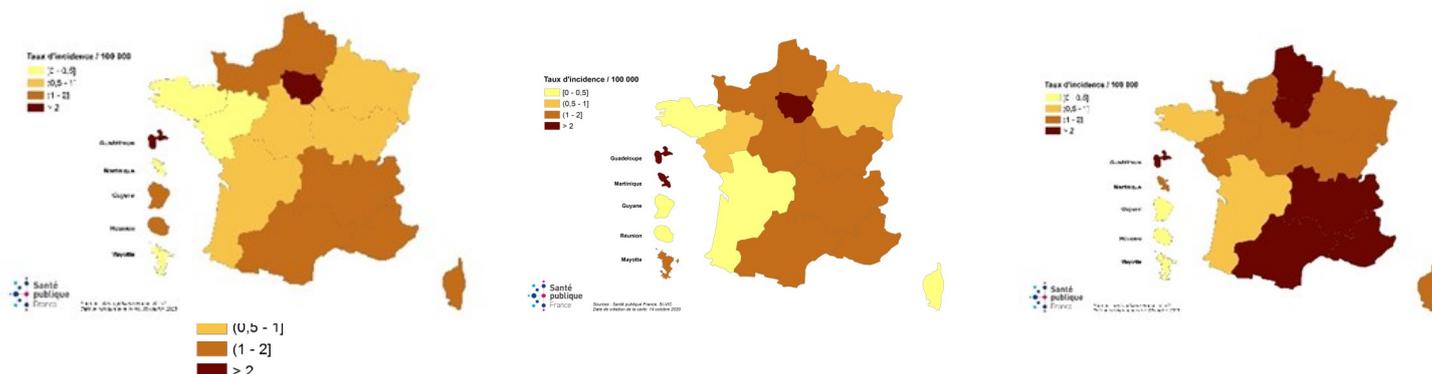
- En France, le **taux d'incidence hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a augmenté** : il était de 2,23/100 000 habitants (du 14 au 20 octobre) vs 1,47/100 000 hab. (du 7 au 13 octobre).
- En France métropolitaine, les plus fortes augmentations hebdomadaires d'admissions en réanimation de patients COVID-19 (du 14 au 20 octobre) par rapport à la semaine précédente (du 07 au 13 octobre) ont été observée en Corse (de 0,29 à 1,45/100 000 hab.) et en Pays-de-la-Loire (de 0,60 à 1,58/100 000 hab.). Par ailleurs, le taux d'hospitalisation en réanimation de toutes les régions de France métropolitaine a **augmenté** par rapport à la semaine précédente.
- Les plus forts taux étaient rapportés en Ile-de-France, en Auvergne-Rhône-Alpes, et dans les Hauts-de-France : respectivement 3,35/100 000 hab., 3,17 et 3,09. La Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Occitanie rapportaient aussi des taux supérieurs à 2/100 000 hab. (respectivement 2,77 et 2,58). Toutes les autres régions de France métropolitaines enregistraient des taux supérieurs à 0,5/100 000 hab. (Figure 27).
- Dans les régions d'outre-mer, sur la semaine du 14 au 20 octobre, le plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a été observé en Guadeloupe avec 5,04/100 000 hab., en augmentation par rapport à la semaine précédente (3,45). Le taux était aussi en augmentation par rapport à la semaine précédente à La Réunion (de 0,23 à 0,47), et en diminution en Martinique (de 2,79 à 1,39), en Guyane (de 0,34 à 0) et à Mayotte (de 1,07 à 0) (Figure 27).
- En prenant en considération le nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation déclarées entre S33 et S42, le **temps de doublement du nombre hebdomadaire d'admissions en réanimation est de 19 jours**.

Figure 27. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 30 septembre et le 20 octobre 2020, France (source : SI-VIC)

du 30 septembre au 06 octobre 2020

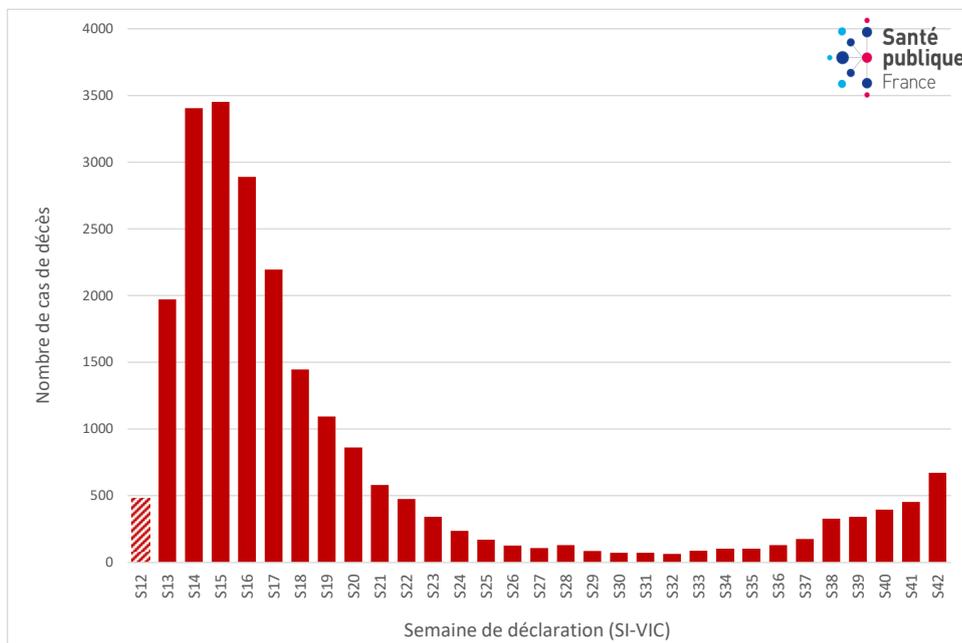
du 07 au 13 octobre 2020

du 14 au 20 octobre 2020



- Le nombre hebdomadaire de déclaration de **décès** survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 était en **augmentation** par rapport à la semaine précédente : **672** en S42 *versus* 454 en S41 et 396 en S40 (Figure 28).

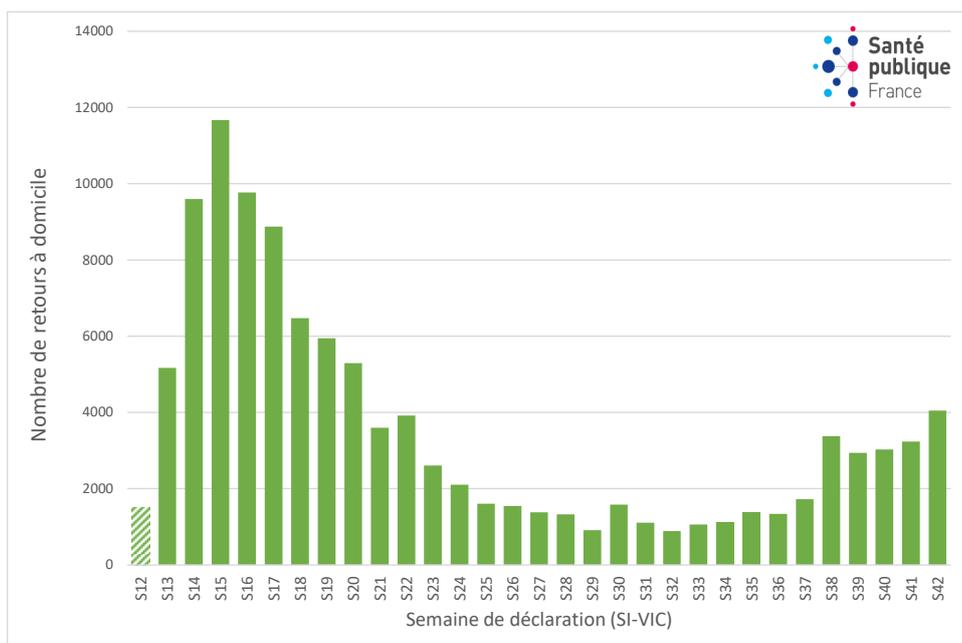
Figure 28. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France, données au 20 octobre 2020 (source : SI-VIC)



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 42 (**4 049** *versus* 3 234 en S41 et 3 026 en S40) (Figure 29).

Figure 29. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France, données au 20 octobre 2020 (source : SI-VIC)

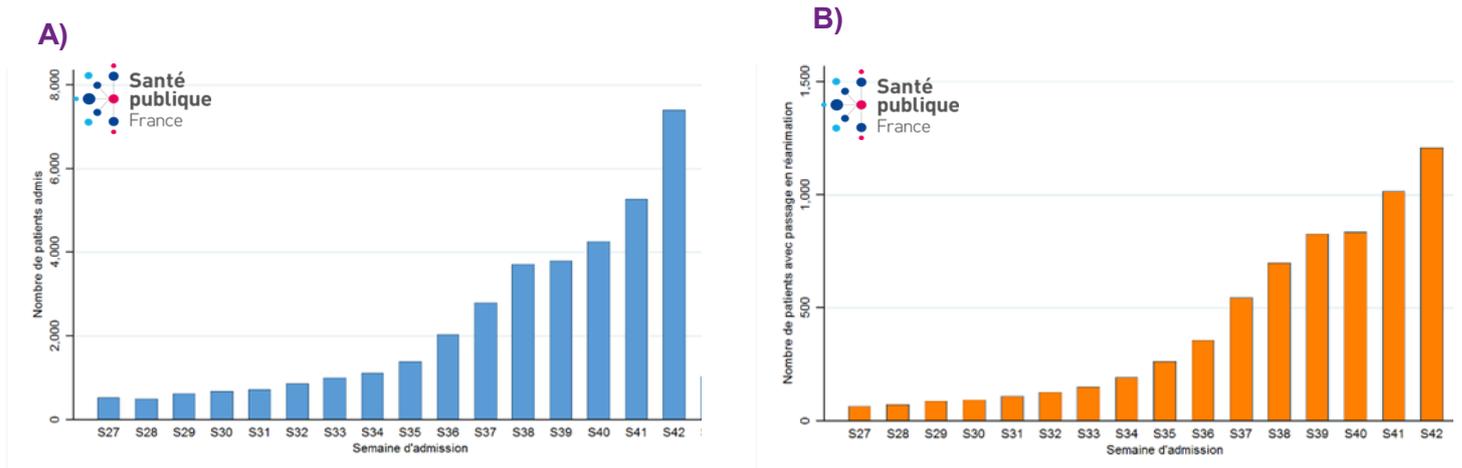


S12 : Données incomplètes car démarrage de Si-VIC en cours de semaine

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.

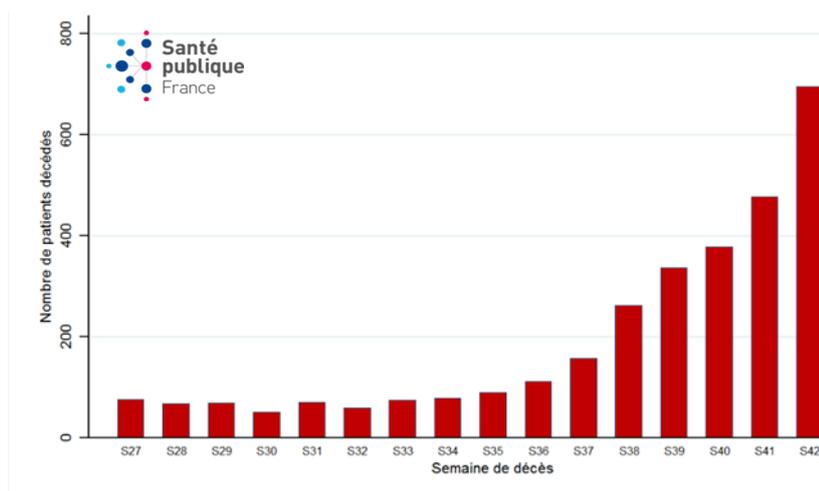
- Les graphiques précédents (Figures 24a, 26a, 28) sont présentés par date de déclaration, avec ce délai. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figure 30) ou par date de décès (Figure 31). Toutefois, la semaine 42 n'est pas encore consolidée.

Figure 30. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 A) admis à l'hôpital, et B) étant passés en service de réanimation pendant leur hospitalisation, par date d'admission à l'hôpital, depuis le 29 juin 2020, France, données au 20 octobre 2020 (source : SI-VIC)



S42 : Données provisoires, en cours de consolidation

Figure 31. Nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 29 juin 2020, France, données au 20 octobre 2020 (source : SI-VIC)



S42 : 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.

Cette surveillance des cas graves de COVID-19 a été interrompue en France métropolitaine début juillet 2020 compte tenu du faible nombre de nouveaux cas signalés, en accord avec la dynamique de l'épidémie, sauf dans quelques régions qui ont souhaité poursuivre le recueil de données. [Le bilan de la première phase de cette surveillance](#) qui s'est déroulée du 16 mars au 30 juin est disponible sur le site de Santé publique France.

Dans le contexte actuel de recrudescence de l'épidémie de COVID-19, cette surveillance qui repose désormais sur un réseau de 226 services de réanimation a été réactivée le 5 octobre dans l'ensemble des régions. Le dispositif a évolué et permet désormais d'inclure également les patients admis en réanimation avec un diagnostic confirmé de grippe. [Le protocole de la surveillance et la fiche de recueil](#) sont disponibles sur le site de Santé publique France.

Les données présentées ci-après correspondent aux signalements reçus à partir du 05 octobre 2020 de l'ensemble des régions à l'exception des Antilles et de Mayotte. A noter que dans les points épidémiologiques régionaux à paraître dans les prochaines semaines, la période d'inclusion des données pourra différer d'une région à l'autre car la dynamique de l'épidémie de COVID-19 a été très variable selon les régions.

- Parmi les **369 patients signalés**, **71% étaient des hommes** ; l'âge médian des patients était de **69 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]).
- **90% des patients admis en réanimation présentaient au moins une comorbidité** et cette proportion était de **84% parmi ceux âgés de moins de 65 ans**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'**obésité** ($IMC \geq 30 \text{kg.m}^{-2}$) (46%), l'**hypertension artérielle** (42%) et le **diabète** (33%) (Tableau 6).
- **17 décès** ont été rapportés à ce jour ; l'âge médian des personnes décédées était de **78 ans** (IIQ : [74-85]), 15 étaient âgées de 65 ans et plus. Parmi les 14 patients décédés et pour lesquels l'information était disponible, tous présentaient au moins une comorbidité.

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

Tableau 6. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 5 au 20 octobre 2020 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle (n=369, données arrêtées le 20 octobre 2020)

Ensemble des cas (n=369)		
Classe d'âge	n	% ¹
0-14 ans	0	-
15-44 ans	25	7
45-64 ans	97	27
65-74 ans	133	36
75 et +	110	30
Comorbidités ²	n	% ³
Aucune	34	10
Au moins une comorbidité	312	90
Obésité (IMC>=30) ⁴	140	46
Hypertension artérielle	144	42
Diabète	113	33
Pathologie cardiaque	83	24
Pathologie pulmonaire	80	23
Immunodépression	31	9
Pathologie rénale	19	5
Cancer	6	2
Pathologie neuromusculaire	5	1
Pathologie hépatique	4	1
Autre	10	3

¹ Les pourcentages sont calculés pour les patients pour lesquels l'âge est renseigné (n=365).

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

³ Les pourcentages sont calculés pour les patients pour lesquels l'information sur les comorbidités est renseignée (n=346).

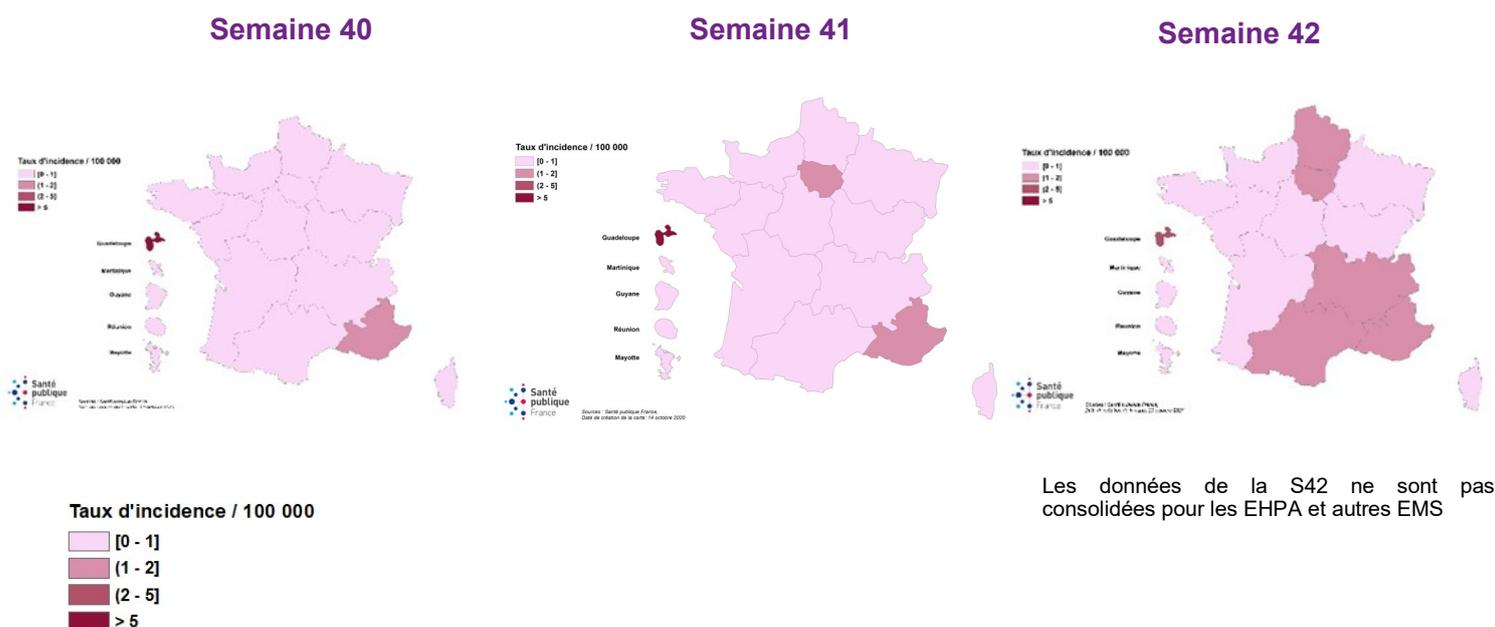
⁴ La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC est renseigné (n=306).

Surveillance de la mortalité

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

- Entre le 1^{er} mars et le 20 octobre 2020, **33 885 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **22 873** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **11 012** décès parmi des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements médicaux-sociaux (EMS).
- 92% des cas de COVID-19 décédés sont âgés de 65 ans ou plus.**
- Au niveau national**, le nombre hebdomadaire de décès a **fortement augmenté** en semaine 42 : +40% entre les semaines 41 et 42 (de 546 décès en S41 à 764 en S42) contre +11% entre les semaines 40 et 41 (de 491 décès en S40 à 546 en S41). Cette augmentation pourrait être encore plus importante à mesure de la consolidation des données de la S42 pour les décès en EHPA et autres EMS.
- Le **taux hebdomadaire de décès** à l'échelle nationale était de 1,14 pour 100 000 habitants en semaine 42 (*versus* 0,81 en S41). En S42, on observe une augmentation des décès survenus parmi les personnes hospitalisées (de 454 en S41 à 672 en S42, soit +48%). Les données de S42 ne sont pas consolidées pour les décès parmi les résidents des EHPA et autres EMS ; l'évolution entre la S41 et la S42 pour ces décès n'est donc pas interprétable à ce jour (92 en S41 et 92 en S42).
- En semaine 42**, les **plus forts taux de décès par région** de patients COVID-19 rapportés à la population (/100 000 habitants) étaient observés en Guadeloupe (4,46), Auvergne-Rhône-Alpes (1,97) et Île-de-France (1,56). Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie et Hauts-de-France enregistraient aussi des taux supérieurs à 1/100 000 habitants (respectivement 1,40, 1,35 et 1,34).
- Les **taux hebdomadaires de décès** déclarés (/100 000 habitants) étaient en **augmentation dans 9 régions** entre les semaines 41 et 42 : Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Grand-Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Mayotte, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cependant, les augmentations par région seront consolidées par la mise à jour des données en EHPA et autres EMS.

Figure 32. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS), S40 (28 septembre au 04 octobre), S41 (05 au 11 octobre) et S42 (12 au 18 octobre) par région, France 2020 (source : SI-VIC et ESMS)



Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 13 226 certificats de décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 7).
 - L'âge médian au décès était de 84 ans et 90,6% avaient 65 ans et plus.
 - Les hommes représentaient 55% de ces décès.
 - Des comorbidités étaient renseignées pour 8 642 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 24% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 34% de ces décès.
 - Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 2,7% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.
- **Pour la semaine 42 (du 12 au 18 octobre 2020), 475 décès contenaient une mention de COVID-19 dans le certificat, représentant 13,6% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 33). Ce nombre de décès poursuit sa hausse (+184 décès, soit +63%, par rapport à la semaine S41). Parmi les 475 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention d'infection au SARS-COV2 dans le certificat, 372 (78%) étaient âgées de plus de 75 ans, 62 étaient âgées de 65 à 74 ans et 41 personnes étaient âgées de 45 à 64 ans.**

Figure 33. Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 18 octobre 2020 (données au 20 octobre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

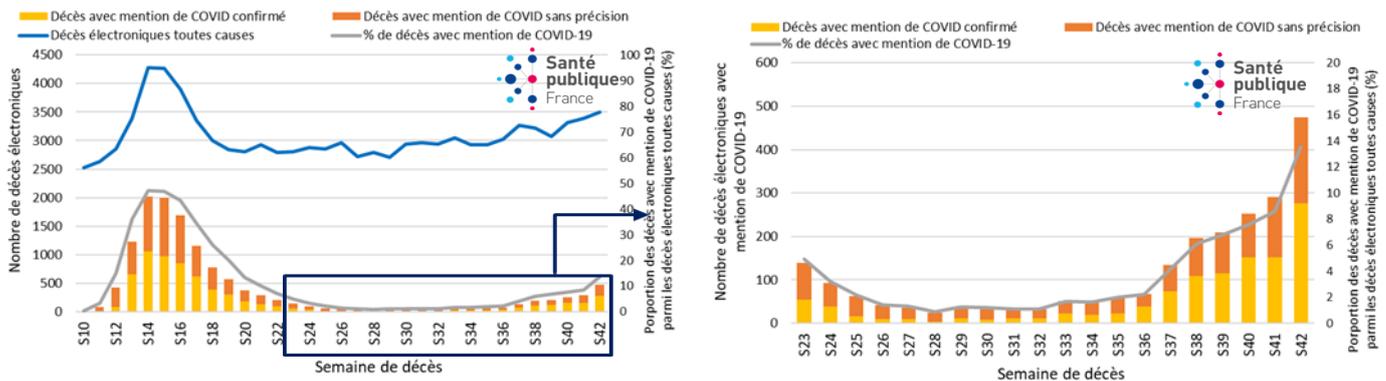


Tableau 7. Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 19 octobre 2020 (données au 20 octobre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

Sexe	n	%
Hommes	7 221	55

Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	2	100	2	0
15-44 ans	38	34	73	66	111	1
45-64 ans	324	29	805	71	1 129	9
65-74 ans	651	32	1 361	68	2 012	15
75 ans ou plus	3 571	36	6 401	64	9 972	75
Tous âges	4 584	35	8 642	65	13 226	100

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	8 642	65
Aucune ou non renseigné	4 584	35

Description des comorbidités	n	%
Obésité	510	6
Diabète	1 398	16
Pathologie respiratoire	1 136	13
Pathologie cardiaque	2 922	34
Hypertension artérielle	2 083	24
Pathologies neurologiques *	771	9
Pathologie rénale	1 067	12
Immunodéficience	192	2

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

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

Mortalité toutes causes

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

- **Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus en semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre) est en hausse significative** par rapport au nombre attendu, avec un excès modéré. Cette hausse concerne principalement les personnes de 65-84 ans. Dans cette classe d'âge, le nombre de décès est également significativement supérieur à celui attendu en semaine 41 (du 05 au 11 octobre).
- **Au niveau régional, en semaine 40, une hausse significative du nombre de décès est observée en Provence-Alpes-Côte d'Azur** et dans une moindre mesure en Normandie (effectif à la limite du seuil de significativité). Ces hausses concernent principalement les personnes de 65 ans ou plus. En semaine 41, la mortalité reste, à cette étape de consolidation des données, dans les marges de fluctuation habituelle dans toutes les régions, tous âges confondus, ainsi que chez les 65 ans ou plus.
- En **Guadeloupe**, le nombre de décès était significativement supérieur à celui attendu sur les six semaines S35 à S40 (du 24 août au 4 octobre), tous âges confondus (Figure 35). Les effectifs semblent en diminution en semaine 41.
- 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 34. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, en France, de la semaine 13-2014 à la semaine 41-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

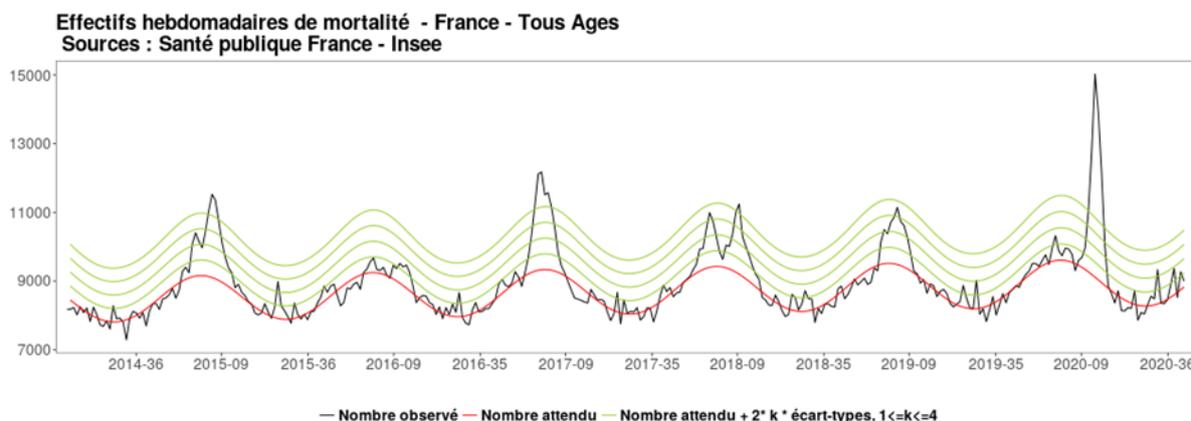
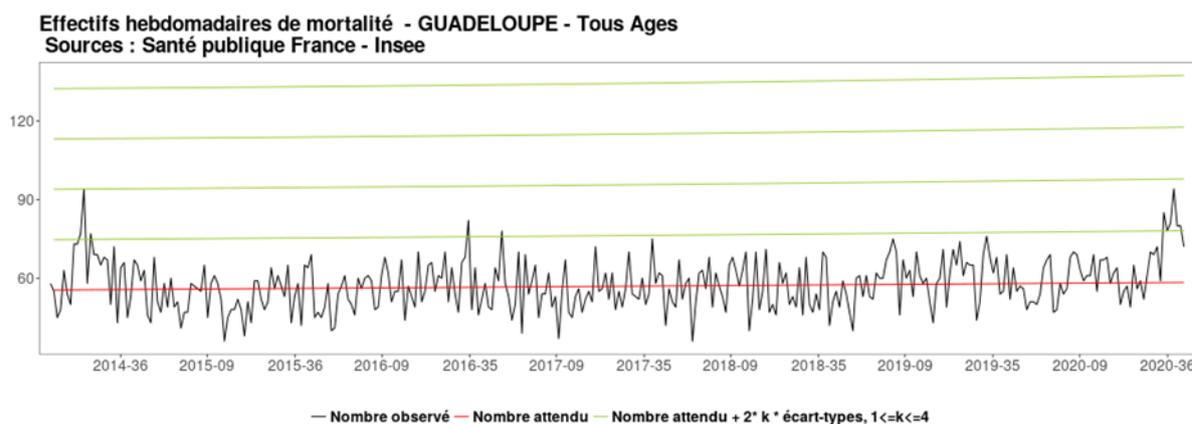


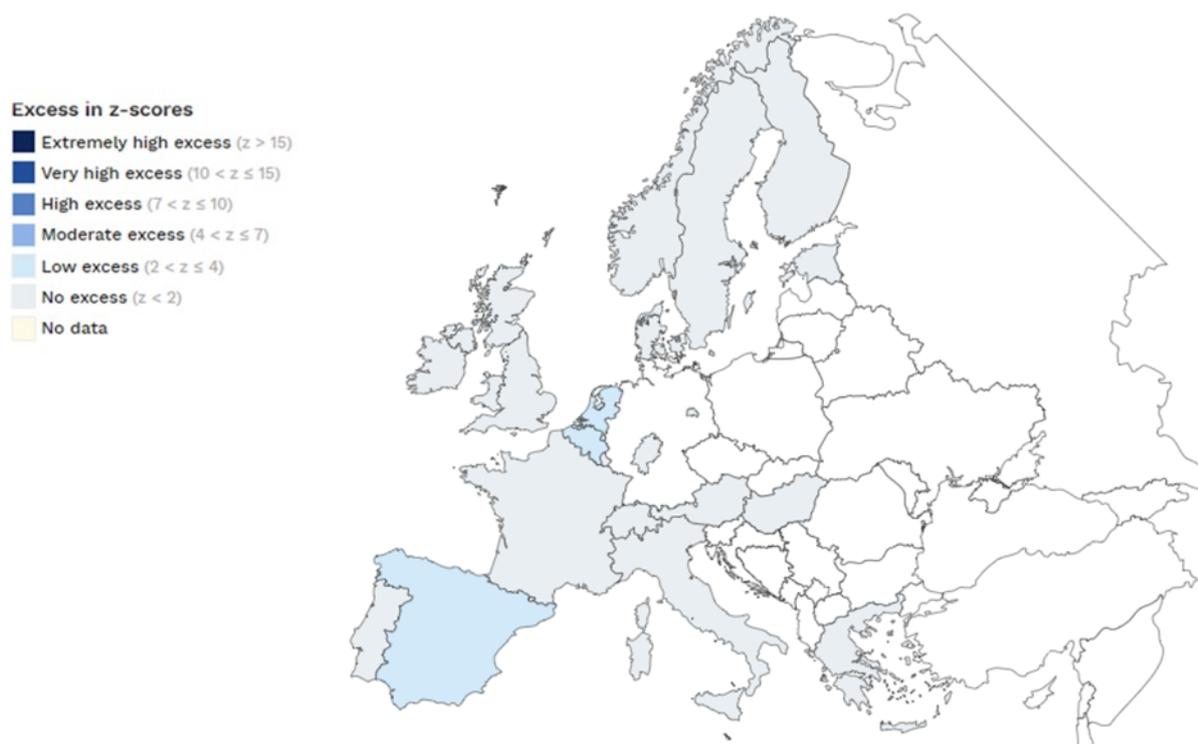
Figure 35. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, en Guadeloupe, de la semaine 13-2014 à la semaine 41-2020 (Source : Santé publique France - Insee)



Mortalité à l'échelle européenne

A l'échelle européenne, parmi les 24 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, un excès de mortalité était observé dans cinq pays/régions en semaine 37, dans 6 pays/régions en semaine 38, dans quatre pays/régions en semaine 39 et dans trois pays/régions en semaine 40 (Pays-Bas, Belgique et Espagne) (Figure 36).

Figure 36. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 40-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 14 octobre 2020) (Source : Euromomo)



Analyse de risque contextualisée - Niveaux de vulnérabilité

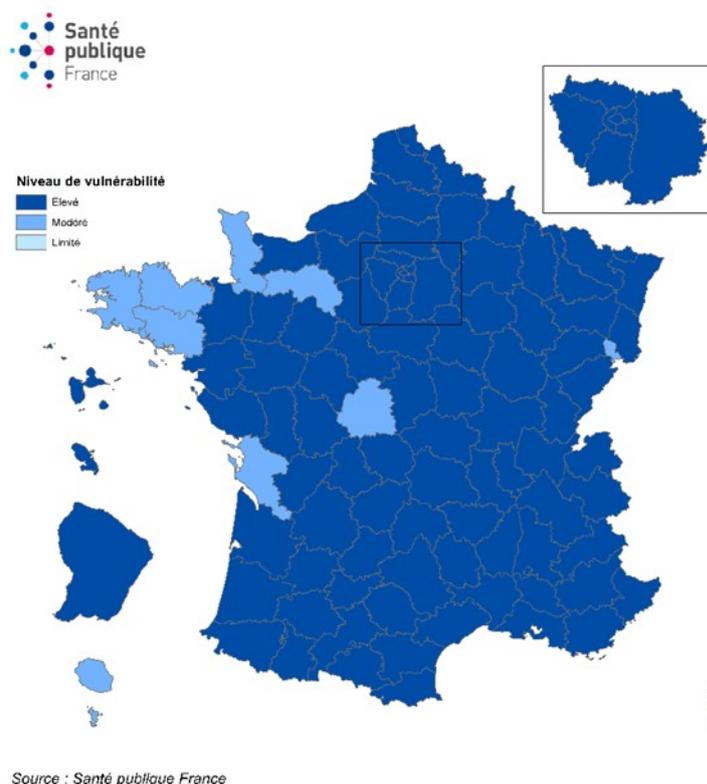
Les équipes régionales de Santé publique France réalisent, en lien avec les ARS, une analyse de risque contextualisée quotidienne au niveau départemental depuis le 02 mai 2020, une semaine avant la levée du confinement. Cette expertise effectue la synthèse des indicateurs des systèmes de surveillance et des informations qualitatives rapportées (ARS, collectivités, acteurs du soin, etc.).

Les indicateurs mis en regard sont les taux de positivité/incidence des patients testés (SI-DEP), taux d'actes/passages pour suspicion COVID-19 (SOS Médecin, Oscour®), nombres de reproduction effectif du virus (SI-DEP, Oscour®, SI-VIC), clusters en communauté, milieu professionnel, établissements médicaux sociaux (SI-MONIC), admissions en hospitalisation conventionnelle, en réanimation (SI-VIC). L'expertise permet de produire l'indicateur du niveau de vulnérabilité (limité, modéré, élevé) qui traduit la circulation virale et l'impact sur la santé de la population du département contribuant ainsi à adapter les mesures de gestion.

Le 21 octobre 2020, par rapport au point épidémiologique du 14 octobre 2020 :

- **17 nouveaux départements sont classés en niveau de vulnérabilité élevé** : Jura (39), Nièvre (58), Creuse (23), Meuse (55), Vosges (88), Calvados (14), Eure (27), Moselle (57), Dordogne (24), Deux-Sèvres (79), Cher (18), Eure-et-Loir (28), Loir-et-Cher (41), Allier (03), Haute-Saône (70), Aisne (02), Vendée (85).
- **4 départements sont classés en niveau de vulnérabilité modéré** : Manche (50), Indre (36), Côte d'Armor (22), Finistère (29).
- Au total, **91 départements sont en niveau de vulnérabilité élevé (90,1%), 10 sont en niveau de vulnérabilité modéré (9,9%)**. En début de semaine 43, il n'y a pas plus de départements classés en vulnérabilité limitée.

Figure 37. Niveau de vulnérabilité par département, France, au 21 octobre 2020 (Source : Santé publique France)



Situation internationale

- Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Europe** et en **Amérique** (États-Unis et Amérique Latine), à l'origine de respectivement 38% et 33% des cas rapportés dans le monde entre le 12 et le 18 octobre (semaine 42). Un déclin de l'épidémie est observé en **Asie du Sud-Est** où sont localisés 21% des cas rapportés dans le monde (contre 30% en semaine 40 et 25% en semaine 41), avec néanmoins des taux d'incidence élevés et une augmentation de la mortalité. L'incidence reste très hétérogène selon les régions et/ou métropoles de chacun des pays.
- Dans la zone **Amérique**, le nombre global de cas rapporté est en déclin, ainsi que le nombre de décès (-21%). Cependant, le taux d'incidence augmente aux États-Unis depuis plusieurs semaines, en particulier dans certains États (Midwest, Nord-Est et région des Grandes Plaines). L'incidence est en baisse mais se maintient à un niveau élevé au Brésil et au Pérou, stable dans plusieurs pays (Chili, Colombie) tandis qu'elle est en phase ascendante dans d'autres (Argentine, Mexique, Costa Rica). Au Canada, l'augmentation du nombre de cas récents et d'hospitalisations pour COVID-19 se poursuit depuis plusieurs semaines, toujours dans les provinces de Québec et de l'Ontario.
- En **Asie**, l'épidémie reste toujours active en Inde, même si une diminution de l'incidence y est observée. Elle continue de progresser en Indonésie, au Myanmar, au Bangladesh, aux Maldives et au Népal. En **Océanie**, une augmentation très importante de la transmission du SARS-CoV-2 est décrite en Polynésie française et à Guam.
- Dans les pays du **Moyen-Orient**, l'épidémie reste importante au Liban, en Jordanie, à Oman et aux Émirats arabes unis. La situation reste préoccupante en Iran qui a atteint un nombre record de nouvelles infections et de décès. En Israël, le taux d'incidence récent a fortement baissé (141,1 cas / 100 000 hab. vs. 295,2 en S40 et 443,2 en S41) dans un contexte de fortes disparités géographiques et l'amorce de la première phase d'allègement des restrictions, après un confinement national de 4 semaines.
- En **Afrique**, le nombre de cas et la mortalité pour COVID-19 tendent à augmenter depuis deux semaines ; cette augmentation, liée en partie à un rattrapage des données, est particulièrement marquée en Afrique du Sud (70% des décès en Afrique) et dans d'autres pays (Éthiopie, Kenya, Botswana) en semaine 42. Au Maroc, l'épidémie reste en phase ascendante depuis début août, avec plus de 3 000 nouveaux cas par jour ces dernières semaines. Le nombre de cas reste élevé en Tunisie où des mesures de restrictions ont été instaurées dans certaines régions, ainsi qu'en Libye.
- En **Europe**, une augmentation du nombre de cas (+25%) et de la mortalité (+29%) est observée par rapport à la semaine précédente. Parmi les pays européens de l'UE/EEA, les taux d'incidence sur 7 jours (au 19 octobre) les plus élevés sont observés en République tchèque (533,1 cas / 100 000 hab), en Belgique (468,1), aux Pays-Bas (311,2), en France (241,8), en Slovaquie (241,1), au Luxembourg (209,5), en Espagne (183,2), au Royaume-Uni (178,1), en Irlande (151,6), à Malte (142,0) et en Pologne (131,5). L'augmentation de l'incidence est particulièrement marquée dans certains pays en semaine 42 (Figures 38 et 39) dont la Slovaquie (augmentation de +150% de cas ; nombre de décès passant de 1 à 1 924 par rapport à la semaine précédente). Des taux d'incidence élevés sont également documentés en Suisse (166,1), en Europe centrale et en Europe de l'Est (taux rapporté au 19/10 pour les 7 derniers jours) : Monténégro (280,6), Arménie (278,7), Géorgie (142,2), Ukraine (96,8). L'incidence rapportée en Espagne est en légère augmentation après une baisse ces dernières semaines ; ce taux reste élevé dans certaines régions (Navarre, Madrid). En Russie, une hausse record des nouveaux cas (69 cas / 100 000 hab.) et des décès est rapportée.

Figure 38. Taux d'incidence pour 100 000 hab. de COVID-19 rapporté pour les semaines 40 et 41/2020 dans les pays de l'UE/EEA (source: ECDC)

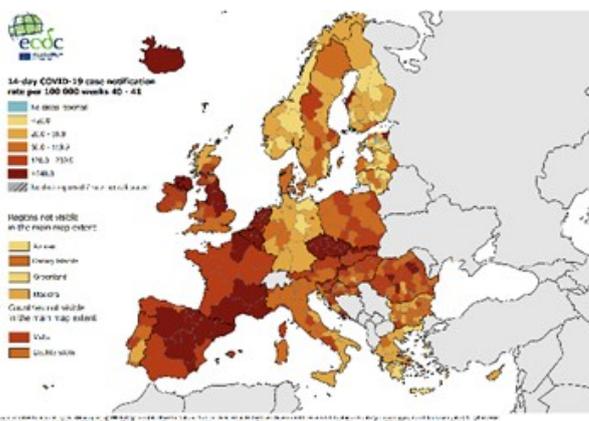
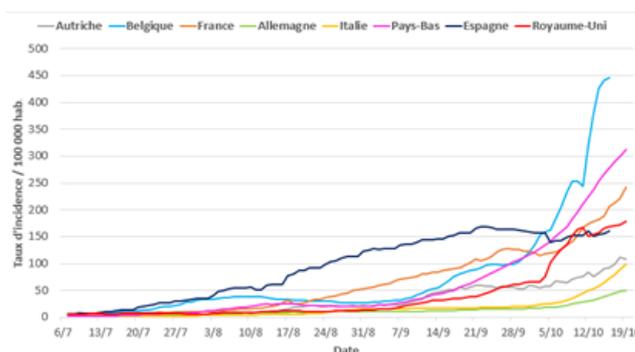


Figure 39. Taux d'incidence pour 100 000 hab. (sur 7 jours) de COVID-19 pour les principaux pays limitrophes à la France entre le 01/07 et 19/10/2020 (source : ECDC)



En Europe : [ECDC - Weekly surveillance report \(week 41\), 15/10/2020](#)

Dans le monde : [Organisation mondiale de la santé – Weekly Epidemiological Update, 20 octobre 2020](#)

Pour en savoir plus sur la situation internationale :

Prévention

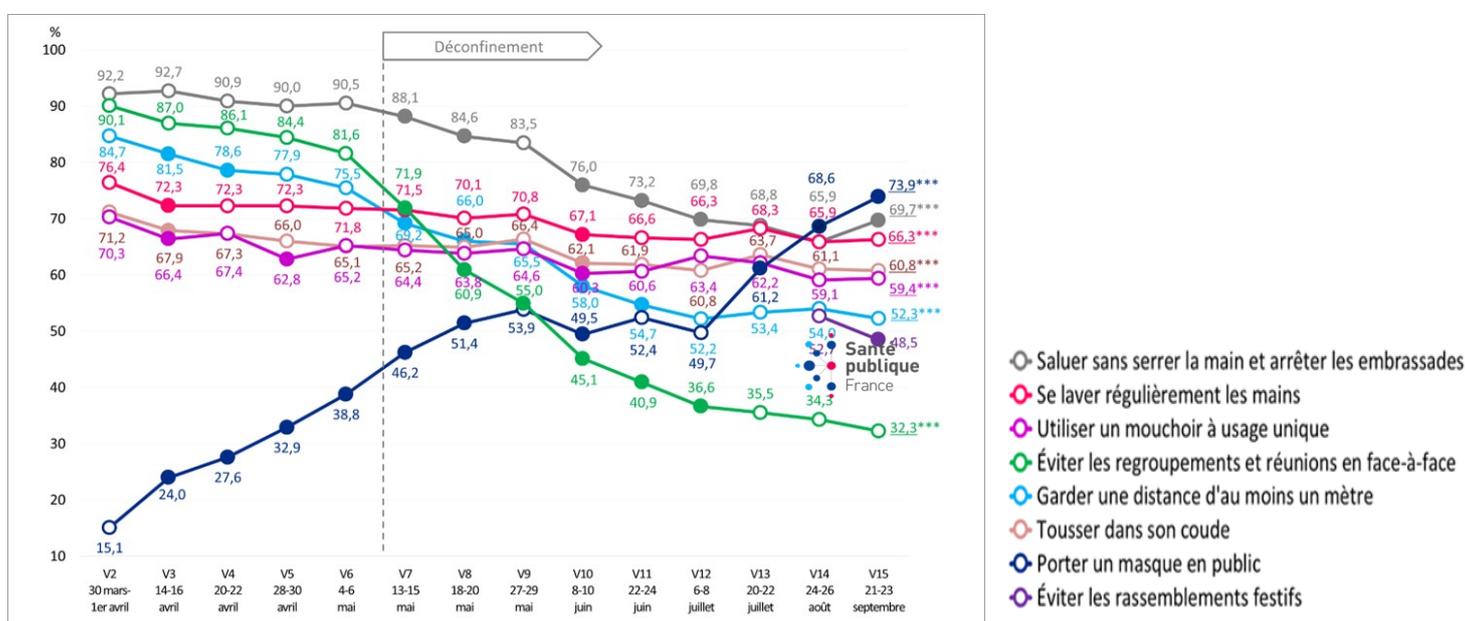
Suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

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 septembre 2020.

1) Adoption des mesures de prévention

- Si plus de 80% de la population a adopté les mesures de prévention, leur utilisation systématique a diminué depuis l'arrêt du confinement, notamment pour les comportements reflétant l'interaction sociale. L'utilisation systématique des mesures de prévention s'est stabilisée depuis juillet, à l'exception de l'adoption systématique de la mesure « **éviter les regroupements et réunions en face-à-face** » qui poursuit sa baisse et de la mesure « **port du masque en public** » qui continue d'augmenter (Figure 40).
- Les personnes les plus jeunes adoptent moins systématiquement les mesures de distanciation que les personnes les plus âgées ([résultats détaillés sur le site](#)).

Figure 40. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.



Notes de lecture :

Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 15) 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, $p < 0,05$.

2) Santé mentale

- Aucune évolution n'est observée pour les indicateurs d'anxiété, de dépression, les problèmes de sommeil et la satisfaction de vie depuis l'arrêt du confinement ([résultats détaillés sur le site](#)).
- Les problèmes de sommeil se maintiennent à un niveau élevé (supérieur à 60%).

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES

En complément de ces gestes, porter un masque quand la distance d'un mètre ne peut pas être respectée

Synthèse

En France métropolitaine

En semaine 42 (du 12 au 18 octobre 2020), tous les indicateurs de suivi de l'épidémie de SARS-CoV-2 étaient en nette augmentation par rapport à la semaine 41 (du 5 au 11 octobre) signant une accélération de l'épidémie (nombre de cas confirmés, taux de positivité, consultations en médecine générale, passage aux urgences, nombre de nouveaux cas positifs pour le SARS-CoV-2 dans les établissements médico-sociaux, nombres d'hospitalisations, d'admissions en réanimation et de décès).

En médecine générale, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aigüe (IRA) du réseau Sentinelles était en augmentation par rapport à la semaine précédente (156/100 000 habitants en S42 vs. 124 en S41, +26%).

Le taux hebdomadaire de dépistage pour le SARS-CoV-2 était en augmentation par rapport à la semaine précédente (1 850/100 000 habitants en S42 vs. 1 482/100 000 en S41, soit +25%) et cette augmentation concernait toutes les tranches d'âge.

En semaine 42, 165 544 personnes **nouveaux cas confirmés de COVID-19 ont été enregistrés en France métropolitaine soit une hausse de 39% par rapport à S41. Le taux d'incidence était donc en augmentation avec 255 cas/100 000 habitants (183 cas/100 000 habitants en S41, +39%)**. Le nombre de nouveaux cas et le taux d'incidence, en semaine 42, peuvent être encore sous-estimés du fait des délais de consolidations des données.

En semaine 42, dans tous les départements, le taux d'incidence était au-dessus du seuil de 50 cas/100 000 habitants et 29 départements dépassaient une incidence de 250 cas pour 100 000 hab. Les taux d'incidence les plus élevés étaient dans le département de la Loire (673/100 000 habitants), du Rhône (569), du Nord (511), de l'Isère (432) et à Paris (416), et étaient en augmentation par rapport à la semaine précédente.

Le taux de positivité était de 13,8% en S42, en augmentation par rapport à la S41 (12,4% en S41, +1,4 points). Ce taux était en augmentation dans toutes les tranches d'âge mais l'augmentation la plus forte est observée chez les 75 ans et plus (de 9,9% en S41 à 13,8% en S42, +3,9 points). Le taux de positivité était de 26,1% chez les personnes symptomatiques, en forte augmentation par rapport à S41 (22,3%, +3,8 points).

Le taux de positivité était supérieur à 5% dans tous les départements de France métropolitaine, et supérieur à 10% pour 62 départements. Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés dans la Loire (23,5%), en Isère (21,7%), en Haute-Loire (20,6%), en Seine-Saint-Denis (19,9%) et dans le Rhône (19,8%), et étaient en augmentation dans ces départements par rapport à la semaine précédente.

Les personnes âgées de 15 à 44 ans restaient les plus touchées par le SARS-CoV-2 (incidence de 367 cas pour 100 000 habitants), suivies par celles âgées de 45-64 ans (272) et des 75 ans et plus (195). Par rapport à la semaine précédente, **les augmentations les plus fortes étaient observées chez les personnes âgées de plus de 65 ans (65-74 ans : +58% ; 75 ans et plus : +67%)** signant une diffusion de l'épidémie dans cette population.

Depuis début septembre (S36), le nombre de cas chez les personnes âgées de 65 à 74 ans a été multiplié par 5 (incidence en S42 de 163/100 000 habitants) et le nombre de cas chez les personnes âgées de 75 ans et plus par 6 (S42 : 194). **Cette augmentation du nombre de cas chez les personnes âgées est très préoccupante car ces personnes sont les plus à risque de complication de COVID-19.**

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 en S42 étaient en augmentation par rapport à celui de la semaine précédente (+15%). Cette hausse concerne exclusivement les adultes et paraît s'intensifier par rapport celle observée en semaine 41 chez les adultes de 45-74 ans (+35%) et de 75 ans et plus (+26%).

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) incluant les établissements d'accueil pour personnes âgées, il est observé en S42 **une nette augmentation des nombres des cas confirmés qui concerne toutes les régions**. Au total, 6 290 cas confirmés ont été rapportés en S42 (vs. 3 635 en S41, +73%). **Le nombre moyen de cas confirmés par épisode étaient également en augmentation** par rapport à la semaine précédente, **chez les résidents** (13,4 cas confirmés par épisode en S42 vs. 7,8 en S41) **comme chez le personnel** (7,5 en S42 vs. 5,0 en S41).

Devant l'augmentation de la circulation virale sur l'ensemble du territoire, le nombre de clusters identifié est très sous-estimé. Le suivi des clusters n'est donc plus un bon indicateur de suivi de l'épidémie. L'analyse de la criticité des clusters selon le type de collectivités ne sera désormais publié qu'une semaine sur deux dans le point épidémiologique.

Aux urgences, les **passages pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) sont en augmentation** (7 925 passages en S42 vs. 5 856 en S41, soit +35%). **Cette augmentation touche principalement les personnes les plus âgées : 65-74 ans (+57% en S42 vs. +14% en S41) et les 75 ans et plus (+54% en S42 vs. +33% en S41)**. Toutes les régions métropolitaines sont concernées, et les hausses les plus marquées étaient observées en Auvergne-Rhône-Alpes (+67%), Grand-Est (+55%), Bourgogne-Franche-Comté (+52%) et Provence-Alpes-Côte-D'azur (+56%).

En milieu hospitalier, le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a nettement augmenté en semaine 42 avec 7 530 nouvelles hospitalisations (5 084 en S41, soit +48%). Les **taux d'hospitalisation étaient en augmentation dans toutes les régions**. Les **taux les plus élevés** ont été enregistrés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (23,3/100 000 habitants), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (19,8), en **Île-de-France** (17,4), et dans les **Hauts-de-France** (15,8).

Le nombre de nouvelles admissions en réanimation était également en nette augmentation (1 343 admissions en S42 vs. 910 en S41, +48%). Les **taux d'admission en réanimation ont augmenté dans toutes les régions de France métropolitaine**. Les **taux les plus élevés** étaient rapportés en **Île-de-France** (3,35/100 000 habitants), en **Auvergne-Rhône-Alpes** (3,17) et dans les **Hauts-de-France** (3,09).

En semaine 42, 4 981 personnes de 65 ans et plus avaient été admises en hospitalisation et 856 en réanimation. En comparaison à début septembre (S36), les nombres de personnes de 65 ans et plus hospitalisées et admises en réanimation ont été multipliés par 5.

Le 20 octobre 2020, 12 458 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 2 177 en réanimation.

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

L'estimation du Reff_{SI-DEP} (1,34 en S42), significativement supérieure à 1, reste stable par rapport à celle produite la semaine précédente (Reff_{SI-DEP}: 1,35). L'estimation des Reff_{OSCOUR®} (passages aux urgences) est en augmentation et significativement supérieure à 1 (Reff_{OSCOUR®} : 1,29), et en augmentation par rapport à la semaine précédente (1,13). L'estimation du Reff_{SI-VIC} est également en hausse et est significativement supérieure à 1 (1,39 en S42 vs. 1,20 en S41). **Ces différents indicateurs témoignent d'une augmentation de la circulation virale, de l'augmentation des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 et d'une augmentation des hospitalisations pour COVID-19 en France métropolitaine. L'ensemble de ces indicateurs sont significativement supérieurs à 1 dans l'ensemble des régions métropolitaines (exceptée la Bretagne dont seul le Reff_{OSCOUR} est non significativement supérieur à 1).**

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

Si l'augmentation du nombre de cas reste comparable entre les semaines 41 et 42 pour ce qui concerne le nombre de nouveaux cas, en revanche la dynamique des nouvelles hospitalisations et des nouvelles admissions en réanimation s'est accélérée entre les deux semaines.

Si la dynamique de l'épidémie persiste dans les semaines à venir, il est estimé que le nombre hebdomadaire de nouveaux cas confirmés de COVID-19 aura doublé dans 15 jours (vs. 15 jours en S41), le nombre hebdomadaire de nouveaux patients admis à l'hôpital aura doublé dans 14 jours (vs. 26 jours en S41) et le nombre de patients admis en réanimation aura doublé dans 19 jours.

Le nombre de décès liés à la COVID-19 étaient en nette augmentation en S42 avec 764 décès (546 décès en S41, +40%). Cette augmentation était particulièrement élevée en milieu hospitalier (672 décès en S42 vs. 454 en S41, +48%). Les données concernant les décès survenus parmi les résidents des EHPA et autres EMS ne sont pas encore consolidées. L'augmentation des nombres de cas de COVID-19 parmi les résidents des EHPAD fait cependant craindre une augmentation des décès dans les semaines à venir. En semaine 42, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 par région étaient observés en Auvergne-Rhône-Alpes (1,97 /100 000 habitants), Île-de-France (1,56), Provence-Alpes-Côte d'Azur (1,40), Occitanie (1,35) et Hauts-de-France (1,34).

Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus en semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre) était en hausse significative par rapport au nombre attendu, avec un excès modéré. Cette augmentation concernait principalement les personnes de 65-84 ans. En semaine 41, le nombre de décès était supérieur à l'attendu dans cette même classe d'âges (65-84 ans). **Au niveau régional, en semaine 40, une hausse significative du nombre de décès était observée en Provence-Alpes-Côte d'Azur** et dans une moindre mesure en Normandie, qui concernait principalement les personnes de 65 ans ou plus. Du fait des délais de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes.

Dans les régions

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

Les analyses de risque contextualisées permettent de classer chaque département selon un niveau de vulnérabilité (limité, modéré et élevé) traduisant à la fois la circulation virale et l'impact sur la santé de la population.

Pour la première fois cette semaine, les **données des 22 métropoles** sont présentées dans ce point épidémiologique. Ces données, ainsi que celles pour les 65 ans et plus sont disponibles ici : <https://geodes.santepubliquefrance.fr>

Les métropoles présentant des taux d'incidence les plus importants sont : Saint-Etienne Métropole (807 cas / 100 000 hab.), Métropole Européenne de Lille (706 cas / 100 000 hab.), Métropole de Lyon (598 cas / 100 000 hab.), Grenoble-Alpes-Métropole (522 cas / 100 000 hab.) et Métropole du Grand Paris (386 cas / 100 000 hab.).

Régions métropolitaines

En métropole, au 21 octobre, **89 départements étaient classés en niveau de vulnérabilité élevé et 8 en niveau modéré. Il n'y avait plus de département en niveau de vulnérabilité limité.**

Les régions les plus touchées par la circulation virale en semaine 42 étaient Auvergne-Rhône-Alpes avec un taux d'incidence de 413 /100 000 hab, l'Ile-de-France (343) et les Hauts-de-France (346).

En **Auvergne-Rhône-Alpes**, les indicateurs de circulation virale ont continué de progresser à un rythme soutenu en semaine 42. Le taux d'incidence était en augmentation de +65% par rapport à la semaine 41. Les départements avec les plus fortes hausses du taux d'incidence étaient la Loire, le Rhône et l'Isère. Les trois métropoles de Lyon, Saint-Etienne et Grenoble présentaient en S42 des taux d'incidences hebdomadaires parmi les plus élevés de France. En S42, l'augmentation du recours aux services d'urgences (OSCOUR®) a été importante (+67%), plus de 1 470 nouvelles hospitalisations pour COVID-19 ont été notifiées (+ 83% vs. S41) ainsi que plus de 200 admissions en réanimation pour COVID-19 (+ 68% vs. S41). L'impact sur les services hospitaliers est important : au 20 octobre, 2 364 patients étaient hospitalisés, dont 340 en réanimation. Rapporté à la population, le taux d'hospitalisation en Auvergne-Rhône-Alpes (23,3 /100 000 habitants) est le plus élevé de France métropolitaine. L'augmentation des décès (hospitaliers et en ESMS) était particulièrement marquée en S42 (+ 129% par rapport à S41, données en cours de consolidation). Le taux de décès en S42 était le plus élevé de France métropolitaine (1,97 décès /100 000 habitants, données ESMS en cours de consolidation).

En **Ile-de-France**, les taux d'incidence, taux d'hospitalisation et d'admissions en réanimation étaient élevés en S42. Tous les départements d'Ile-de-France avaient des taux d'incidence supérieurs à 200 cas/100 000 habitants et étaient classés en niveau de vulnérabilité élevé et zone de circulation active du virus. L'impact sur les services hospitaliers est important : au 20 octobre, 3 324 patients étaient hospitalisés, dont 661 en réanimation. Le taux de décès (hospitaliers et ESMS) restait élevé en S42 (1,56 décès /100 000 habitants, +30% par rapport à S41, données ESMS en cours de consolidation).

En **Hauts-de-France**, la situation épidémiologique continue de se dégrader avec une progression du nombre des nouveaux cas, associée à une augmentation des recours aux soins et des hospitalisations et admissions en services de réanimation. L'ensemble des indicateurs confirment la progression significative de l'épidémie dans la région, particulièrement dans le département du Nord et la métropole lilloise.

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le taux hebdomadaire d'hospitalisation pour COVID-19 rapporté à la population était le deuxième plus élevé de France (19,8/100 000 habitants). L'ensemble des indicateurs étaient en hausse en S42 en comparaison de la semaine précédente.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

En **Guadeloupe**, les indicateurs de surveillance épidémiologique en S42 montrent une diminution de la circulation du virus. Le taux d'incidence était de 102/100 000 habitants (156 en S41) et le taux de positivité de 14,2% (18,4% en S41). Le taux hebdomadaire d'hospitalisation (du 14 au 20 octobre) a diminué (15,7/100 000 habitants). Le nombre de décès était significativement supérieur à celui attendu sur les six semaines S35 à S40 (du 24 août au 4 octobre), tous âges confondus. La Guadeloupe est classée en niveau de vulnérabilité élevé.

- En Guyane, les indicateurs étaient en baisse en semaine 42, le taux d'incidence était de 33/100 000 habitants (42 en S41), et le taux de positivité de 5,1% (5,5% en S41). Le taux d'hospitalisation était de 3,1. La Guyane est classée en niveau de vulnérabilité élevé.
- A La Réunion, les indicateurs SI-DEP étaient stables en semaine 42, le taux d'incidence était de 38/100 000 habitants (38 en S41), et le taux de positivité de 4,8% (4% en S41). Le taux d'hospitalisation à La Réunion, en diminution, était de 1,7/100 000 habitants. La Réunion est classée en niveau de vulnérabilité modéré.
- En Martinique, l'augmentation se poursuit. Le taux d'incidence était en S42 de 151/100 000 habitants (127 en S41) et un taux de positivité de 13,8% (12,2% en S41). Le taux d'hospitalisation s'est stabilisé en S42 (8,6/100 000 habitants). La Martinique est classée en niveau de vulnérabilité élevé.
- A Mayotte, la tendance est à la stabilisation. Le taux d'incidence était de 51/100 000 habitants (43 en S41), et le taux de positivité de 9,7% (9% en S41), le taux d'hospitalisation à 1,4/100 000 habitants. Mayotte est classée en niveau de vulnérabilité modéré

En France métropolitaine et dans les DROM

Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie sont les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que celles présentant des comorbidités. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 65% des personnes admises en réanimation et 92% des personnes décédées de COVID-19. De plus, 90% des personnes admises en réanimation présentent des comorbidités.

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

Selon les données de la Cnam, en semaine 42, l'augmentation rapide des personnes-contacts à risque se poursuit pour la seconde semaine. Cette augmentation est associée à un infléchissement de la proportion de personnes-contacts jointes. Ces résultats suggèrent une dégradation du processus de contact-tracing liée à l'augmentation importante de l'épidémie les deux dernières semaines.

Parmi les cas symptomatiques, le délai moyen entre la survenue des premiers signes cliniques et la date de prélèvement se maintient par rapport à la semaine précédente avec un délai au niveau national inférieur à 3 jours. Pour certains territoires ultra-marins, ce délai reste important, notamment en Guadeloupe et en Martinique (délai de 4,8 jours). Le raccourcissement de ce délai depuis plusieurs semaines est encourageant et doit se poursuivre afin de pouvoir mettre en place des mesures de contact tracing et d'isolement efficaces.

Le nombre de nouveaux cas précédemment identifiés comme personnes-contacts à risque semble se dégrader légèrement. Cette baisse reste à confirmer au cours des semaines à venir mais pourrait être en lien avec l'augmentation de la diffusion virale et une détérioration de l'identification et du contrôle des chaînes de transmission.

La surveillance spécifique des **professionnels travaillant dans les établissements de santé** mise en place depuis le 1^{er} mars rapportait, au 05 octobre 2020, 36 266 cas d'infections par le SARS-CoV-2. Un bilan a été précédemment publié. **Les professionnels de santé libéraux** peuvent, s'ils ont été atteints, participer à l'enquête proposée sur le site du Geres, ouverte à tous les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, pour documenter les circonstances de leur contamination.

La santé mentale des Français, dégradée en début de confinement, s'est depuis significativement améliorée pour tous les indicateurs (états anxieux, dépressifs et satisfaction de vie) à l'exception des problèmes de sommeil qui ont augmenté et se maintiennent à des niveaux élevés depuis le début du confinement. Aucune évolution des indicateurs n'a été constatée entre fin juillet et fin septembre.

L'adoption systématique des mesures de prévention a globalement diminué de la fin du confinement à juillet. Une baisse importante a été observée en particulier pour les mesures liées aux interactions sociales mais seule l'adhésion systématique de la mesure « éviter les regroupements et les réunions en face à face » poursuit sa baisse. Par contre, le port systématique du masque en public continue d'augmenter.

L'adoption systématique de réduction des contacts (saluer sans embrassade et sans serrer les mains, éviter les regroupements, maintien d'une distance physique) est moins bonne chez les jeunes alors que le virus circule particulièrement dans cette tranche d'âge depuis début août. Les personnes âgées de 65 ans et plus suivent en revanche plus systématiquement ces mesures.

En l'absence de traitement curatif et de vaccin, il faut continuer à renforcer, quel que soit l'âge, les actions de prévention comprenant les mesures d'hygiène, la réduction des contacts et le port approprié du masque.

En conclusion

Dans les départements d'outre-mer, le niveau de vulnérabilité reste élevé en Martinique, Guadeloupe et en Guyane. Les indicateurs sont en augmentation en Martinique. Le niveau de vulnérabilité est modéré à Mayotte et à la Réunion.

En France métropolitaine, la situation épidémiologique continue de se dégrader avec une forte augmentation des indicateurs nationaux.

Les nombres de nouveaux cas confirmés, de cas confirmés dans les établissements d'accueil pour personnes âgées, des nouvelles hospitalisations et nouvelles admissions en réanimation ainsi que les décès pour COVID-19 sont en nette augmentation.

Il est observé une diffusion de l'épidémie vers les personnes les plus âgées. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont celles pour lesquelles l'augmentation de la circulation virale est la plus importante ces dernières semaines et celles pour lesquelles l'augmentation de recours aux urgences pour COVID-19 est la plus forte. Le nombre de patients de cette tranche d'âge admis en hospitalisation et admis en réanimation a été multiplié par 5 depuis début septembre.

L'accentuation de la circulation virale chez les personnes les plus âgées, plus fragiles, laisse présager une poursuite de l'augmentation des hospitalisations et des décès dans les semaines à venir. En effet, les formes graves surviennent à distance du début des signes cliniques : les hospitalisations et des admissions en réanimation surviennent avec un décalage d'une à deux semaines après le début des signes et le décès avec un décalage de 3 à 4 semaines.

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

La situation hospitalière pour la COVID-19 en semaine 42 se rapproche de celle observée au cours de la première vague, après la mi-mars 2020 (semaine 12, début de la surveillance SI-VIC le 19 mars 2020), en termes de nombre de personnes nouvellement hospitalisées, nouvellement admises en réanimation et nombres de nouveaux décès survenus en milieu hospitalier. La diffusion de l'épidémie est cependant plus lente que ce qui avait été observé à cette période, le R effectif R_{SI-VIC} était alors autour de 2,5-3 alors qu'il est estimé à 1,39 en S42. De plus, la diffusion de l'épidémie était alors principalement concentrée sur un nombre limité de régions et notamment en région Grand-Est, Ile-de-France et Bourgogne-Franche-Comté où les hospitalisations étaient les plus importantes, alors que la diffusion virale touche actuellement l'ensemble du territoire de France métropolitaine. Les semaines à venir seront décisives pour observer l'impact des mesures de gestion les plus fortes (couvre-feu notamment) sur l'évolution de l'épidémie et les conséquences sur le système de santé.

Afin de freiner la progression du virus SARS-CoV-2, il est important de maintenir la stratégie « **Tester-Alerter-Protéger** » : chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19, même légers, doit s'isoler, porter le masque, réduire les contacts au strict minimum et réaliser un test diagnostique dans les plus brefs délais. Pour permettre l'application de mesures de contact tracing et d'isolement efficaces, le délai pour le diagnostic est un élément essentiel. Le raccourcissement récemment observé de ce délai est encourageant et doit se poursuivre.

En l'absence de traitement curatif et de vaccin, il paraît indispensable de **rappeler l'importance et de renforcer les actions de prévention** comprenant les mesures d'hygiène, la réduction des contacts (salut sans embrassade et sans serrer les mains, maintien de la distance physique, éviter les regroupements, limiter les rassemblements à un nombre limité de personnes dans la sphère privée (recommandation de ne pas excéder 6 personnes)), le port approprié du masque, ainsi que l'aération des endroits clos. Les personnes contacts de cas confirmés doivent aussi respecter les périodes d'isolement.

Ces mesures doivent être strictement appliquées par chacun d'entre nous pour le bénéfice de tous.

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).

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). 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 puis depuis le 5 octobre).

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).

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

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

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

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

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

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).

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).

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeurs adjoints de publication

Pr Laëtitia Huiart
Dr Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Sophie Vaux, Claire Sauvage, Fanny Chereau, Anne Fouillet, Yann Le Strat, Christine Campese, Guillaume Spaccferri, Patrick Rolland, Céline Caserio-Schonemann, Julien Durand, Cécile Forgeot, Daniel Lévy-Bruhl, Didier Che, Katia Hamdad, Alexandra Mailles, Alexandra Septfons, Sébastien Montluc, Josiane Pillonel, Julie Figoni, Fatima Aït Belghiti, Laëtitia Gouffé-Benadiba, Yu Jin Jung, Linda Lasbeur, Enguerrand du Roscoat, Isabelle Bonmarin, Ke Zhou, Edith Laurent, Anne Laporte, Pierre Arwidson.

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

Contact presse

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

Diffusion Santé publique France

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

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

Date de publication :
22 octobre 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