

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

COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 29 octobre 2020

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires.
Ce bilan est basé sur les données épidémiologiques de surveillance du COVID-19 (SARS-CoV-2) rapportées à Santé publique France jusqu'au 27 octobre 2020.

Points clés

- ▶ **France métropolitaine : très forte augmentation de l'ensemble des indicateurs nationaux, notamment des hospitalisations, admissions en réanimation et décès**
 - Forte accélération de l'épidémie de COVID-19 sur l'ensemble du territoire
 - Très importante augmentation des hospitalisations (+62%)
 - Admissions en réanimation : 62% de personnes âgées de 65 ans et plus ; 89% avec comorbidités
 - Augmentation du nombre de décès
 - Augmentation du nombre de cas et de décès dans les établissements médico-sociaux
 - Régions les plus touchées : Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France et Hauts-de-France
 - Métropoles les plus impactées : Saint-Etienne, Lille, Lyon et Grenoble
- ▶ **Outre-mer :**
 - Poursuite de l'augmentation en Martinique; tendance à la diminution en Guadeloupe et légère augmentation en Guyane
 - Légère augmentation à Mayotte et tendance à l'augmentation à la Réunion
- ▶ **Santé mentale et Prévention : Etude CoviPrev (19-21 octobre)**
 - Augmentation significative des troubles dépressifs
 - Amélioration de l'application des mesures de réduction des contacts

Chiffres clés en France

S43 S42* Evolution

Indicateurs hebdomadaires semaine 43 (du 19 au 25 octobre 2020)

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	263 143	171 254	+54%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	18,6	13,8	+4,8 points
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	7 420	6 080	+22%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	11 554	7 993	+45%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	12 176	7 530	+62%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 816	1 343	+35%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	1318	872	+51%

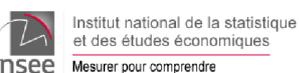
Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 27 octobre 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	156 427
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	35 541

* données consolidées



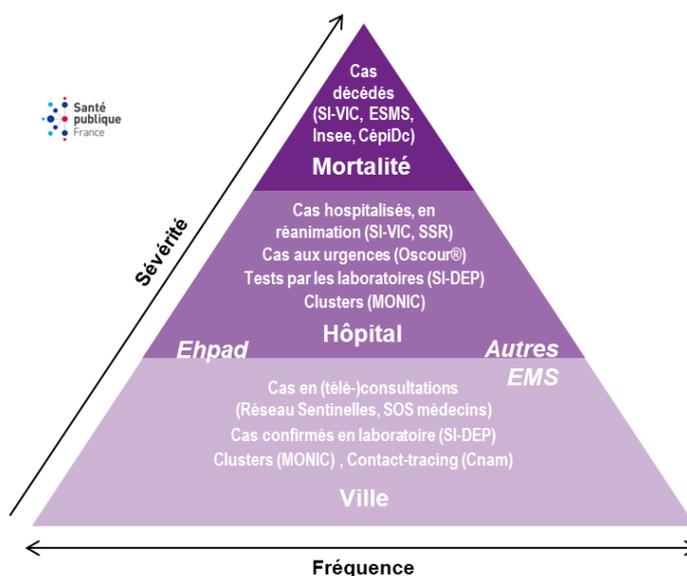
Institut national de la santé et de la recherche médicale



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
Clusters (foyers de transmission) : criticité selon les collectivités	17
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	18-20
Surveillance aux urgences	21
Nombre de reproduction effectif «R effectif»	22-23
Surveillance en milieu hospitalier	24-30
Surveillance de la mortalité	31-34
Situation internationale	35-36
Prévention	37-40
Synthèse - Conclusion	41-45
Méthodes	46

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

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



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

Surveillance en médecine ambulatoire

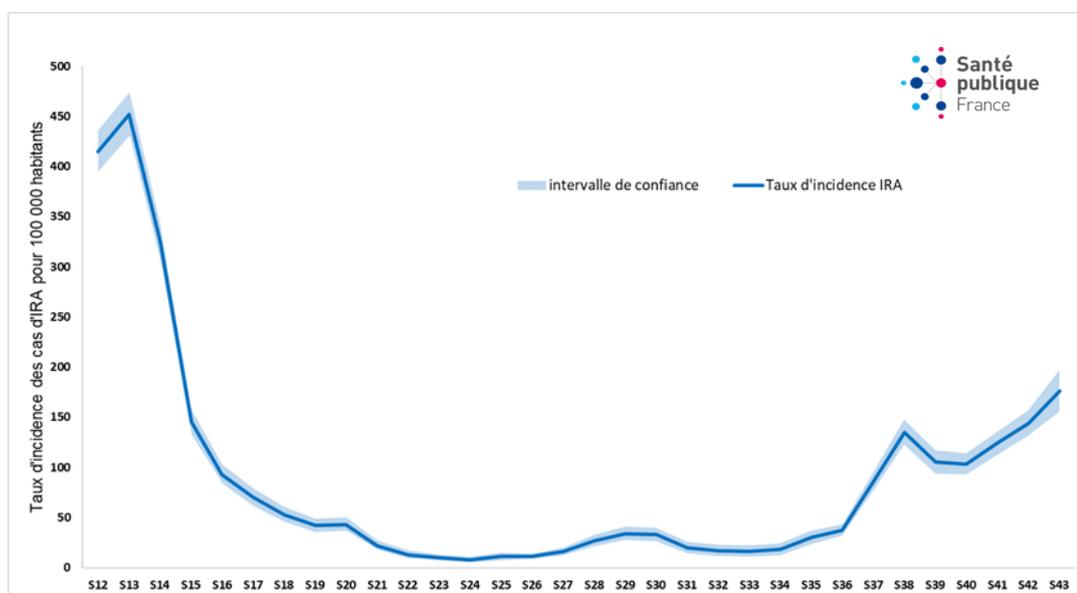
Réseau Sentinelles

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 43** (du 19 au 25 octobre 2020), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 176/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [155-197]) en France métropolitaine, en augmentation par rapport à celui de la semaine 42 : 144/100 000 habitants (IC95% : [131-157]) (Figure 1).
- **En semaine 43**, sur les 43 patients présentant une IRA qui ont eu un prélèvement, 12 se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2 et 10 positifs pour du rhinovirus.
- Depuis la semaine 37, sur les 245 patients qui ont eu un prélèvement nasopharyngé testé pour les différents virus respiratoires surveillés, 46 (19%) se sont révélés positifs pour le SARS-CoV-2 et 127/238 (53%) 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, **128 736** actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 27 octobre 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 43** (du 19 au 25 octobre 2020), **7 420** actes médicaux pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes étaient enregistrés en Auvergne-Rhône-Alpes (23%), Ile-de-France (21%), Nouvelle-Aquitaine (9%) et Hauts-de-France (9%).
- Pour la 3^{ème} semaine consécutive, le **nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 a augmenté** (+22%, soit +1 340 actes par rapport aux 6 080 actes enregistrés en S42). Cette **hausse concerne exclusivement les adultes** et semble s'intensifier par rapport à la semaine 42 chez les adultes de **45-74 ans** (+42%) et les **75 ans et plus** (+73%) (hausse plus légère chez les 15-44 ans, +19%). La quasi-totalité des régions est concernée par cette augmentation.
- La **part des actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** tous âges était de **11,7%**, en hausse par rapport à la semaine précédente (9,3%) (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)

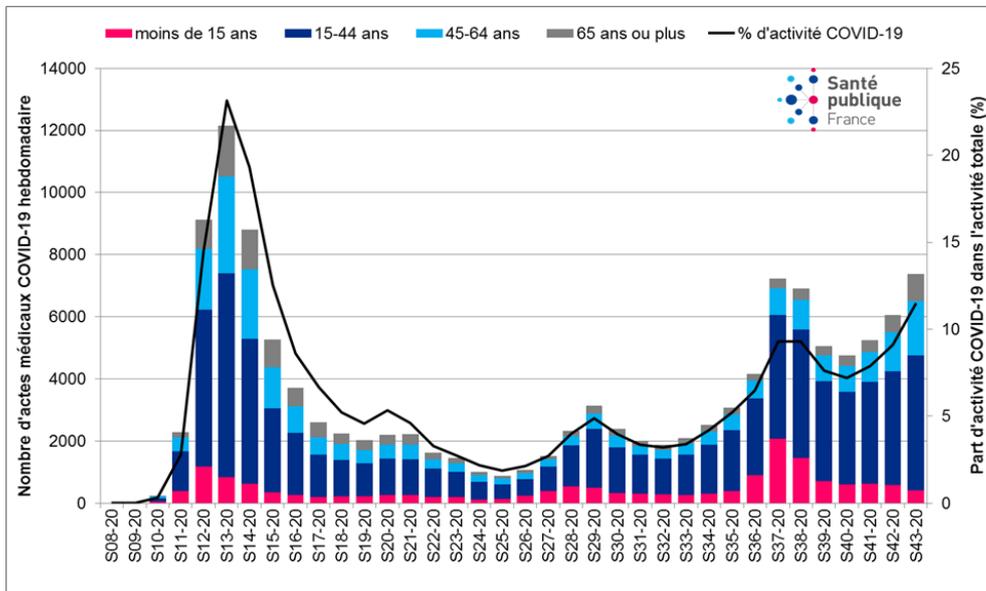
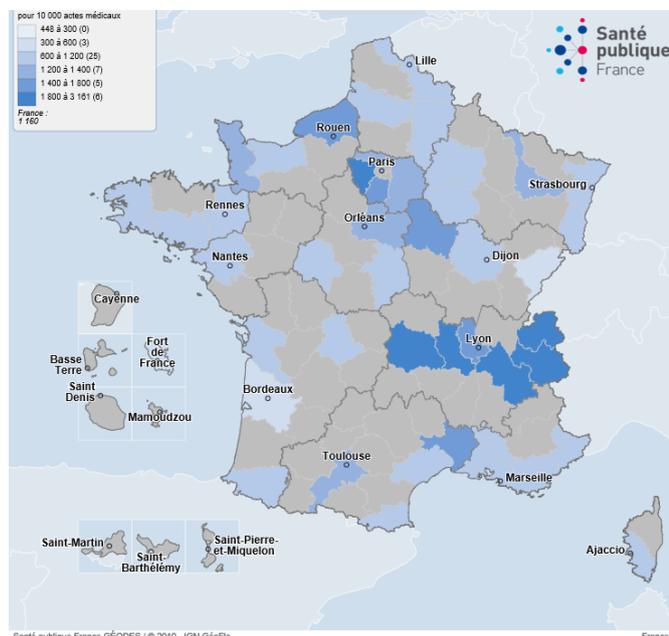


Figure 3. Taux hebdomadaires d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes médicaux SOS Médecins, par département, semaine 43/2020, France (source : SOS Médecins)



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

Surveillance virologique

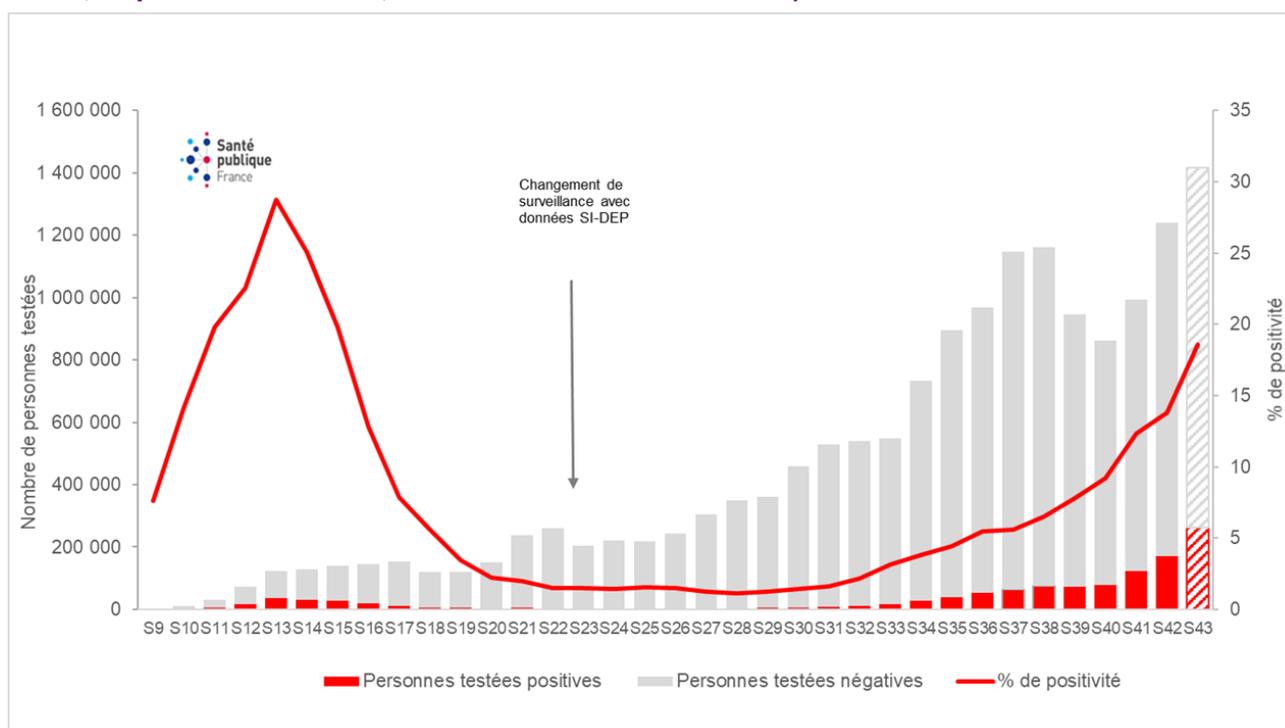
Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou par département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées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

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

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

- Au niveau national, en semaine 43, **1 416 586 personnes ont été testées pour la première fois** pour le SARS-CoV-2 par RT-PCR (pour 1 904 860 tests réalisés). Parmi ces personnes, 263 143 étaient positives. Le nombre de personnes testées positives a fortement augmenté par rapport à la semaine précédente (171 254 en S42, +54%).
- **Le taux de positivité** national hebdomadaire était en S43 de **18,6%** (calculé sur les patients testés et dont les tests sont valides), en augmentation par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (13,8% en S42) (Figure 4).
- **Le taux national d'incidence** (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) **était de 392 cas /100 000 habitants** en S43 et a augmenté par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (255 cas /100 000 en S42, +54%).
- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **2 111/100 000 habitants** et a augmenté par rapport à la semaine 42 (1 845/100 000, soit +14%).
- 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 13 jours.**

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 28 octobre 2020)

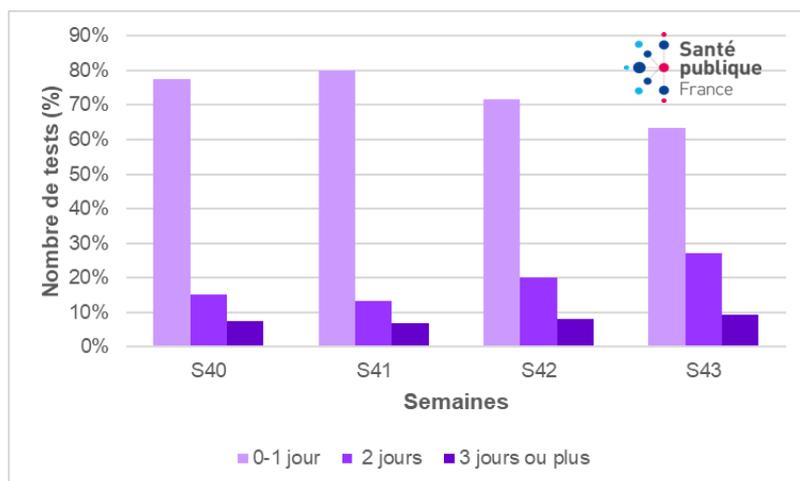


S43: Données provisoires, en cours de consolidation

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

- La majorité des tests sont intégrés dans SI-DEP dans un délai de 24h (65% en S43 vs 72% en S42) (Figure 5), proportion en diminution au profit d'une augmentation de la part des tests intégrés sous 48h. En semaine 43, 91% des tests sont intégrés dans SI-DEP en moins de 3 jours après la date du prélèvement (92% en S42).

Figure 5. Délai entre la date de prélèvement et l'intégration des données dans la base SI-DEP, S39/2020 à S43/2020 (source : SI-DEP, données au 28 octobre 2020)

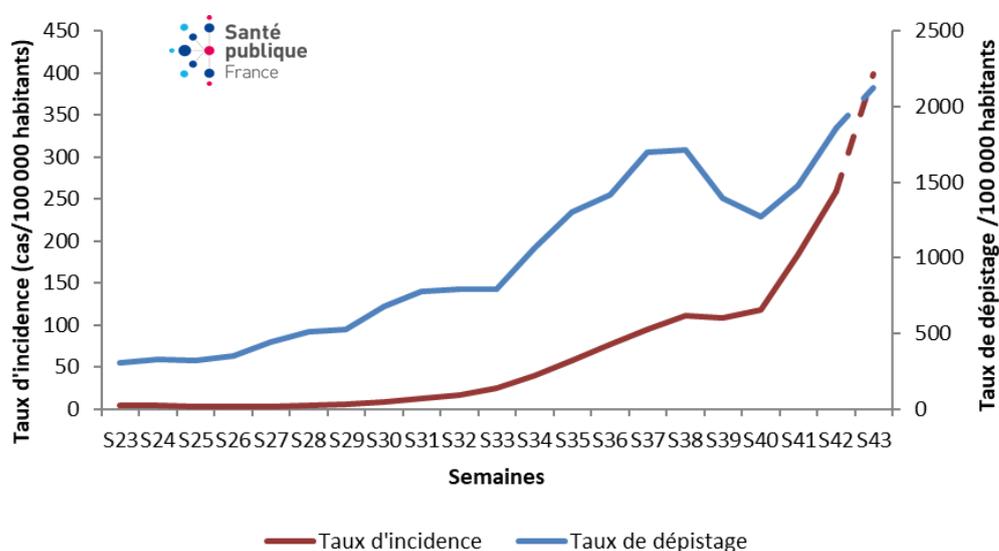


S43 : Données provisoires, en cours de consolidation

En France métropolitaine

- En semaine 43, **1 379 372 personnes ont été testées pour la première fois** et le test s'est avéré positif pour la première fois pour le SARS-CoV-2 pour **258 852 personnes**. Le nombre de personnes positives pour le SARS-CoV-2 a augmenté en S43 par rapport à la semaine précédente (données consolidées en S42 avec 167 990, +54%).
- Le **taux de positivité était de 18,8%** en S43, en augmentation par rapport à la S42 (13,9% en S42, +4,9 points).
- Le **taux d'incidence en France métropolitaine a augmenté en S43 avec 399 cas /100 000 habitants** (vs 259/100 000 en S42, +54%) (Figure 6).
- Le **taux de dépistage hebdomadaire était de 2 125/100 000 habitants** en S43, en augmentation par rapport à la semaine précédente (1 855/100 000 en S42, +14,5%).

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 28 octobre 2020).



S43 : Données provisoires, en cours de consolidation

Analyse par classes d'âge

- En semaine 43, en France métropolitaine, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) était de 122 chez les 0-14 ans, 547 chez les 15-44 ans, 442 chez les 45-64 ans, 278 chez les 65-74 ans et 375 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).
- En semaine 43, le taux d'incidence a augmenté par rapport à la S42 dans toutes les classes d'âges. **L'augmentation la plus forte était chez les plus de 75 ans (+89%), suivie par les 65-74 ans (+68%), les 45-64 ans (+60%) puis chez les 15-44 ans (+47%) et les 0-14 ans (+28%)** (Figure 7a).
- En semaine 43, par rapport à la S42, le taux de dépistage était en augmentation dans toutes les classes d'âge sauf chez les 0-14 ans où ce taux était en diminution (-8%). Les augmentations les plus marquées étaient chez les 75 ans et plus (+27%), les 45-64 ans (+22%) et les 65-74 ans (+19%). (Figure 7b).
- En semaine 43, le taux de positivité a augmenté par rapport à la S42 dans toutes les classes d'âge. Le taux de positivité était de 13,5% chez les 0-14 ans, de 18,5% chez les 15-44 ans, et de 19,8% chez les 45-64 ans (Figure 7c). **Les augmentations les plus fortes étaient chez les 75 ans et plus (+6,9 points, 21,0% en S43 vs 14,1% en S42) et chez les 65-74 ans (+5,7 points, 19,5% en S43 vs 13,8% en S42).**

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 28 octobre 2020)

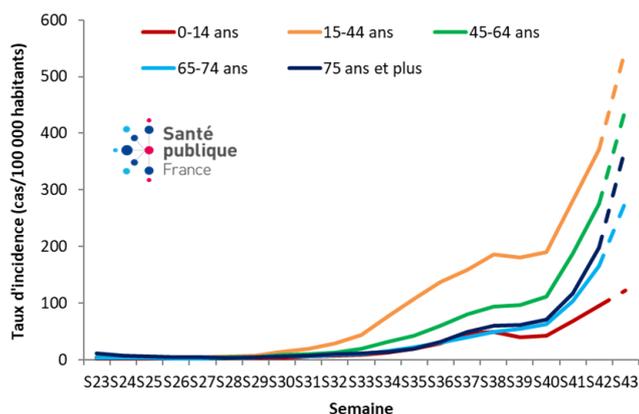
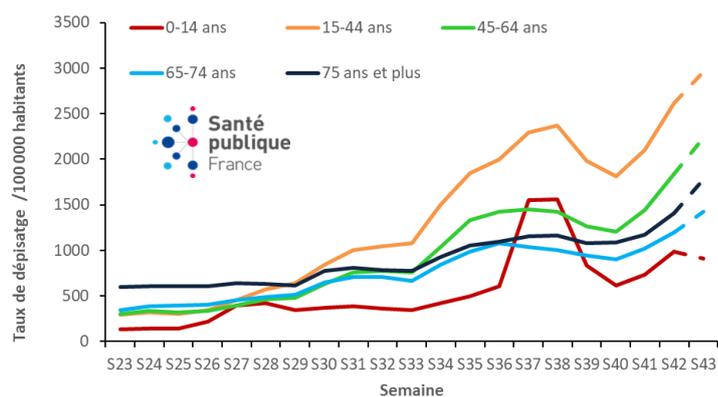
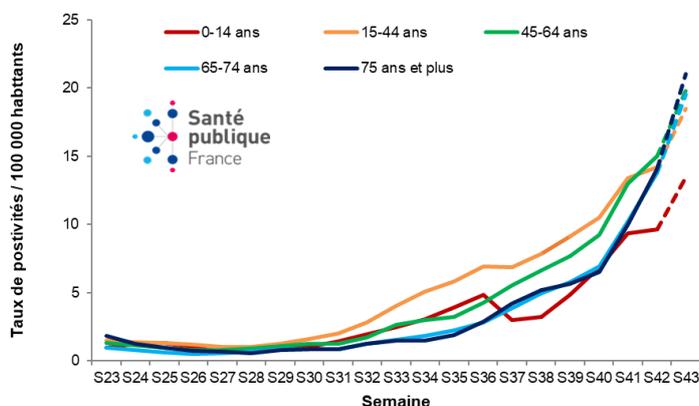


Figure 7b. Evolution du taux de dépistage de SARS-CoV-2 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 28 octobre 2020)



S43 : 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 28 octobre 2020)

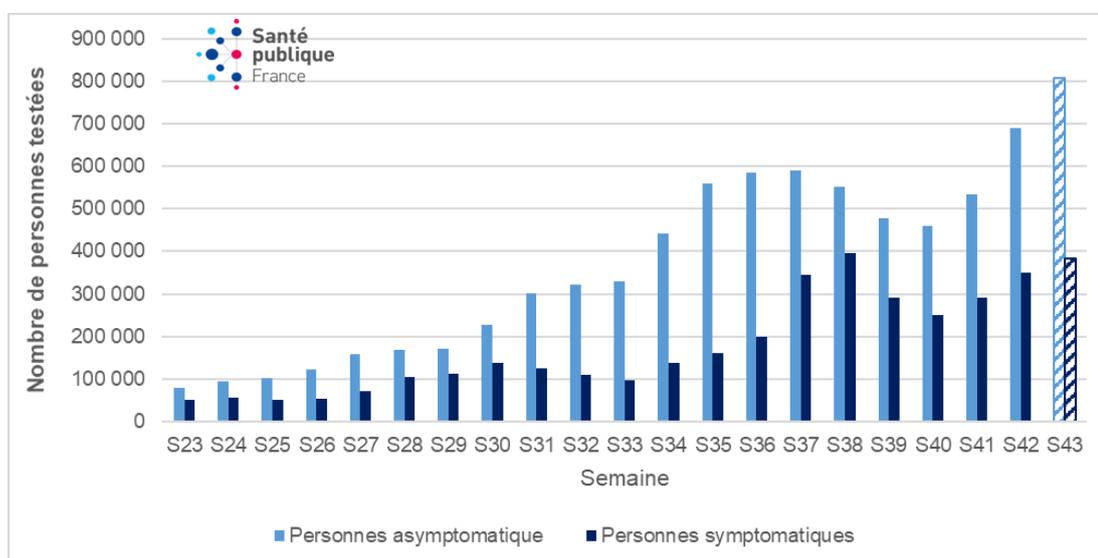


S43 : Données provisoires, en cours de consolidation

Dépistage selon la présence de symptômes

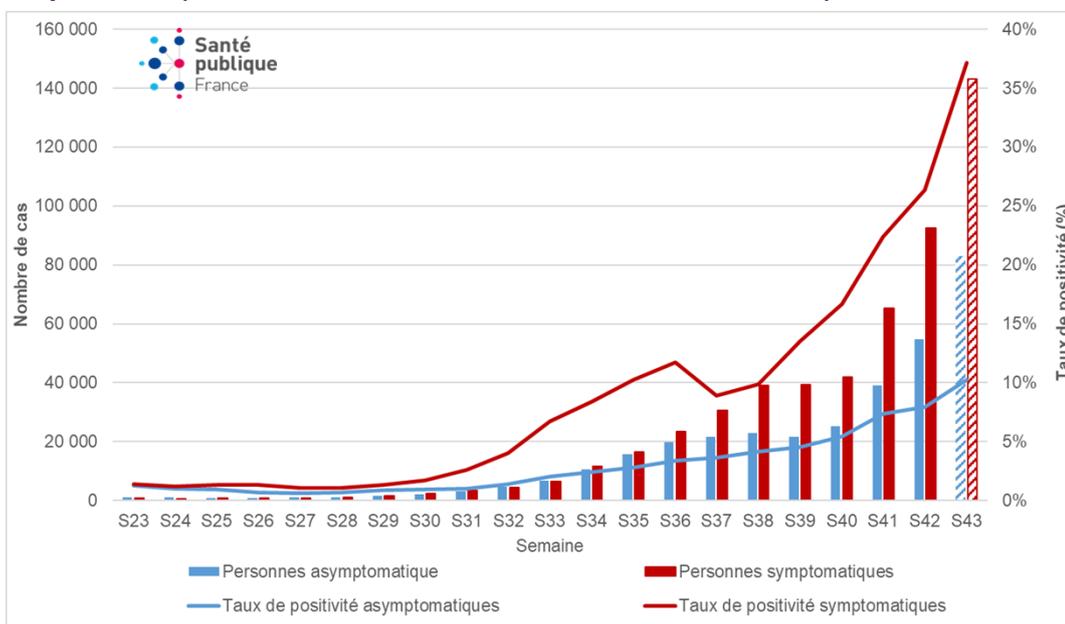
- Parmi l'ensemble des personnes testées en S43 (quel que soit le résultat du test), **68% se déclaraient sans symptôme (contre 66% en S42)**. Le nombre de personnes testées a augmenté en S43 par rapport à S42, à la fois chez les personnes symptomatiques et chez les personnes non symptomatiques : 807 014 asymptomatiques en S43 vs 690 818 en S42 (+17%) et 384 545 symptomatiques en S43 vs 350 238 en S42 (+10%) (Figure 8).
- Plus de la moitié des cas positifs (63%) présentaient des symptômes (données disponibles pour 142 980 cas). Cette proportion était stable par rapport à la S42 (63%) (Figure 9).
- En S43, le taux de positivité était de **37,2% chez les personnes symptomatiques, en forte augmentation par rapport à S42 (26,4%, +10,8 points)**. Il était de 10,3% chez les asymptomatiques (vs 7,9% en S42, +2,4 points) (Figure 9).
- En S43, par rapport à la S42, une augmentation des nombres de cas était observée chez les personnes testées symptomatiques (+55%) et chez les personnes testées asymptomatiques (+51%) (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 28 octobre 2020).



S43 : 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 (864 204 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 28 octobre 2020).



S43 : 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

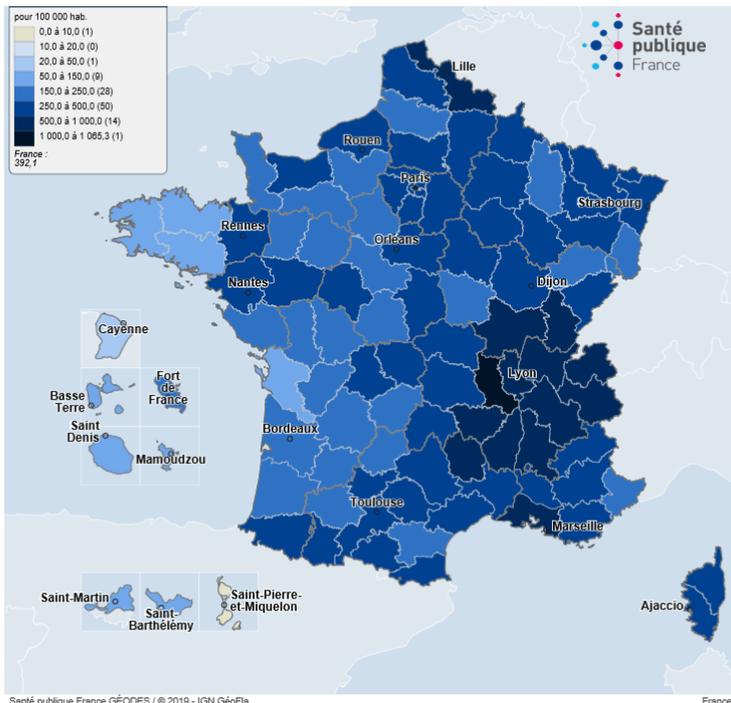
- En semaine 43, dans tous les **départements le taux d'incidence était au-dessus du seuil d'alerte de 100/100 000 habitants**. Soixante-cinq départements dépassaient le taux de 250 cas pour 100 000 habitants (contre 29 en semaine 42). Les taux d'incidence les plus élevés étaient dans le département de la Loire (1 065/100 000 habitants), du Rhône (832), de la Haute-Loire (817), du Nord (751), de l'Ain (704) et de l'Isère (693) et étaient en forte 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 93 départements** (contre 62 en S42) (Figure 10a). Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés en Auvergne-Rhône-Alpes dans la Loire (31,6%), en Isère (30,2%), en Haute-Loire (30,1%), en Savoie (28,0%) et en Haute-Savoie (27,3%) 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 S43 étaient le Nord (3 500/100 000 hab.), La Loire (3 375), le Rhône (3 360), le Bas-Rhin (3 209) et Paris (2 916) et étaient en **augmentation par rapport à la semaine précédente dans ces départements** (Figure 10c).

En outre-mer

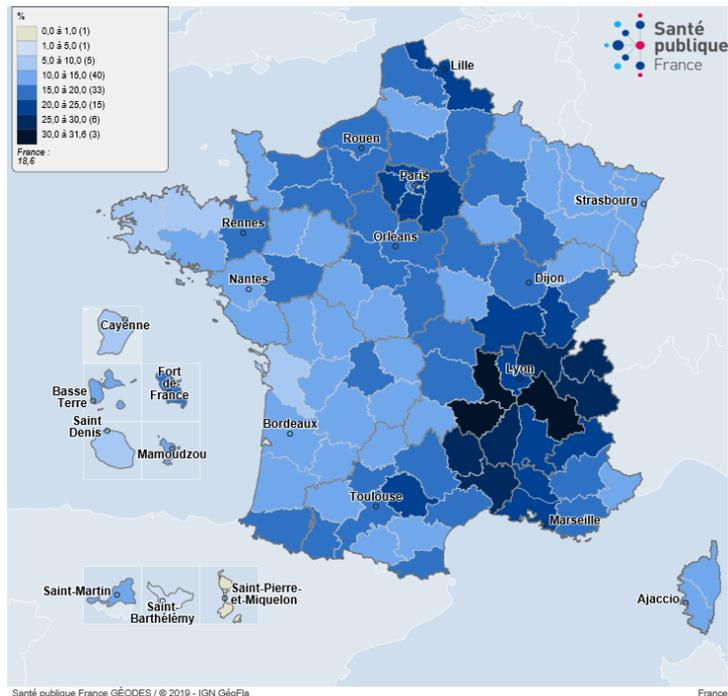
- **En Guadeloupe**, les indicateurs SI-DEP étaient **en baisse** en semaine 43, le taux d'incidence était de 71/100 000 habitants (104 en S42) et le taux de positivité de 10,9% (14,3% en S42).
- **En Guyane**, les indicateurs étaient **en hausse** en semaine 43, le taux d'incidence était de 47/100 000 habitants (36 en S42) et le taux de positivité de 6,4% (5,3% en S42).
- **A La Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient **en augmentation** en semaine 43, le taux d'incidence était de 57/100 000 habitants (38 en S42) et le taux de positivité de 5,6% (4,8% en S42).
- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP étaient **en hausse** en S43 avec un taux d'incidence de 212/100 000 habitants (152 en S42) et un taux de positivité de 16% (13,8% en S42).
- **A Mayotte**, les indicateurs SI-DEP étaient **en hausse** en semaine 43, le taux d'incidence était de 57/100 000 habitants (54 en S42) et le taux de positivité de 10,7% (9,7% en S42).
- **A Saint-Martin**, les indicateurs SI-DEP étaient **en baisse** en semaine 43, le taux d'incidence était de 78/100 000 habitants (104 en S42) et le taux de positivité de 12,4% (12% en S42).

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 19 au 25 octobre 2020 (source : SI-DEP, données au 28 octobre 2020)

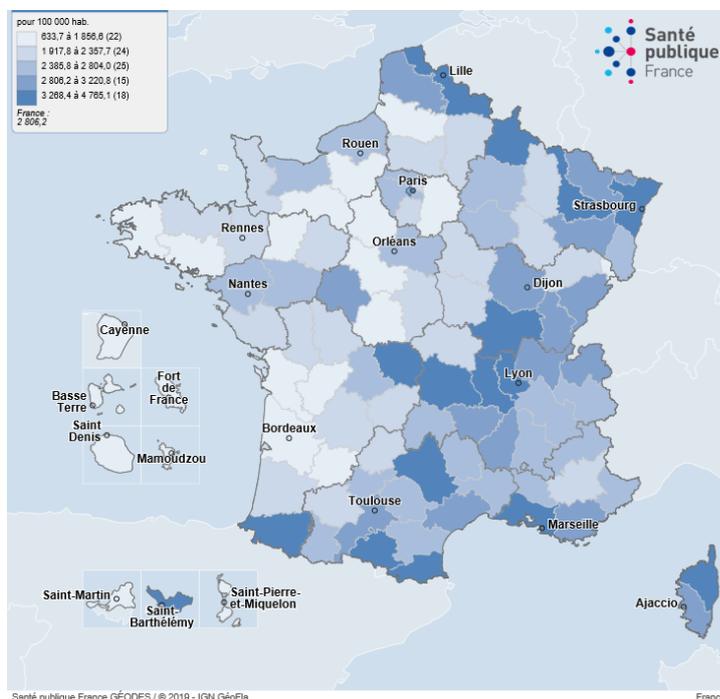
10a.



10b.



10c.



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

Au niveau des métropoles

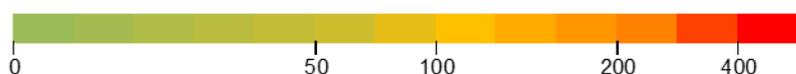
En 2020, le territoire français métropolitain compte 21 Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à statut de métropoles, auxquels il faut ajouter la collectivité territoriale de Lyon métropole.

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 43, les taux d'incidence sont en forte augmentation pour les 22 métropoles, **18 métropoles ont un taux d'incidence supérieur à 250 cas pour 100 000 habitants** (Tableau 1). Les cinq métropoles présentant les taux d'incidence les plus importants sont : Saint-Etienne Métropole (1 145 cas / 100 000 hab.), Métropole Européenne de Lille (941 cas/ 100 000 hab.), Métropole de Lyon (837 cas / 100 000 hab.), Grenoble-Alpes-Métropole (756 cas / 100 000 hab.) et Métropole de Strasbourg (576 / 100 000 hab.).
- En semaine 43, le taux de dépistage sur l'ensemble des 22 métropoles est en augmentation et variait de 1 537 à 4 218 pour 100 000 habitants (moyenne : 2 590 pour 100 000 hab.). Les métropoles de Lille, Strasbourg et Saint Etienne présentaient les taux de dépistages les plus importants (Figure 11).
- En semaine 43, le taux de positivité sur l'ensemble des 22 métropoles est également en augmentation et variait de 9,1% à 32,4 % (moyenne : 20,0%). Les métropoles de Saint-Etienne (32,4%), Grenoble (31,0%) et Lyon (24,4%) présentaient les taux de positivité les plus importants.

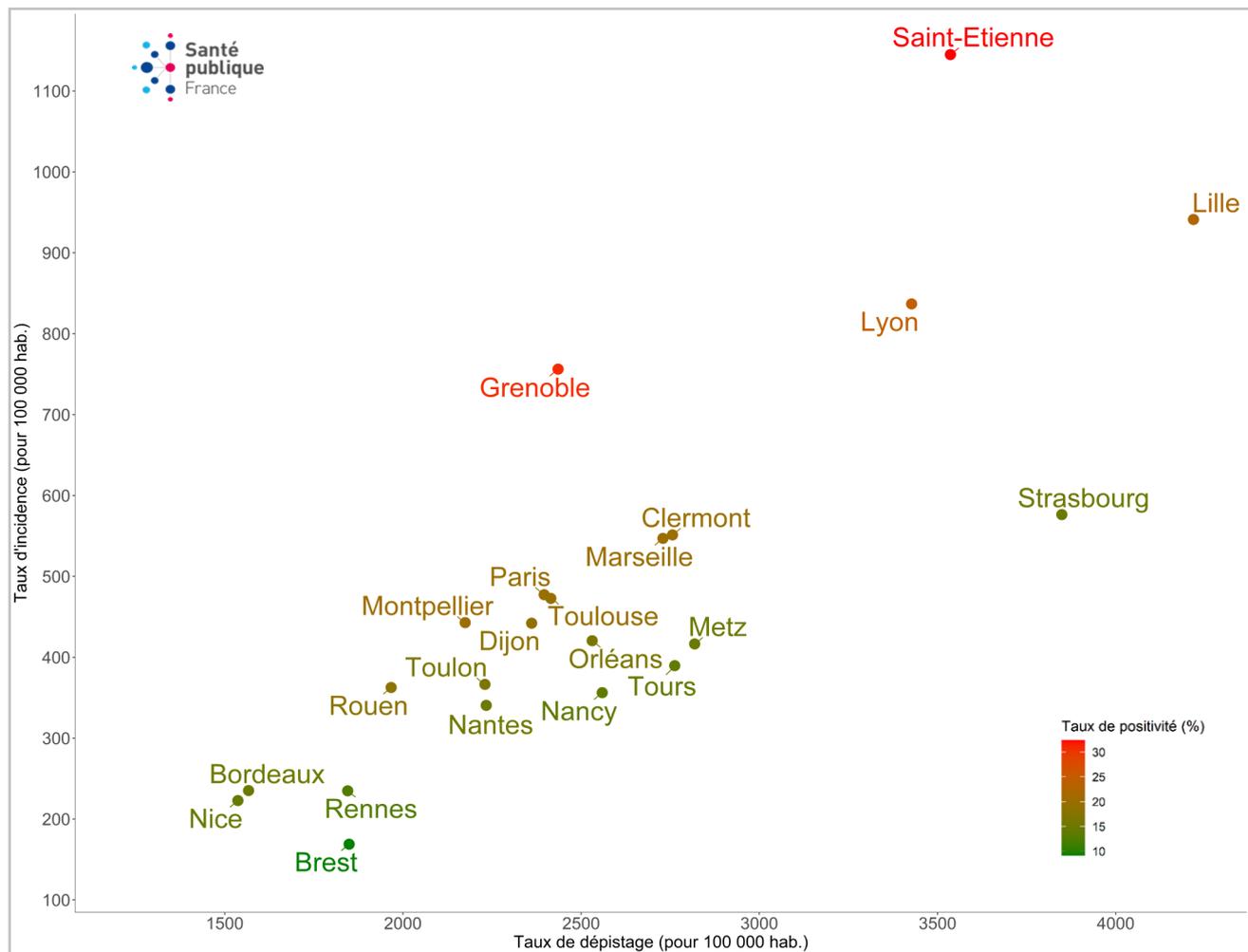
Tableau 1. Evolution des taux d'incidence hebdomadaires par métropole*, France, du 13 juillet au 25 octobre 2020 (source SI-DEP, données au 28 octobre 2020)

Métropoles	Semaines														
	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
ARA - Clem ont Auvergne Métropole	0	2	3	3	6	3	8	21	50	76	126	186	246	347	551
ARA - Grenoble-Alpes-Métropole	4	5	2	20	7	12	10	41	92	108	279	280	423	548	756
ARA- Métropole de Lyon	10	12	5	8	17	22	50	117	120	147	247	235	382	599	837
ARA - Saint-Etienne Métropole	8	3	10	6	5	11	24	32	83	122	216	303	513	823	1145
BFC - Dijon Métropole	2	6	2	4	4	20	28	43	58	60	160	153	185	261	442
BRE - Brest Métropole	25	3	0	5	3	3	3	13	13	28	58	65	83	114	169
BRE -Rennes Métropole	0	7	8	10	11	10	7	19	65	62	161	145	139	159	235
CVL - Orléans Métropole	0	2	14	10	32	34	29	18	34	52	107	130	195	260	420
CVL - Tours Métropole Val de Loire	2	3	6	5	8	5	11	39	39	43	96	122	181	240	389
GE - Metz Métropole	14	0	7	6	7	2	23	17	60	77	52	63	113	186	416
GE - Métropole du Grand Nancy	12	13	22	83	28	7	14	32	26	39	73	89	123	200	356
GE - Eurométropole de Strasbourg	2	5	10	6	11	16	7	7	26	23	93	69	145	260	576
HDF- Métropole Européenne de Lille	13	25	34	21	27	24	22	49	82	117	307	322	505	706	941
IDF - Métropole du Grand Paris	10	13	15	28	27	33	45	57	69	85	213	244	353	392	477
NAQ - Bordeaux Métropole	12	3	2	7	5	22	21	66	81	122	148	144	140	147	235
NOR - Métropole Rouen Normandie	5	1	2	2	21	16	41	36	53	59	180	180	274	278	363
OCC - Montpellier Méditerranée Métropole	1	2	13	12	14	28	38	44	77	67	144	193	244	320	443
OCC - Toulouse Métropole	2	14	9	18	22	31	46	52	92	109	258	222	269	355	473
PACA - Métropole d'Aix-Marseille-Provence	5	7	14	22	33	64	98	135	167	148	199	198	239	328	547
PACA - Métropole Nice Côte d'Azur	10	16	15	22	34	35	44	82	103	93	95	80	113	164	223
PACA - Métropole Toulon-Provence-Méditerranée	0	0	1	4	9	22	43	42	36	41	61	60	108	186	366
PDL - Nantes Métropole	7	6	7	11	8	11	13	14	29	39	93	118	148	210	341



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

Figure 11. Taux d'incidence, taux de dépistage et taux de positivité pour les 22 métropoles en semaine 43 (source SI-DEP, données au 28 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.

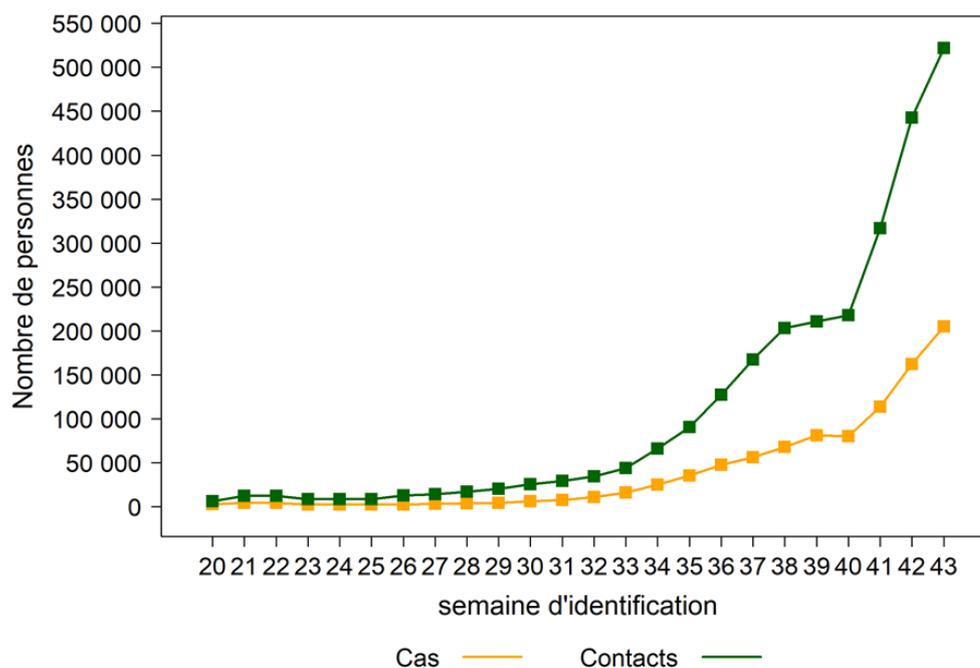
Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) dans le cadre des actions de contact tracing (base de données ContactCovid) permettent de juger de l'efficacité du dispositif de contact tracing et donnent des indications complémentaires aux données de surveillance quant à la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

- **L'augmentation rapide** du nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque identifiés observée en semaines 41 et 42 **se poursuit**. Durant la semaine 43, 205 019* nouveaux cas confirmés et 521 867 nouvelles personnes-contacts à risques ont été enregistrés en semaine 43, soit une augmentation respective de 26% et 18% par rapport aux effectifs de la semaine 42 (Figure 12). Le nombre de nouveaux cas augmente dorénavant plus vite que le nombre de nouvelles personnes-contacts à risque

Figure 12. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque identifiés par semaine du 13 mai au 25 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

Depuis la semaine 43, une modification est intervenue sur les plateformes de l'Assurance maladie afin de faire face à l'augmentation exponentielle du nombre de cas et de personnes-contacts à joindre, dans un délai suffisamment court pour être efficace. Ainsi, dorénavant, les personnes-contacts majeures pour lesquelles une adresse email est disponible dans le compte ameli ne sont plus appelées par les agents de l'Assurance maladie mais reçoivent un email leur indiquant leur situation de personne-contact avec les instructions à suivre (isolement et test diagnostique COVID-19 en particulier). Un SMS de relance est adressé à toutes les personnes-contacts concernées. Les personnes-contacts n'ayant pas lu l'email au bout de 24h font l'objet d'un appel par l'Assurance maladie. Ainsi, une personne-contact « investiguée » correspond dorénavant soit à une personne appelée et jointe, soit à une personne ayant lu le mail envoyé par l'Assurance maladie. L'impact de cette modification n'est pas connu à ce jour et les données de la semaine 43 en termes de personnes-contacts investiguées sont donc difficiles à interpréter. La procédure de prise en charge des cas en revanche n'a pas changé.

- En semaine 43, la proportion de cas ayant pu être investiguée par l'Assurance Maladie diminue pour la deuxième semaine consécutive pour s'établir à 83%. La proportion de personnes-contacts à risque investigués reste à 81% (Tableau 2).

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 25 octobre 2020 et pendant la dernière semaine (S43/2020) (source : ContactCovid – Cnam)

Territoires/régions	Depuis la levée du confinement du 13/05 au 25/10				Semaine 43 du 19/10 au 25/10			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
France entière	950 321**	92	2 620 401**	95	205 019	83	521 867	81
France métropolitaine	913 539	93	2 538 628	96	193 189	86	495 476	84
Auvergne-Rhône-Alpes	142 009	96	429 520	92	36 910	86	97 899	75
Bourgogne-Franche-Comté	25 990	95	88 564	92	7 187	87	21 421	78
Bretagne	23 505	96	98 839	96	4 815	84	17 425	84
Centre-Val de Loire	22 226	94	71 432	96	5 577	75	15 890	83
Corse	3 265	96	9 547	99	588	96	1 726	99
Grand Est	46 886	97	153 594	96	13 024	90	35 948	82
Haut-de-France	99 028	92	257 331	95	22 423	82	49 783	84
Ile-de-France	258 968	89	544 428	99	44 801	85	90 918	97
Normandie	33 015	95	109 880	97	7 432	89	22 583	88
Nouvelle-Aquitaine	54 715	95	206 614	95	11 054	86	37 578	80
Occitanie	83 254	97	239 266	97	16 948	89	45 321	86
Pays de la Loire	33 475	98	145 599	93	6 817	91	27 315	70
Provence-Alpes-Côte d'Azur	87 203	92	184 014	97	15 613	84	31 669	89
France ultra-marine								
La Réunion	5 045	89	15 726	97	447	84	1 300	89
Martinique	3 182	97	8 885	96	606	90	1 497	85
Mayotte	1 933	73	4 232	80	64	9	17	71
Guadeloupe	7 657	93	11 481	99	201	88	334	92
Guyane	7 043	92	10 622	100	128	85	126	87
<i>Région indéterminée</i>	11 922		30 827		10 384		23 117	

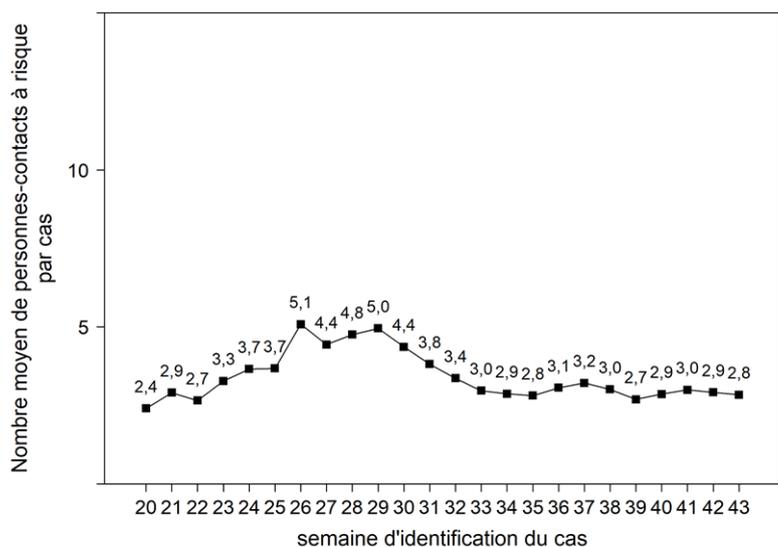
* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020, ou confirmés par un test antigénique utilisé dans les conditions prévues par l'avis de la HAS du 24 septembre 2020.

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

Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas reste stable à 2,8 (vs 2,9 pour la semaine 42) (Figure 13).

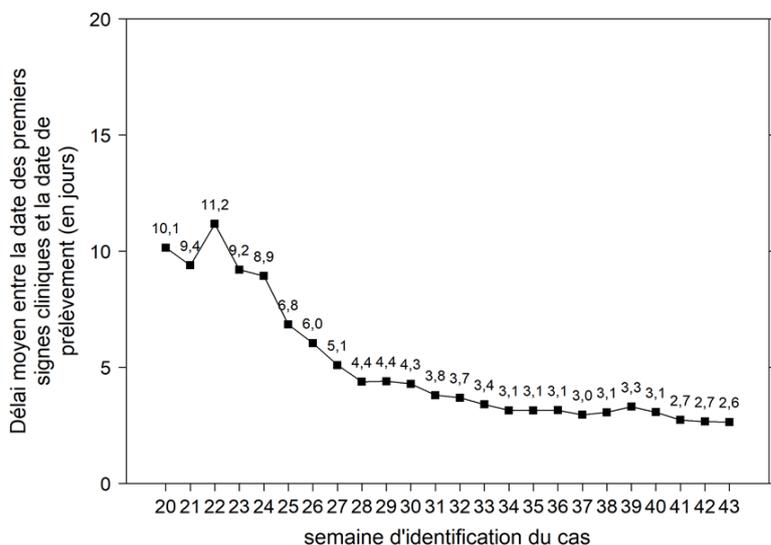
Figure 13. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine du 13 mai au 25 octobre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



Délai de dépistage des cas symptomatiques

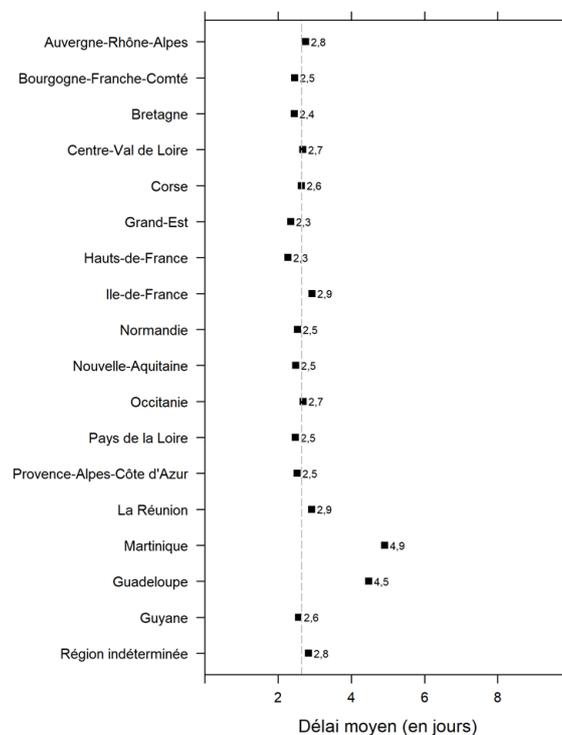
• **En semaine 43**, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour dépistage par RT-PCR renseignés (n=108 165), **le délai moyen de dépistage reste stable** à 2,6 jours, comme en semaine 41 et 42 (Figure 14). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient. Les délais de dépistage pour les régions ultra-marines restent plus élevés que ceux des régions métropolitaines (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 25 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 S43 cela représente 53% des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre.

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 25 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 raison d'un problème technique, cet indicateur ne peut pas être produit pour la semaine 43.

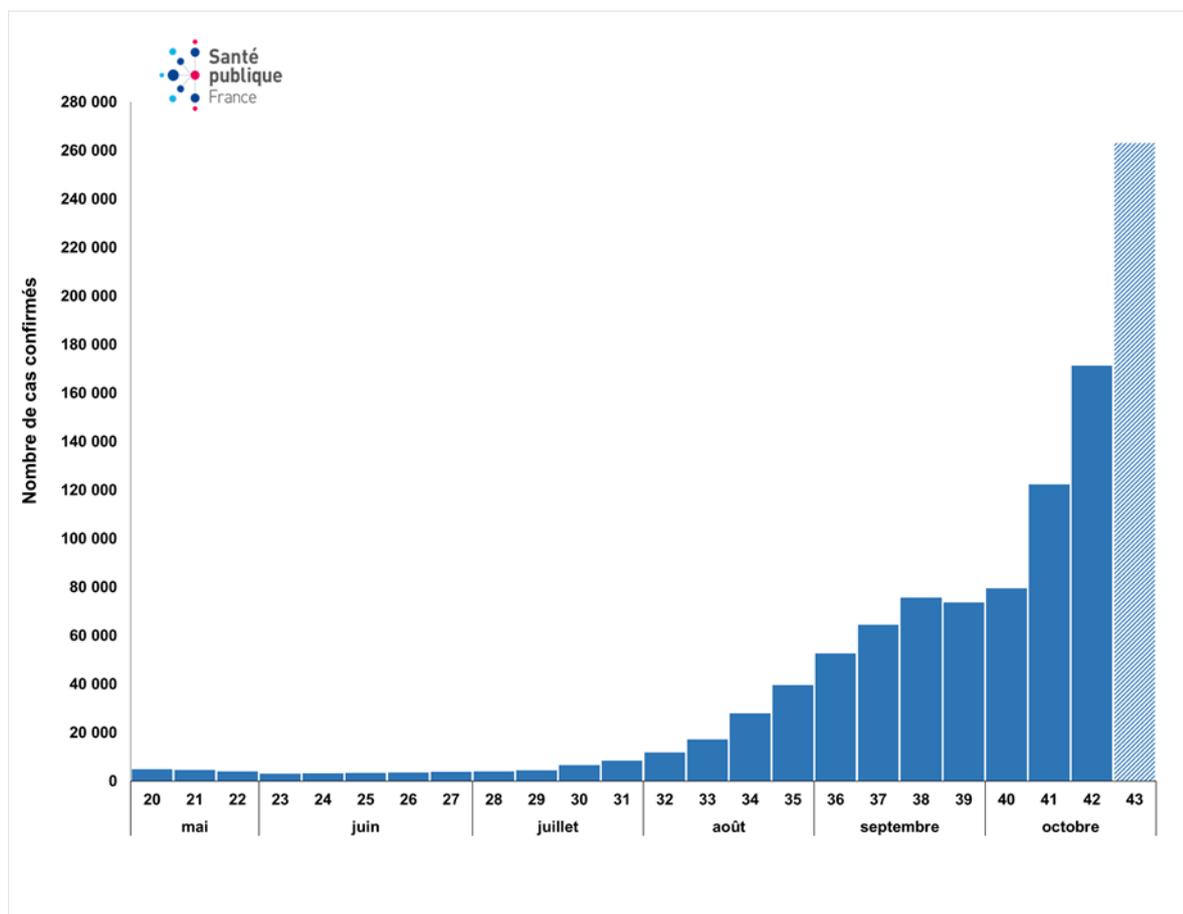
Cas confirmés de COVID-19

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

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

- Entre le 13 mai et le 28 octobre 2020, 1 094 889 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Au 28 octobre 2020, un total de 1 235 132 cas confirmés de COVID-19 a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.
- En France entière, pour la troisième semaine consécutive, le nombre de nouveaux cas confirmés par semaine est en forte augmentation en S43 : 263 143 nouveaux cas, +54% par rapport à S42 (Figure 16).
- En France métropolitaine, l'augmentation du nombre de nouveaux cas confirmés par semaine se poursuit également pour la troisième semaine consécutive avec une forte hausse en S43 : 258 852 nouveau cas, + 54% par rapport à S42 : 167 990 cas).

Figure 16. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 11 mai au 25 octobre 2020 (données au 28 octobre 2020), France entière



S43 : données non consolidées

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

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

Criticité des clusters selon les collectivités, système d'information MONIC, Santé publique France

Depuis la levée du confinement, les clusters sont investigués. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers. Un **cluster** est défini par au moins 3 cas, sur 7 jours, appartenant à une même communauté ou ayant participé à un même rassemblement. Le système d'information **MONIC** (MONitorage des Clusters), développé par Santé publique France, rassemble les données des clusters **depuis le 09 mai 2020**, hors milieu familial restreint. La criticité s'entend en termes de risque de transmission au sein de la collectivité considérée et de diffusion dans la communauté.

Important : Face à la circulation virale actuelle, le nombre de clusters est sous-estimé. L'évolution temporelle ne constitue plus un indicateur de suivi de l'épidémie. Les données relatives aux clusters restent pertinentes pour identifier les collectivités pour lesquelles la proportion de clusters à criticité élevée est la plus importante, contribuant à prioriser les mesures de prévention et de contrôle.

Point au 26 octobre 2020

- Depuis le 09 mai, 6 250 clusters (dont 1122 en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)) ont été rapportés. Parmi eux **2 394 (38%) sont en cours d'investigation**, principalement dans les Ehpad, en entreprises privées ou publiques, en milieu scolaire et universitaire, et en établissements de santé. L'ensemble des clusters inclut 76 059 cas soit moins de 10% des cas diagnostiqués.
- **Les six collectivités pour lesquelles la proportion de clusters à criticité élevée est la plus importante** sont : les Ehpad (79%), communautés vulnérables (56%), établissements médicaux sociaux (EMS) de personnes handicapées (52%), établissements de santé (45%), établissements pénitentiaires (42%) et établissements sociaux d'hébergement et d'insertion (38%) (Tableau 3).

Tableau 3. Répartition des collectivités par proportion décroissante de criticité élevée des clusters rapportés ; N=6250, au 26 octobre 2020, source SI-MONIC, Santé publique France

Type de collectivité	Nombre total de clusters		Nombre de cas*		Criticité élevée	
	Total	En cours d'investigation	Total	Moyenne par cluster	n	%
Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)	1122	590	19 984	18	881	79
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	82	19	1 127	14	46	56
Etablissements médicaux sociaux (EMS) de personnes handicapées	313	171	3 349	11	162	52
Etablissements de santé	686	296	8 016	11	309	45
Etablissements pénitentiaires	57	26	714	13	24	42
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	165	46	1 600	10	62	38
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	30	3	1 074	36	9	30
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	215	9	2 407	11	63	29
Structures de l'aide sociale à l'enfance	62	29	417	7	18	29
Evènements publics ou privés : rassemblements temporaires de personnes	401	93	3 864	10	111	28
Milieu scolaire et universitaire	1065	363	17 596	17	260	24
Entreprises privées ou publiques (non classées par ailleurs)	1352	487	10 478	8	262	19
Crèches	126	41	615	5	7	6
Transports (avion, bateau, train)	42	23	296	7	2	5
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	2	1	35	18	2	100
Autre	530	197	4 487	9	122	23
Total	6 250	2 394	76 059	12	2 340	37

* 11 données manquantes

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

- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 25 octobre 2020, 15 009 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 9 222 (61%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 5 787 (39%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 4).
- Parmi les 15 009 signalements, **62 297 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **11 361 décès dans l'établissement d'accueil**, 11 267 étaient survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Tableau 3).
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 25 octobre 2020, parmi les **9 222** signalements en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 6 664 (72%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.

Tableau 4. 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 25 octobre 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	9 222	4 206	709	872	15 009
Cas confirmés ⁶	53 728	7 175	483	911	62 297
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	4 315	223	0	22	4 560
Décès ⁷ établissements	11 267	83	0	11	11 361
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	26 524	6 414	651	606	34 195

- Depuis début juillet et jusqu'au 25 octobre 2020, **6 964 signalements** d'un ou plusieurs cas de COVID-19 ont été déclarés dans les établissements sociaux et médicaux-sociaux (ESMS), dont **4 150 signalements** survenus en EHPA et 2 814 dans les autres ESMS. Parmi les décès en établissement, 953 sont enregistrés en EHPA et 10 dans les autres ESMS (tableau 5).

Tableau 5. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'établissement, chez les résidents et le personnel dans les ESMS, rapportés du 13 juillet au 25 octobre 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	4 150	1 915	352	547	6 964
Cas confirmés ⁶	18 249	3 033	273	444	21 999
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	619	18	0	3	640
Décès ⁷ établissements	953	10	0	0	963
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	9 713	2 642	367	409	13 131

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) ;

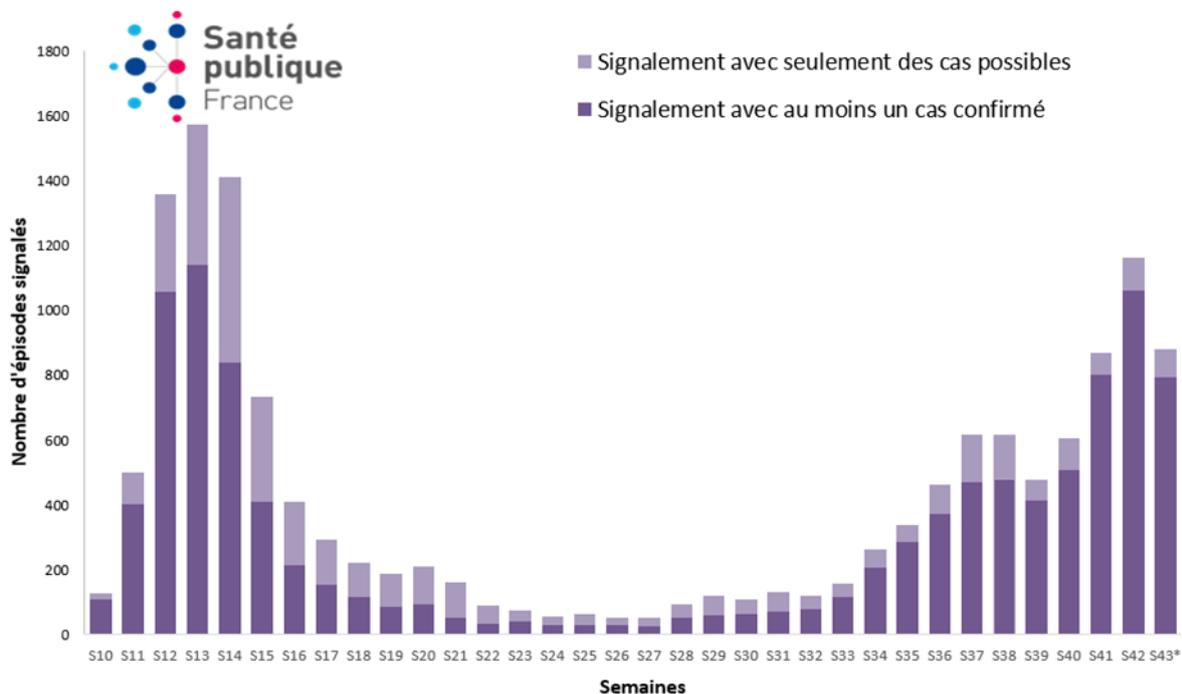
⁵ Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible ;

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.

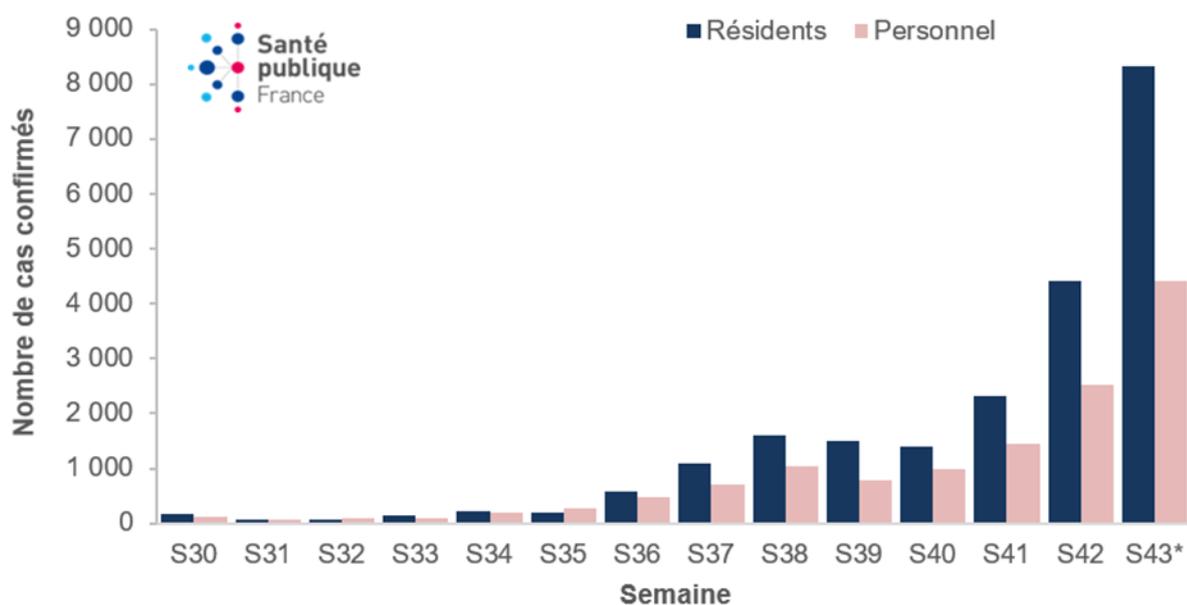
- Le nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS a augmenté depuis début juillet. **Un nombre très important de signalements a été enregistré pour la semaine 42** (1162 signalements vs 870 en semaine 41). En semaine 43, 881 signalements ont été enregistrés. Cependant, les données de cette dernière semaine doivent être consolidées (Figure 17).
- Le nombre de nouveaux signalements est plus important dans les régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Provence-Alpes-Côte d'Azur, où environ 7% des EHPA ont signalé un nouvel épisode en semaine 43.
- **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 43 (12 745 cas recensés vs 6 932 en S42) (Figure 18).
- **Le nombre moyen de cas confirmés par épisode augmente** en semaine 43 par rapport à la semaine 42 : de 14,1 à 25,7 cas confirmés chez les résidents et de 8 à 13,6 chez le personnel.
- En semaine 43, 236 décès ont été recensés contre 200 en S42. Après être resté stable et inférieur à 5 décès par jour de juin à août, le **nombre de décès en établissement et à l'hôpital est en augmentation depuis début septembre**. Cette augmentation atteint un nombre de **29 décès par jour** en moyenne en établissement pour cette dernière semaine (semaine 43, données à consolider) (Figure 19). Cela reste cependant bien inférieur à ce qui a été observé au moment du pic de l'épidémie en mars, avec un nombre de décès moyen en établissement qui allait jusqu'à 200 par jour.

Figure 17. 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 25 octobre 2020, en France



*Les données de la semaine 43 sont en cours de consolidation.

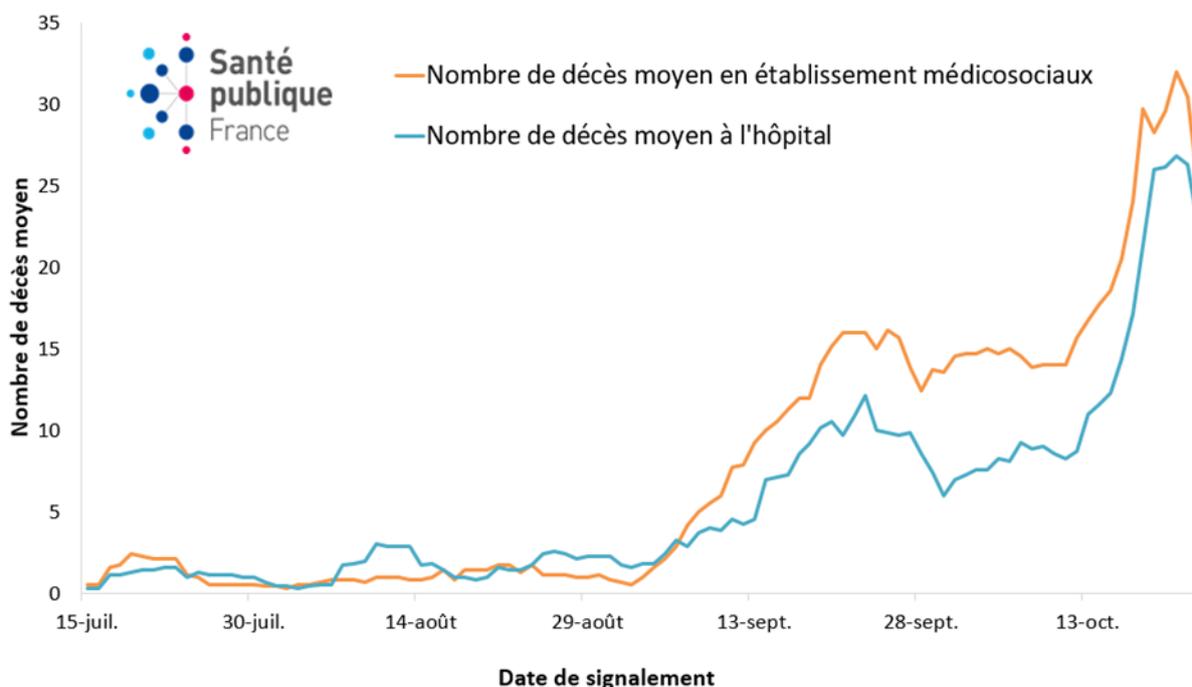
Figure 18. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine calendaire, du 20 juillet au 25 octobre 2020, en France



*Les données de la semaine 43 sont en cours de consolidation.

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

Figure 19 : Nombre moyen (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès, rapportés du 15 juillet au 25 octobre 2020, en France



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

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, 241 590 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 27 octobre 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 43** (du 19 au 25 octobre 2020), 11 554 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (représentant 5% de l'activité totale des services d'urgence OSCOUR®) ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période.
- Pour la 3^{ème} semaine consécutive, **le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale était en hausse** (+45% par rapport à S42 : 7 993 - données consolidées). La part d'activité, ainsi que les hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19, étaient également en légère hausse (respectivement +5% et 46% en S43 vs +3% et 45% en S42).
- En S43, la hausse est plus marquée qu'en S42 (+45% vs +37%). Elle s'observe uniquement chez **les adultes** (+46% soit +3 593 passages). On note une **forte hausse chez les 75 ans et plus** (+61% en S43 vs +52% en S42) avec une part d'activité atteignant 7%. (Figure 20).
- **Toutes les régions métropolitaines participent à cette augmentation.** Les hausses les plus marquées sont observées en Nouvelle-Aquitaine (+83%), Grand Est (+59%), Bourgogne-Franche-Comté (+52%) et Auvergne-Rhône-Alpes (+51%). A l'exception de la Guyane (en hausse de +150%), les tendances dans **les régions outre-mer sont stables ou en baisse.**
- En semaine 43, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, 26% ont été enregistrés en Ile-de-France, 22% en Auvergne-Rhône-Alpes, 10% en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 8% en Occitanie et 7% dans les Hauts-de-France.

Figure 20. 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®)

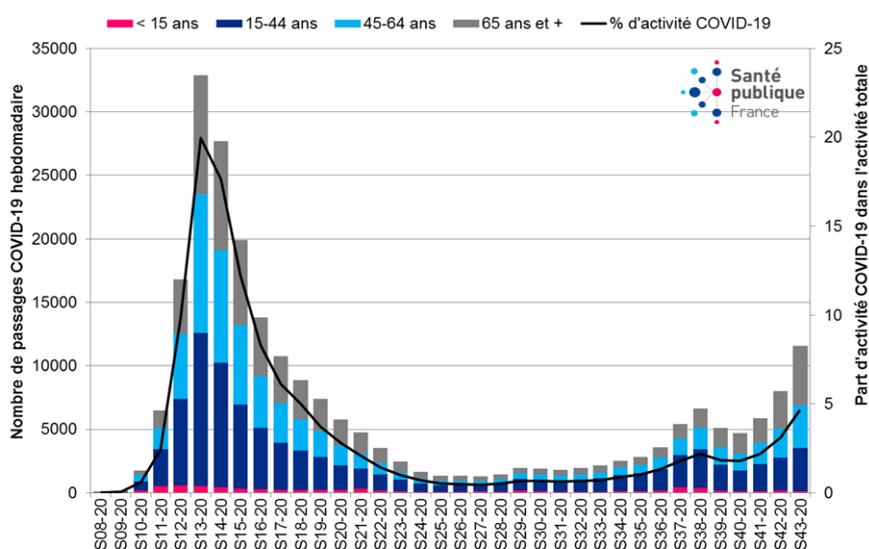
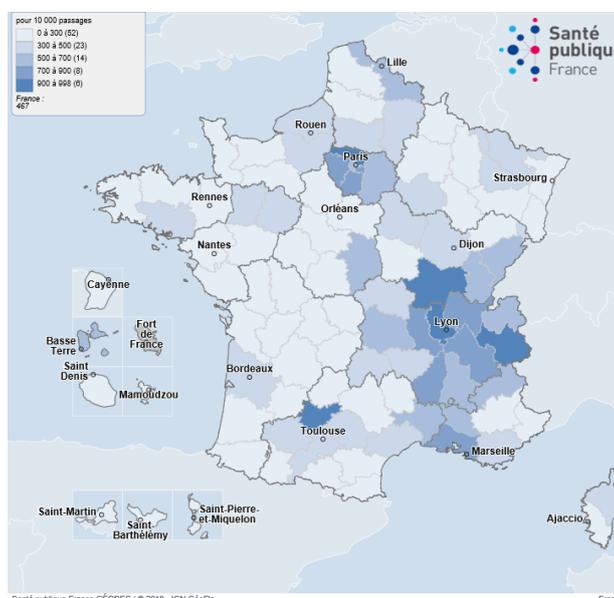


Figure 21. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 43/2020, France (source : OSCOUR®)



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 18 et le 24 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 19 et le 25 octobre 2020 sont basées sur les nombres d'hospitalisations pour COVID-19 remontées par le système SI-VIC.

- **En France métropolitaine, le nombre de reproduction calculé à partir des données virologiques (SI-DEP) est significativement supérieur à 1 : 1,42** (intervalle de confiance, IC95% : 1,42-1,43), estimation en hausse par rapport à celle produite la semaine précédente (1,34) (Tableau 6, Figure 22). **Celui calculé à partir des données d'hospitalisations (SI-VIC) est également significativement supérieur à 1 : 1,42** (IC95% : 1,40-1,45), estimation en légère hausse par rapport à celle produite la semaine précédente (1,39). **Il en est de même pour le R-effectif calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) : 1,38** (IC95% : 1,35-1,41), en hausse par rapport à la semaine précédente (1,29).
- 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 Corse** (Tableau 6).
- **En Corse**, 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** et à **La Réunion à partir des données virologiques (SI-DEP)**. Elle est significativement supérieure à 1 à **partir des hospitalisations rapportées dans SI-VIC à La Réunion**, mais de façon non significative en Martinique. Dans les autres régions, l'estimation du R-effectif est soit inférieure à 1 (Guadeloupe), soit supérieure à 1 mais de façon non significative (Guyane, Mayotte).

[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 22. 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 24 octobre 2020 (Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC)

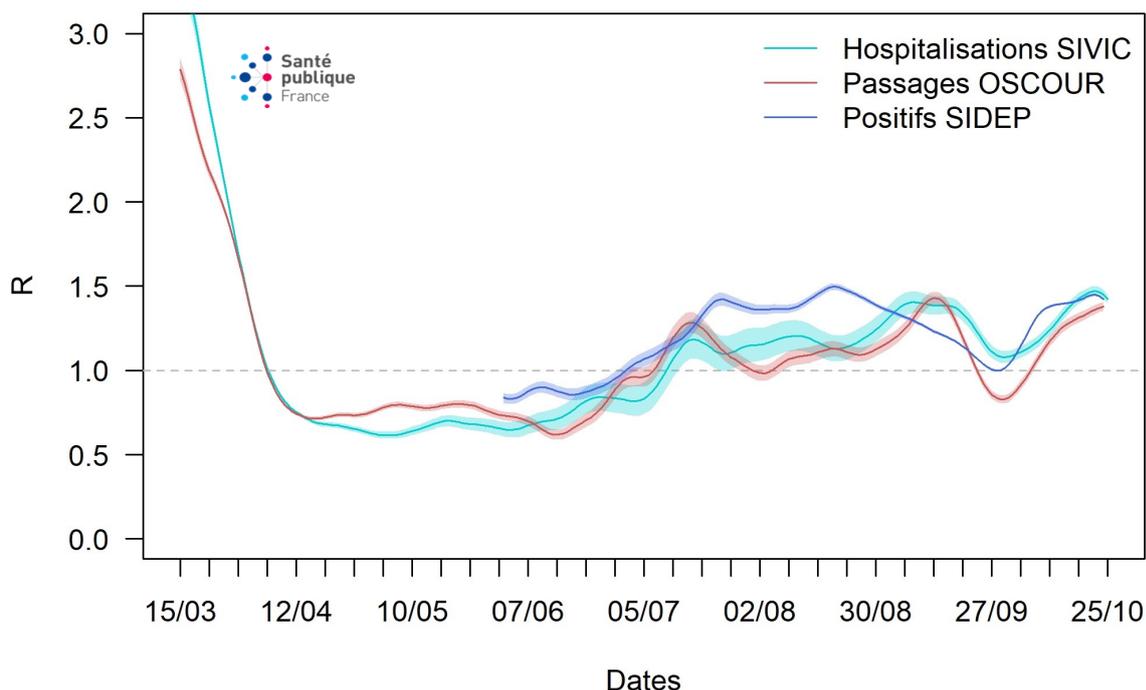


Tableau 6. Nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-CoV-2, des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 par région, France métropolitaine et ultra-marine, sur 7 jours glissants (du 18 au 24 octobre 2020 pour SI-DEP et OSCOUR®, du 19 au 25 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	1,53 (1,52-1,54)	1,51 (1,45-1,57)	1,52 (1,46-1,58)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,60 (1,57-1,63)	1,49 (1,37-1,62)	1,73 (1,59-1,88)
	Bretagne	1,42 (1,39-1,46)	1,15 (1,00-1,32)	1,38 (1,18-1,59)
	Centre-Val de Loire	1,62 (1,58-1,65)	1,35 (1,19-1,53)	1,39 (1,23-1,57)
	Corse	1,38 (1,29-1,47)	1,32 (0,96-1,75)	1,74 (1,28-2,27)
	Grand Est	1,71 (1,68-1,73)	1,54 (1,41-1,67)	1,51 (1,39-1,64)
	Hauts-de-France	1,43 (1,42-1,45)	1,35 (1,26-1,45)	1,40 (1,32-1,48)
	Ile-de-France	1,17 (1,16-1,18)	1,24 (1,19-1,28)	1,23 (1,18-1,28)
	Normandie	1,39 (1,36-1,41)	1,34 (1,21-1,48)	1,38 (1,25-1,51)
	Nouvelle-Aquitaine	1,57 (1,54-1,60)	1,57 (1,44-1,72)	1,57 (1,44-1,72)
	Occitanie	1,40 (1,39-1,42)	1,39 (1,30-1,48)	1,32 (1,22-1,41)
	Pays-de-la-Loire	1,52 (1,49-1,55)	1,23 (1,10-1,37)	1,61 (1,46-1,77)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,48 (1,46-1,50)	1,49 (1,41-1,58)	1,53 (1,45-1,62)
	France métropolitaine	1,42 (1,42-1,43)	1,38 (1,35-1,41)	1,42 (1,40-1,45)
France ultra-marine	Guadeloupe	0,60 (0,53-0,68)	0,92 (0,73-1,14)	0,51 (0,34-0,71)
	Guyane	1,16 (0,97-1,35)		NC 1,47 (0,92-2,15)
	La Réunion	1,33 (1,21-1,45)	1,06 (0,69-1,51)	1,52 (1,05-2,07)
	Martinique	1,27 (1,18-1,37)		NA 1,04 (0,71-1,43)
	Mayotte		NE	NC 1,44 (0,72-2,41)

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, **1 752** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

- Parmi les **156 427 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 7) :
 - L'âge médian des patients est de 72 ans et 53% sont des hommes.
 - 24 180 patients sont décédés : 72% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 112 716 patients sont retournés à domicile.
- Le **27 octobre 2020, 18 978 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 2 918 en réanimation** (Figures 23b et 25b).

Tableau 7. Nombre de personnes hospitalisées, dont hospitalisées en réanimation, pour COVID-19 le 27 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 27 octobre 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	18 978		2 918		112 716		24 180	
Classes d'âge *								
Total	18 872		2 910		111 987		24 045	
0-14 ans	94	0	18	1	1 654	1	3	<1
15-44 ans	950	5	160	5	16 623	15	245	1
45-64 ans	3 413	18	864	30	31 811	28	2347	10
65-74 ans	3 954	21	1063	36	21 236	19	4172	17
75 et +	10 461	55	805	28	40 663	36	17278	72
Régions *								
Total	18 955		2 909		112 685		24 156	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	3 951	21	496	17	12 048	11	2 474	10
Bourgogne-Franche-Comté	686	4	97	3	4 785	4	1 190	5
Bretagne	348	2	50	2	1 823	2	329	1
Centre-Val de Loire	482	3	79	3	2 930	3	657	3
Corse	67	<1	11	<1	337	<1	73	<1
Grand Est	881	5	120	4	14 375	13	3 848	16
Hauts-de-France	1 965	10	303	10	9 417	8	2 330	10
Ile-de-France	4 657	25	836	29	39 183	35	8 814	36
Normandie	799	4	106	4	2 718	2	608	3
Nouvelle-Aquitaine	827	4	120	4	3 463	3	638	3
Occitanie	1 303	7	266	9	4 874	4	842	3
Pays de la Loire	594	3	69	2	3 111	3	584	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 096	11	306	10	10 129	9	1478	6
Outre-Mer								
La Réunion	48	<1	10	<1	476	<1	29	<1
Martinique	73	0	16	1	183	<1	30	<1
Mayotte	13	<1	4	<1	475	<1	30	<1
Guadeloupe	146	1	17	1	568	<1	136	1
Guyane	19	<1	3	<1	1 790	2	66	<1

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

- Les déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 ont augmenté** en semaine 43 (du 19 au 25 octobre) : **12 176** nouvelles hospitalisations déclarées en S43 versus 7 530 en S42 (**+62%**) (Figure 23a).
- En prenant en considération le nombre de nouvelles hospitalisations en semaine 43, **le temps de doublement du nombre de nouvelles hospitalisations est estimé à 13 jours** (vs 14 jours en S42 et 26 jours en S41).

Figure 23a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars, données au 27 octobre 2020, France (source : SI-VIC)

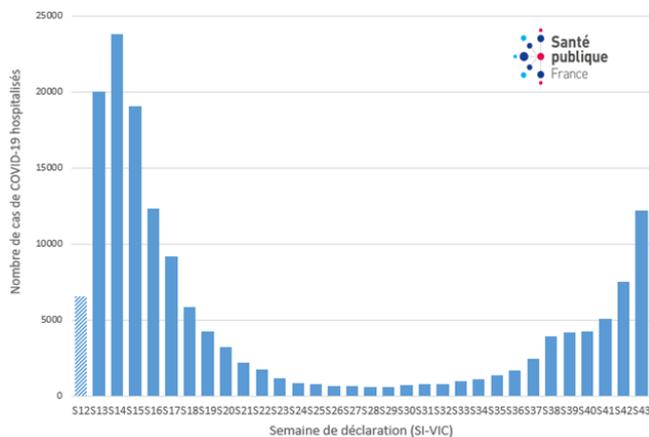
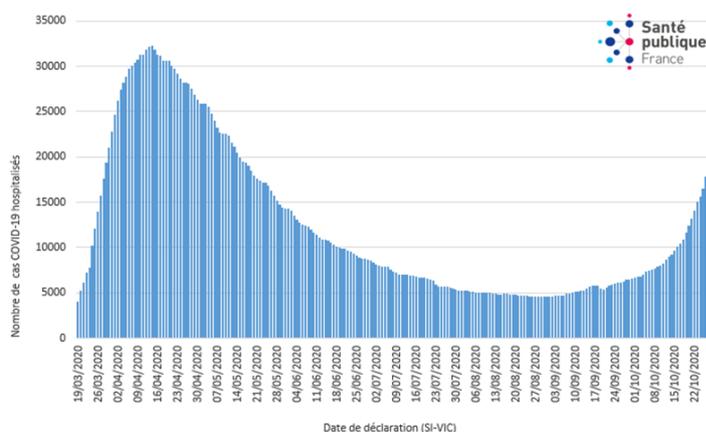


Figure 23b. Nombre de cas de COVID-19 en cours d'hospitalisation, par jour de déclaration, depuis le 19 mars, données au 27 octobre 2020, France (source : SI-VIC)



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 **21,04/100 000** habitants du 21 au 27 octobre vs **13,0/100 000** habitants du 14 au 20 octobre et 8,5/100 000 habitants du 07 au 13 octobre.
- En France métropolitaine, les **taux d'hospitalisations les plus élevés** (du 21 au 27 octobre) ont été enregistrés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (38,1/100 000 habitants), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (33,7), en **Île-de-France** (26,1), en **Bourgogne-Franche-Comté** (22,9) et dans les **Hauts-de-France** (22,7). Toutes les autres régions de France métropolitaine enregistraient des taux supérieurs à 5,0/100 000 habitants (Figure 24). 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 21 au 27 octobre) **a diminué en Guadeloupe** (12,7 versus 15,7/100 000 habitants) et **a augmenté en Guyane** (9,9 vs 3,1) ; à La Réunion (3,6 vs 1,7) ; à Mayotte (3,9 vs 1,4) et en Martinique (9,2 vs 8,6/100 000 habitants) (Figure 24) par rapport à la période du 14 au 20 octobre 2020.

Figure 24. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 07 et le 27 octobre 2020, France (source : SI-VIC)



- Les déclarations de nouvelles admissions en réanimation augmentent depuis la semaine 27 et continuent d'augmenter en semaine 43 (Figure 25a), passant de 1 343 nouvelles admissions déclarées en S42 à 1 816 en S43 (+35% par rapport à S42).

Figure 25a. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, données au 27 octobre, France (source : SI-VIC)

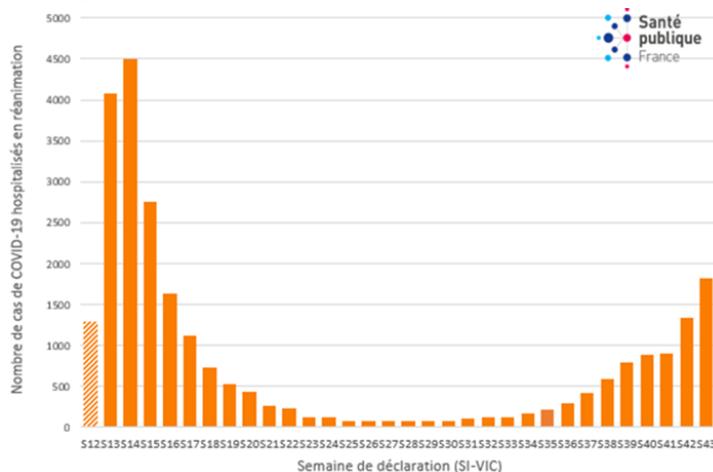
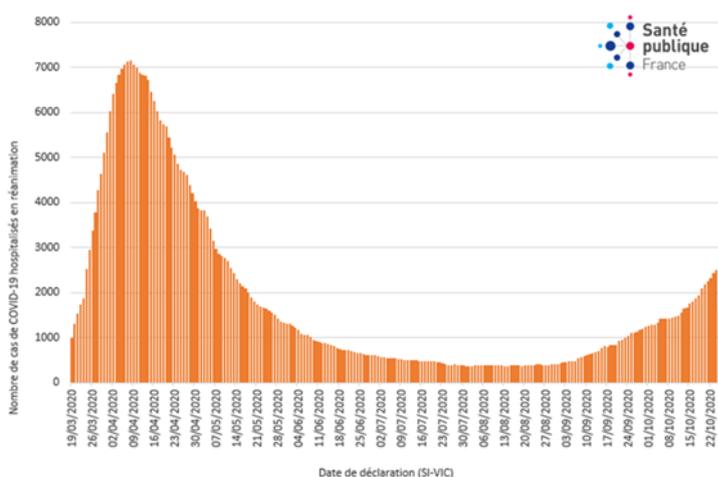


Figure 25b. Nombre de cas de COVID-19 en réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, données au 27 octobre, France (source : SI-VIC)



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 **3,07/100 000** habitants (du 21 au 27 octobre) vs **2,23/100 000** habitants (du 14 au 20 octobre) et **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 21 au 27 octobre) par rapport à la semaine précédente (du 14 au 20 octobre) ont été observée en **Bourgogne Franche-Comté** (de 1,4 à **2,91/100 000** hab.), en Nouvelle-Aquitaine (de 0,68 à 1,35), en Bretagne (de 0,63 à 1,2), en **Grand Est** (de 1,02 à **1,63**), en **Auvergne-Rhône-Alpes** (de 3,17 à **4,82**) et en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (de 2,77 à **4,15**) Par ailleurs, le taux d'hospitalisation en réanimation de toutes les régions de France métropolitaine a **augmenté** par rapport à la semaine précédente dans toutes les régions **excepté** en Centre-Val de Loire et en Pays-de-la-Loire.
- Les **plus forts taux** étaient rapportés en, **Auvergne-Rhône-Alpes (4,82)**, en **Ile-de-France (4,39)**, en **Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,15)**, en **Hauts-de-France (3,79)** et en **Occitanie (3,43)**. La **Bourgogne-Franche-Comté** et la **Corse** rapportaient aussi des taux supérieurs à 2/100 000 hab. (respectivement 2,9 et 2,6). **Toutes les autres régions de France métropolitaines enregistraient des taux supérieurs à 1/100 000 hab.** (Figure 26).
- Dans les **régions d'outre-mer**, sur la semaine du 21 au 27 octobre, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 a été observé en **Martinique** avec 1,67/100 000 hab., en augmentation par rapport à la semaine précédente (1,39). Le taux était aussi en augmentation par rapport à la semaine précédente à La Réunion (de 0,47 à 1,16), en Guyane (de 0 à 1,03) et à Mayotte (de 0 à 0,36) et en diminution en Guadeloupe (de 5,04 à 1,06) (Figure 26).
- En prenant en considération le nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation déclarées entre S41 et S43, le **temps de doublement du nombre hebdomadaire d'admissions en réanimation est de 14 jours**.

Figure 26. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 07 et le 27 octobre 2020, France (source : SI-VIC)

du 07 au 13 octobre 2020

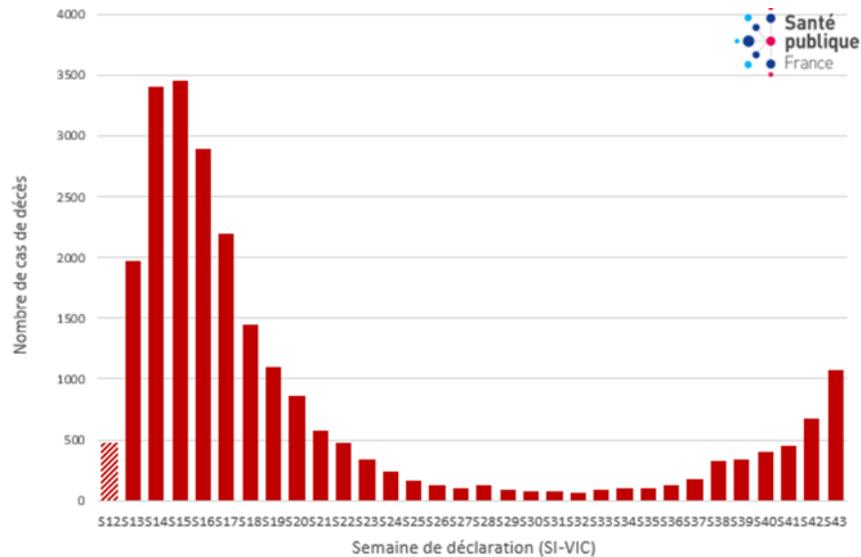
du 14 au 20 octobre 2020

du 21 au 27 octobre 2020



- Le nombre hebdomadaire de déclarations de **décès** survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 était en **augmentation** par rapport à la semaine précédente : **1 078** en S43 *versus* **672** en S42, 454 en S41 et 396 en S40 (Figure 27).

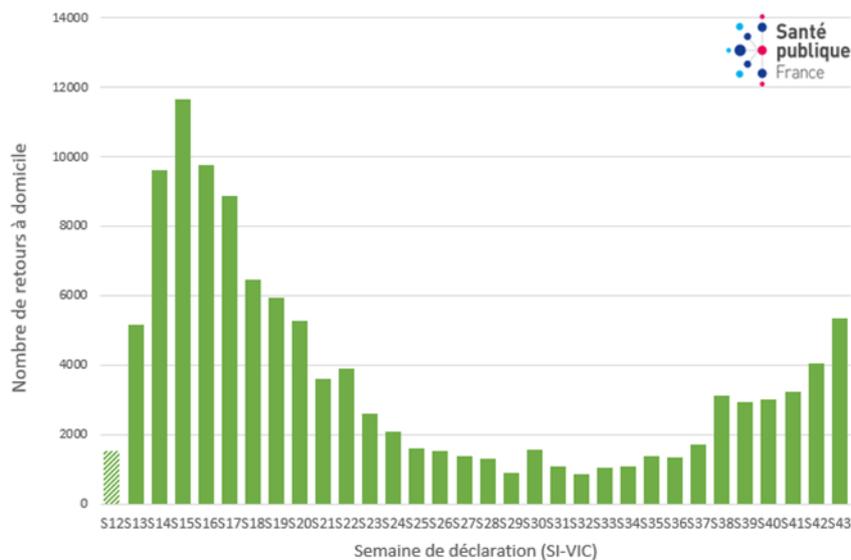
Figure 27. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 par semaine de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France, données au 27 octobre 2020 (source : SI-VIC)



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 43 (**5 336** *versus* **4 049** en S42, 3 234 en S41 et 3 026 en S40) (Figure 28).

Figure 28. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 par semaine de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France, données au 27 octobre 2020 (source : SI-VIC)

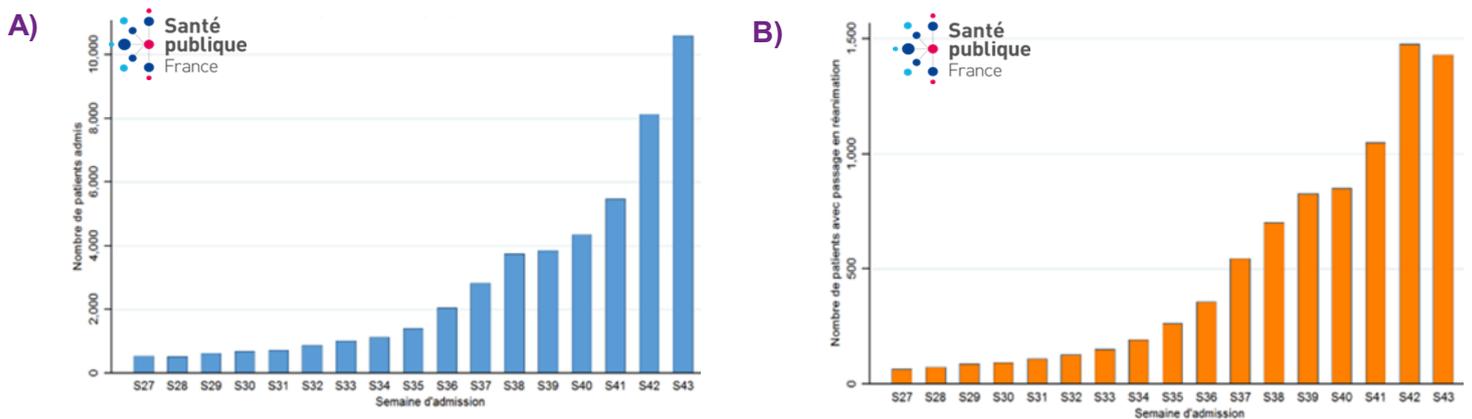


S12 : Données incomplètes car démarrage de Si-VIC en cours de semaine

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.

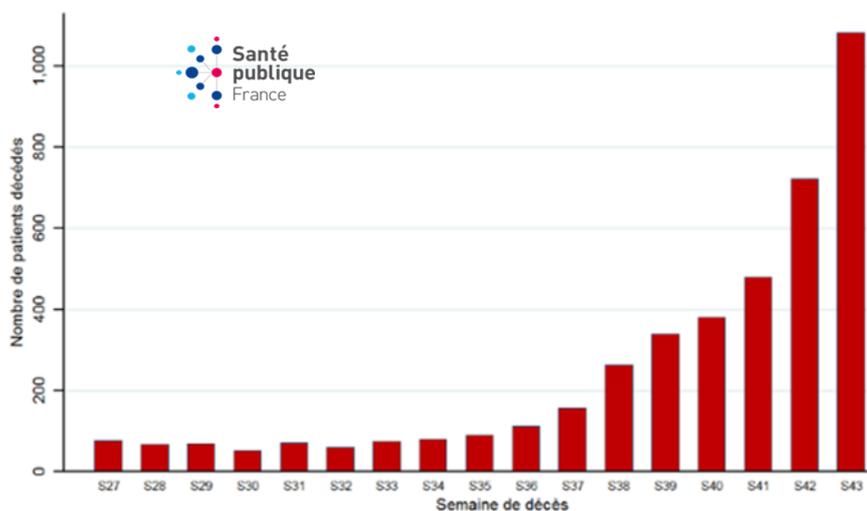
- Les graphiques précédents (Figures 23a, 25a, 27, 28) sont présentés par date de déclaration. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figure 29) ou par date de décès (Figure 30). Toutefois, la semaine 43 n'est pas encore consolidée.

Figure 29. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 A) admis à l'hôpital, et B) ayant été admis en service de réanimation pendant leur hospitalisation, par semaine d'admission à l'hôpital, depuis le 29 juin 2020, France, données au 27 octobre 2020 (source : SI-VIC)



S43 : Données provisoires, en cours de consolidation

Figure 30. Nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 29 juin 2020, France, données au 27 octobre 2020 (source : SI-VIC)



S43 : 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 afin de tenir compte de l'évolution de la surveillance dans la région.

- Parmi les **738 patients signalés**, **72%** étaient **des hommes** ; l'**âge médian** des patients **était de 68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [59-75]).
- **89% des patients admis en réanimation** présentaient **au moins une comorbidité** et cette proportion était de **84% parmi ceux âgés de moins de 65 ans**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'**obésité** ($\text{IMC} \geq 30 \text{kg.m}^2$) (49%), l'**hypertension artérielle** (46%) et le **diabète** (34%) (Tableau 8).
- **43 décès** ont été rapportés à ce jour ; l'**âge médian des personnes décédées était de 78 ans** (IIQ : [72-84]), 38 étaient âgées de 65 ans et plus. Parmi les 41 patients décédés pour lesquels l'information était disponible, 39 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 8. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 5 au 27 octobre 2020 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle (n=738, données arrêtées le 27 octobre 2020)

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=738)	
	n	% ¹
0-14 ans	2	-
15-44 ans	45	6
45-64 ans	231	32
65-74 ans	253	35
75 et +	201	27
Comorbidités ²	n	% ³
Aucune	81	11
Au moins une comorbidité	633	89
Obésité (IMC>=30) ⁴	308	49
Hypertension artérielle	325	46
Diabète	242	34
Pathologie cardiaque	183	26
Pathologie pulmonaire	151	21
Immunodépression	55	8
Pathologie rénale	53	7
Cancer	44	6
Pathologie neuromusculaire	32	4
Pathologie hépatique	12	2
Autre	172	24

¹Les pourcentages sont calculés pour les patients pour lesquels l'âge est renseigné (n=732).

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

³Les pourcentages sont calculés pour les patients pour lesquels l'information sur les comorbidités est renseignée (n=714).

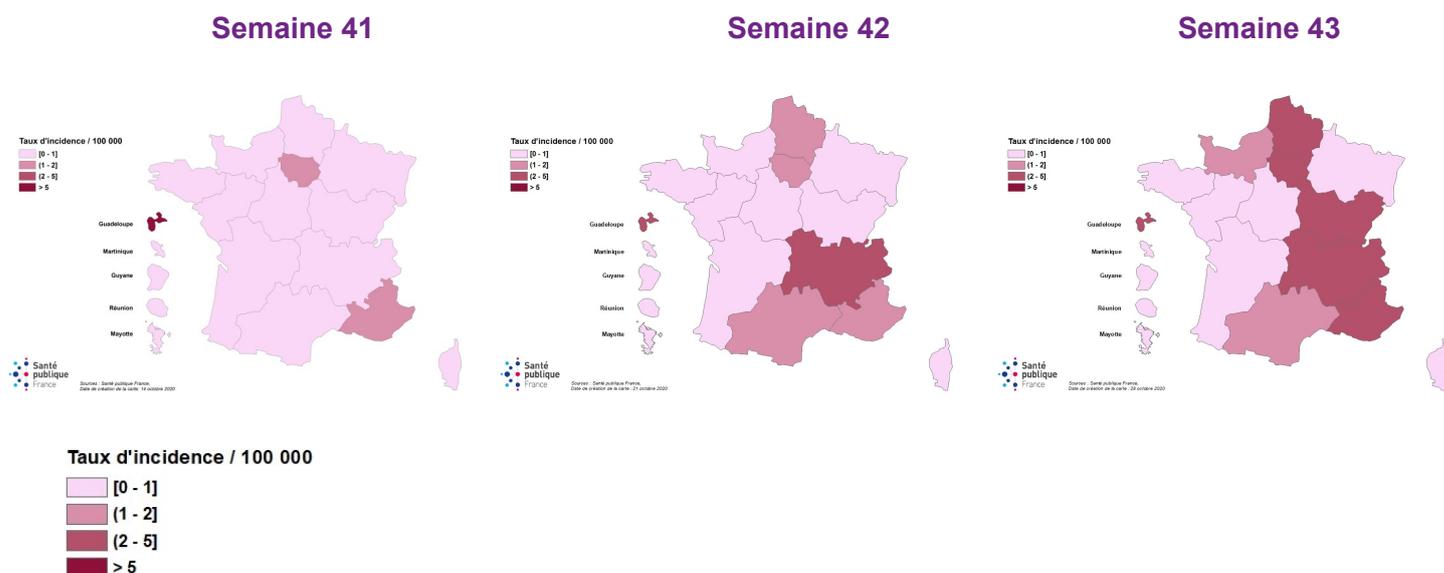
⁴La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC est renseigné (n=626).

Surveillance de la mortalité

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

- Entre le 1^{er} mars et le 27 octobre 2020, **35 541 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **24 180** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **11 361** 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 progressé** en semaine 43 avec 1 318 décès (vs 872 en S42 soit +51%). Cette augmentation était de **+60%** entre S41 et S42 (de 546 à 872 décès) et de +11% entre S40 et S41. Cette augmentation pourrait se révéler plus importante avec la consolidation des données de la S43 pour les décès en EHPA et autres EMS.
- Le **taux hebdomadaire de décès** à l'échelle nationale était de 1,97 pour 100 000 habitants en semaine 43 (*versus* 1,30 en S42 et 0,81 en S41). En S43, on observe une augmentation des décès survenus parmi les personnes hospitalisées (de 672 en S42 à 1 078 en S43, soit +60%). Les données de S43 ne sont pas consolidées pour les décès parmi les résidents des EHPA et autres EMS ; l'évolution entre la S42 et la S43 pour ces décès n'est donc pas interprétable à ce jour (92 en S41 ; 200 en S42 et 240 en S43).
- **En semaine 43**, les **plus forts taux de décès par région** de patients COVID-19 rapportés à la population (/100 000 habitants) étaient observés en Guadeloupe (4,18), Auvergne-Rhône-Alpes (4,12), Provence-Alpes-Côte d'Azur (2,81), Île-de-France (2,42), Hauts de France (2,2), Bourgogne-Franche-Comté (2,12) et Normandie (2,0). La région Occitanie enregistrait aussi un taux supérieur à 1/100 000 habitants (1,76) (Figure 31).
- Les **taux hebdomadaires de décès** déclarés (/100 000 habitants) étaient en **augmentation dans 13 régions** entre les semaines 42 et 43, contre 9 régions la semaine dernière : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Corse, Grand-Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Occitanie, Pays-de-Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur et La Réunion. Cependant, les augmentations par région seront consolidées par la mise à jour des données en EHPA et autres EMS.

Figure 31. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS), S41 (05 au 11 octobre), S42 (12 au 18 octobre) et S43 (19 au 25 octobre) par région, France 2020 (source : SI-VIC et ESMS)



Les données de la S43 ne sont pas consolidées pour les EHPA et autres EMS

Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 14 104 certificats de décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 9).
 - L'âge médian au décès était de 84 ans et 90,8% avaient 65 ans et plus.
 - Les hommes représentaient 55% de ces décès.
 - Des comorbidités étaient renseignées pour 9 182 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 43 (du 19 au 25 octobre 2020), 799 décès contenaient une mention de COVID-19 dans le certificat, représentant 20% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 32). Ce nombre de décès poursuit sa hausse (+322 décès, soit +67,5%, par rapport à la semaine S42).**
- Parmi les 799 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention d'infection au SARS-COV2 dans le certificat, 643 (80,5%) étaient âgées de plus de 75 ans, 100 étaient âgées de 65 à 74 ans, 48 personnes étaient âgées de 45 à 64 ans et 8 personnes étaient âgées de 15 à 44 ans.

Figure 32. 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 25 octobre 2020 (données au 27 octobre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

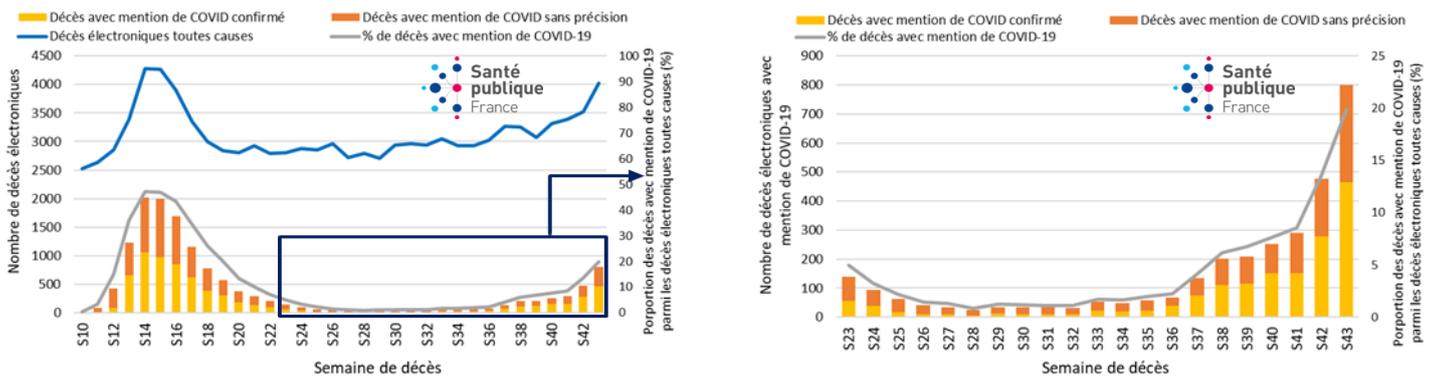


Tableau 9. Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 26 octobre 2020 (données au 27 octobre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

Sexe	n	%				
Hommes	7 702	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	40	33	80	67	120	1
45-64 ans	337	29	841	71	1 178	8
65-74 ans	683	32	1 450	68	2 133	15
75 ans ou plus	3 862	36	6 809	64	10 671	76
Tous âges	4 922	35	9 182	65	14 104	100

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	9 182	65
Aucune ou non renseigné	4 922	35

Description des comorbidités	n	%
Obésité	539	6
Diabète	1 492	16
Pathologie respiratoire	1 225	13
Pathologie cardiaque	3 127	34
Hypertension artérielle	2 197	24
Pathologies neurologiques *	809	9
Pathologie rénale	1 138	12
Immunodéficience	208	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) et en semaine 41 (du 5 au 11 octobre) est en hausse significative** par rapport au nombre attendu, avec un excès modéré (Figure 33). **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 42 (du 12 au 18 octobre).
- **Au niveau régional**, le nombre de décès tous âges confondus, était significativement supérieur à celui attendu :
 - **en semaine 41, en Occitanie et en Ile de France,**
 - **en semaine 42, en Auvergne-Rhône-Alpes (Figure 34a) et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Figure 34b).** Le nombre de décès était déjà supérieur à celui attendu en Auvergne-Rhône-Alpes en semaines 38 et 39 (du 14 au 27 septembre) et était proche du seuil de significativité en semaines 40 et 41.
- Ces excès, modérés, concernent principalement **les personnes de 65 ans ou plus.**
- En **Guadeloupe**, après un pic de décès observé en semaine 38 (du 14 au 20 septembre), le nombre de décès **en semaine 39 et 40 est resté supérieur au seuil de significativité**, repassant légèrement dans les marges de fluctuation habituelle en semaine 41. Toutefois le nombre de décès reste au niveau du seuil de significativité en semaine 42 (Figure 34c).
- 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 33. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, en France, de la semaine 13-2014 à la semaine 42-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

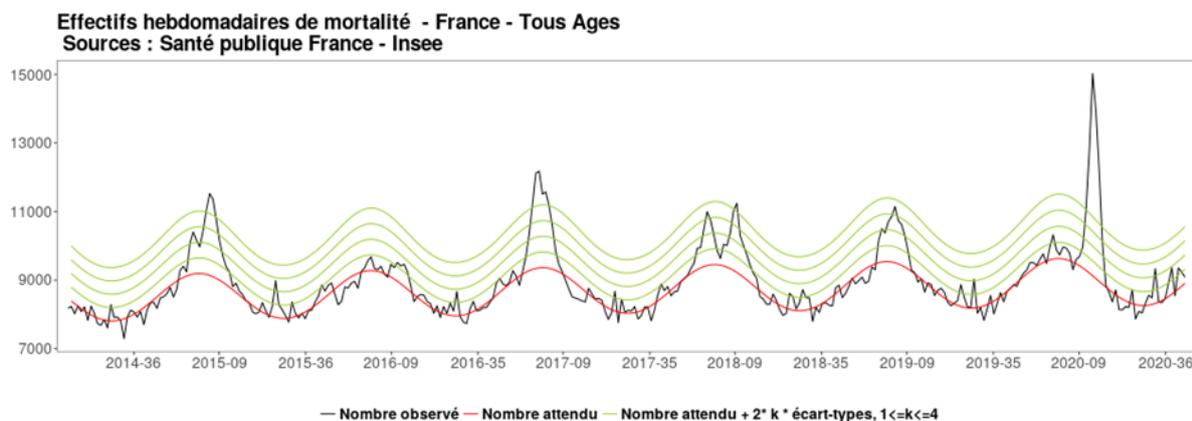


Figure 34a. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, en Auvergne-Rhône-Alpes, de la semaine 13-2014 à la semaine 42-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

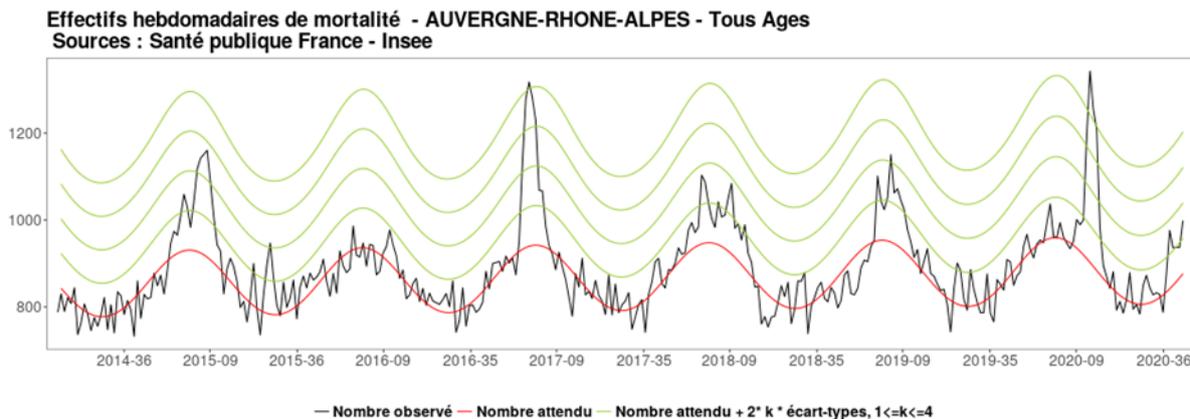


Figure 34b. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, de la semaine 13-2014 à la semaine 42-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

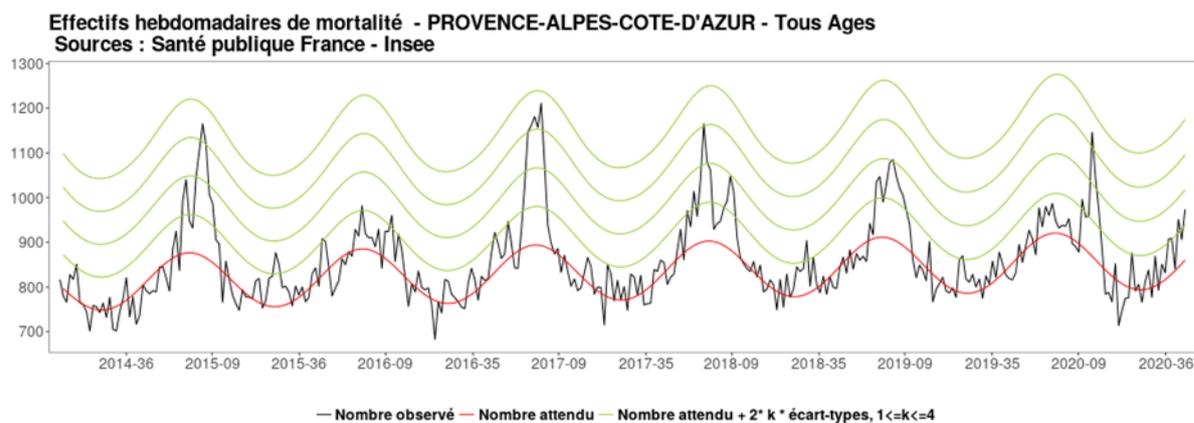
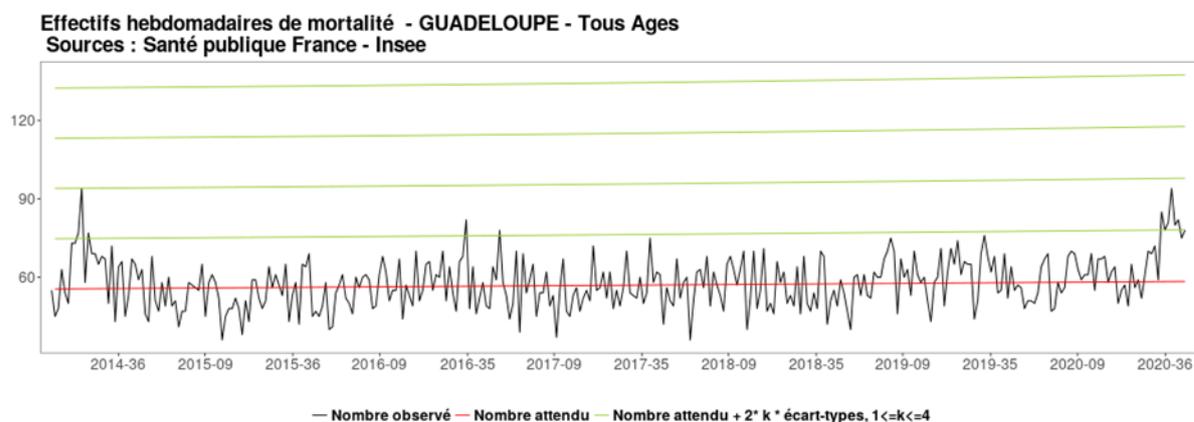


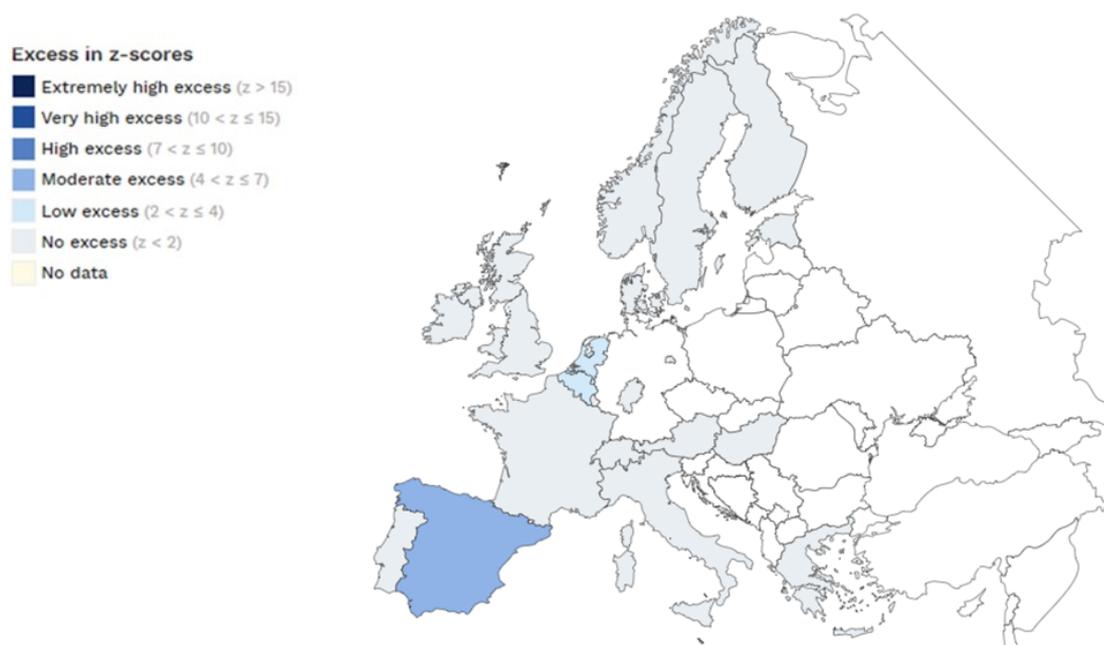
Figure 34c. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, en Guadeloupe, de la semaine 13-2014 à la semaine 42-2020 (Source : Santé publique France - Insee)



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 38, dans trois pays/régions en semaine 39, dans six pays/régions en semaine 40 et dans trois pays/régions en semaine 41 (Pays-Bas, Belgique et Espagne) (Figure 35).

Figure 35. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 41-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 21 octobre 2020) (Source : Euromomo)



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 46% et 31% des cas rapportés dans le monde entre le 19 et le 25 octobre (semaine 43). Un déclin de l'épidémie est observé en **Asie du Sud-Est** où sont localisés 15% des cas rapportés dans le monde avec une mortalité en baisse mais un nombre de cas récents demeurant élevé (+445 886 cas entre le 19 et le 25 octobre).
- Dans la zone **Amérique**, le nombre global de cas rapportés augmente. Aux États-Unis, un nombre record de nouveaux cas est rapporté depuis 7 jours (entre 60 000 et 83 000 cas par jour), comparable à celui documenté lors du pic épidémique dans ce pays, le 24 juillet avec 74 818 cas. Cette hausse est marquée dans certains États (Midwest, région des Grandes Plaines). Au Canada, l'augmentation du nombre de nouveaux cas et d'hospitalisations pour COVID-19 se poursuit depuis un mois ; le Québec et l'Ontario cumulent 80% des cas incidents. L'incidence tend à se stabiliser au Québec où les mesures de restriction instaurées dans plusieurs régions québécoises sont prolongées jusqu'au 23 novembre. L'incidence est en baisse mais se maintient à un niveau élevé au Brésil (+153 356 cas sur 7 jours), au Pérou (+20 699) et au Chili (+10 539), stable en Colombie (+53 588), tandis qu'elle augmente dans d'autres pays notamment en Argentine (+103 759), au Mexique (+39 114), au Costa Rica et au Paraguay.
- En **Asie**, l'épidémie est toujours fluctuante en Inde malgré une incidence en diminution depuis cinq semaines, à l'instar d'autres pays (Népal, Myanmar, Indonésie). Un cluster de 137 cas asymptomatiques liés à une usine de confection textile a été rapporté récemment en Chine, dans l'ouest de la région du Xinjiang, suite à la découverte d'un cas ayant engendré une campagne massive de dépistage. Le taux d'incidence actuel est bas au Japon (3,2 cas/100 000 hab.) et en Corée du Sud (1,4), le nombre de nouveaux cas rapportés récemment étant liés à des clusters. En **Océanie**, une augmentation très importante de la transmission du SARS-CoV2 est décrite en Polynésie française et à Guam depuis plusieurs semaines.
- Dans les pays du **Moyen-Orient**, l'épidémie demeure importante au Liban, en Jordanie, à Oman et aux Émirats arabes unis. La situation est également préoccupante en Iran qui a atteint des nombres record de nouvelles infections (+36 215 cas) et de décès (+2 197). En Israël, le taux d'incidence récente a fortement baissé (70,1 cas/100 000 hab. vs. 443 en S40), dans un contexte d'allègement graduel des restrictions, après un confinement national de 4 semaines achevé le 18/10.
- En **Afrique**, le nombre de nouveaux cas et la mortalité liée au COVID-19 augmentent légèrement depuis plusieurs semaines ; cette hausse, liée en partie à un rattrapage des données, est particulièrement marquée en Afrique du Sud (70% des décès COVID-19 rapportés en Afrique) et dans d'autres pays (Éthiopie, Kenya, Botswana, Cap-Vert). L'épidémie est également active au Maroc (+23 550 cas entre le 19 et le 25 octobre), en Tunisie (+9 863 cas) et en Libye (+5584 cas) qui décrivent une forte augmentation de nouveaux cas et une hausse sensible de la mortalité pour COVID-19.
- En **Europe**, une augmentation considérable de différents indicateurs est observée par rapport à la semaine précédente : du nombre de nouveaux cas (+33%), pour toutes les classes d'âges dans une majorité de pays européens ; du taux de positivité (>3% et en augmentation dans 22 pays); de la mortalité pour COVID-19 (+35%). Selon le dernier [rapport d'évaluation de risque de l'ECDC au 23/10](#), la situation est préoccupante dans 25 pays : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Croatie, République tchèque, Danemark, Espagne, France, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Lettonie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovénie, Slovaquie, Suède et Royaume-Uni. La vulnérabilité de la population européenne au SARS-CoV-2 est très élevée, avec un niveau d'immunité global inférieur à 15% dans la plupart des pays européens.
- Parmi les pays européens de l'UE/EEA, les taux d'incidence hebdomadaire observés sont supérieurs à 250/100 000 hab. en République tchèque, en Belgique, au Luxembourg, en Slovénie, en France, aux Pays-Bas, en Croatie, en Slovaquie, et en Espagne. Le taux d'incidence pour 100 000 habitants a en particulier fortement augmenté en Belgique (792,8), en France (380,5), en Italie (197,5), en Autriche (208,1) et aux Pays-Bas (377,8) (Figure 37). Des taux d'incidence élevés sont également documentés en Suisse (439,1/100 000 hab.), en Europe centrale et en Europe de l'Est (taux rapporté au 27/10 pour les 7 derniers jours) : Arménie (505,5), Géorgie (336,9), Bosnie-Herzégovine (210,1), Moldavie (111,5), Ukraine (90,5). En Russie, une hausse record de nouveaux cas (90,8 cas/100 000 hab.) et de décès est rapportée.

Figure 36. Taux d'incidence pour 100 000 habitants de COVID-19 rapporté pour les semaines 41 et 42/2020 dans les pays de l'UE/EAA (source: ECDC)

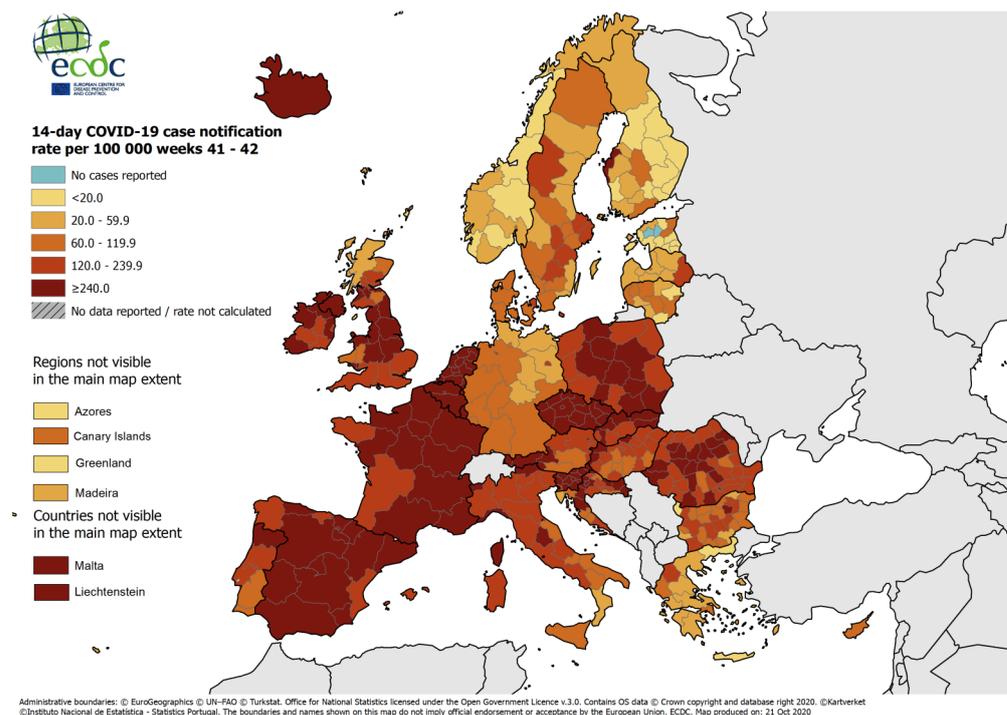
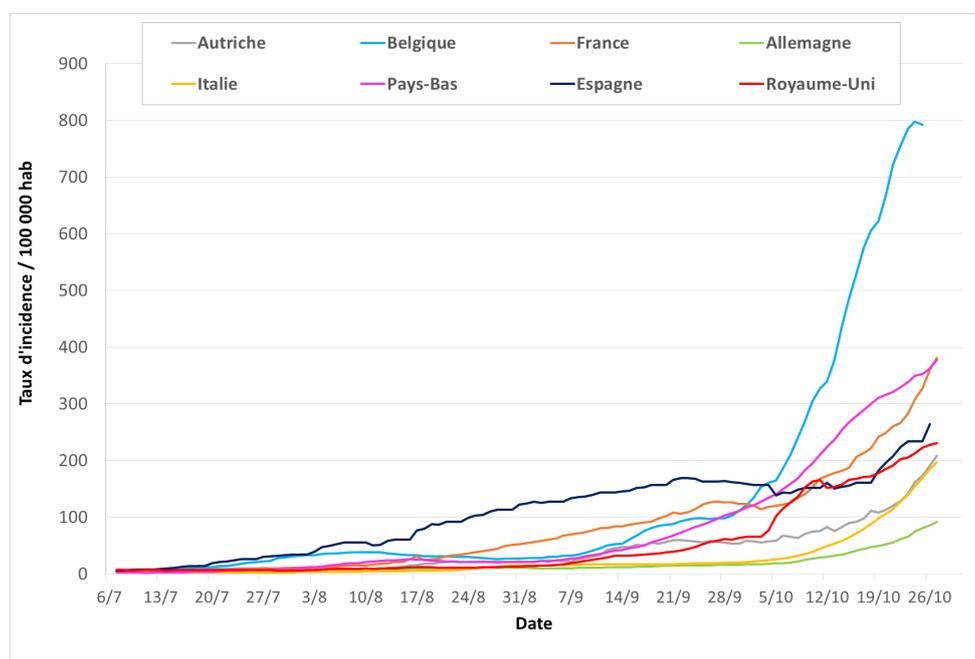


Figure 37. Taux d'incidence pour 100 000 habitants (sur 7 jours) de COVID-19 pour les principaux pays limitrophes à la France entre le 01 juillet et le 27 octobre 2020 (source : ECDC)



Pour en savoir plus sur la situation internationale :

En Europe : [ECDC - Weekly surveillance report \(week 42\), 23 octobre 2020](#)

Dans le monde : [Organisation mondiale de la santé - Weekly Epidemiological Update, 27 octobre 2020](#)

Prévention

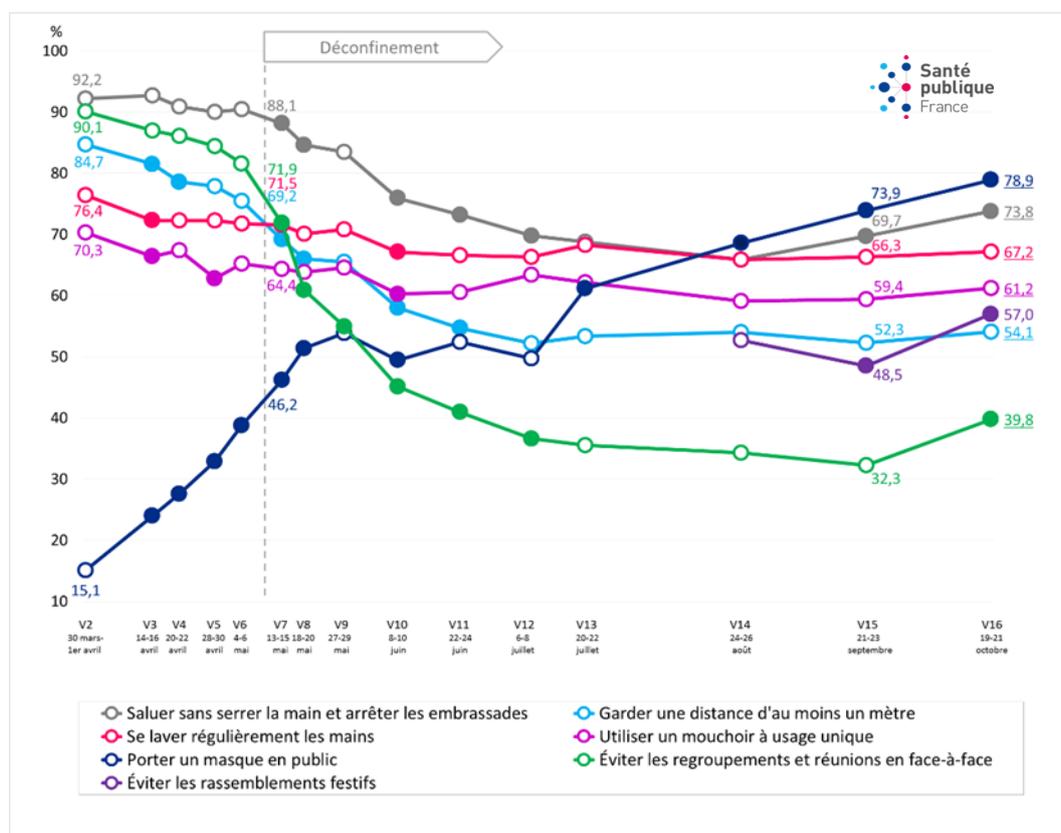
Suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

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

1) Adoption des mesures de prévention

- En vague 16 (19-21 octobre), l'adoption systématique des mesures d'hygiène est restée stable depuis juin alors que **l'adoption systématique des mesures en lien avec la limitation de l'interaction sociale a augmenté** et ce, pour la première fois depuis l'arrêt du confinement. Le port du masque, lui, poursuit son augmentation (Figure 38).
- Ainsi, les mesures concernant **l'évitement des rassemblements festifs (+9%)**, des **regroupements et réunions en face à face (+8%)**, le **port du masque (+5%)** et le **salut sans serrer la main et sans embrassade (+4%)** sont en **hausse significative** par rapport à la vague 15 (21-23 septembre).
- **Toutes les classes d'âge sont concernées** par cette augmentation. Si l'adhésion aux mesures de prévention augmente le plus souvent avec l'âge, la différence entre les 18-24 ans et les 65 ans et plus est néanmoins faible pour le port systématique du masque (76% vs 82%). Elle est plus prononcée pour le maintien d'une distance d'au moins 1 mètre (39% vs 65%), le salut sans contact physique (60% vs 80%), pour « éviter les rassemblements festifs » (43% vs 65%) et éviter les regroupements et réunions en face à face (28% vs 49%).

Figure 38. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.



Notes de lecture :

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

En vogue 16, les populations adoptant moins systématiquement les mesures de prévention sont le plus souvent les moins de 35 ans, les hommes et les personnes ayant un faible niveau de littératie (tableau 10). Les personnes ne présentant pas de risque de développer une forme grave de COVID-19 portent moins systématiquement le masque en public (tableau 10).

Tableau 10. Variables sociodémographiques associées à une moindre adoption systématique des mesures de prévention (vague 16 : 19-21 octobre). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

	Moindre nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 ¹	Moindre pourcentage d'adoption systématique de la distance d'au moins 1 mètre	Moindre pourcentage d'adoption systématique du port du masque en public	Moindre pourcentage d'évitement systématique des regroupements et réunions en face à face	Moindre pourcentage d'évitement systématique des rassemblements festifs
Sexe	Hommes	Hommes	Hommes	--	--
Classe d'âge (en 5 classes)	18-24/25-34 ans	--	--	18-24/25-34 ans	18-24/25-34 ans
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recordés)	--	--	--	--	--
Littératie en santé ^a	Faible	Faible	Faible	--	Faible
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^b	--	--	Non	--	--

Note de lecture : Les associations entre chacun des indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (test de Wald ajusté, $p < 0,05$). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à une moindre adoption, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. --: aucune modalité de la variable sociodémographique n'est associée à une moindre adoption pour l'indicateur considéré. ^aLa littératie en santé désigne la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour prendre des décisions concernant leur santé (échelle *Health Literacy Questionnaire*, Dimension 5). ^bFacteurs de risque de développer une forme grave de COVID-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC>30). ¹4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique.

En vogue 16, les déterminants cognitifs de l'adoption systématique des mesures de prévention communs aux trois indicateurs (mesures d'hygiène, distance d'au moins un mètre et port du masque en public) sont (tableau 11) :

- Le fait de **percevoir les mesures de prévention comme efficaces**.
- Le fait de **percevoir les mesures de prévention comme peu contraignantes**.
- La **norme sociale perçue** (approbation et adoption des mesures de prévention par les proches).
- Le fait de **se sentir capable d'adopter les mesures de prévention**.

Tableau 11. Déterminants cognitifs de l'adoption des mesures de prévention (vague 16 : 19-21 octobre 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

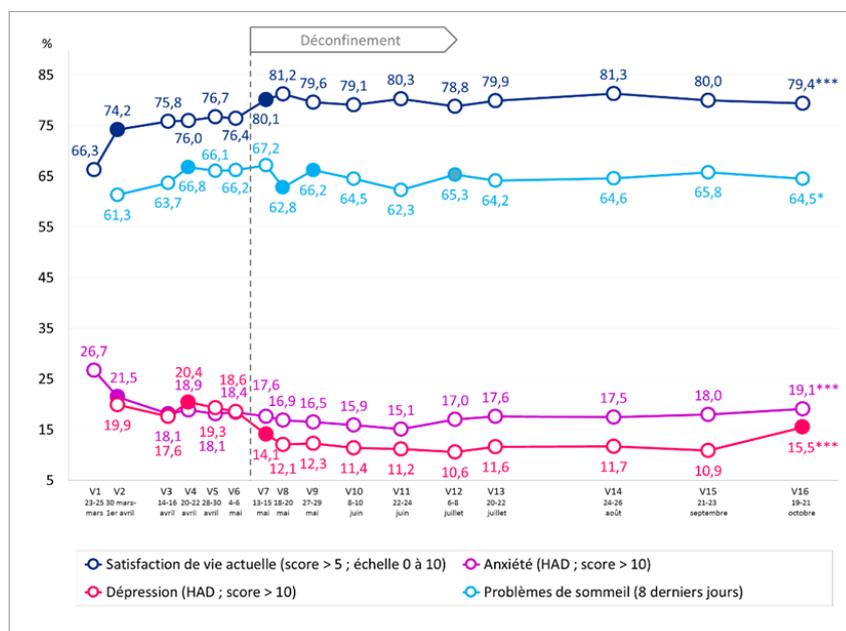
	Nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 ¹	Adoption systématique de la distance d'au moins 1 mètre	Adoption systématique du port du masque en public
Percevoir les mesures de prévention comme efficaces	***	***	**
Percevoir les mesures de prévention comme peu contraignantes	**	***	***
Approbation et adoption des mesures par les proches (norme sociale perçue)	***	***	***
Se sentir capable d'adopter les mesures de prévention	***	***	***
Ressentir de l'inquiétude à l'égard de l'épidémie de SARS-CoV-2	--	*	--
Percevoir la COVID-19 comme grave	--	--	--
Se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2	--	--	--

Note de lecture : Les associations entre chacun des 3 indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention et les facteurs cognitifs et affectifs ont été testées, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées à la situation épidémiologique et des autres facteurs cognitifs et affectifs (modèle de régression linéaire pour le nombre moyen des 4 mesures d'hygiène et modèles de régressions logistiques pour l'adoption systématique de la distance d'1 mètre et celle du port du masque en public), test de Wald, ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$; --: non significatif ($p > 0,05$). ¹4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique.

2) Santé mentale

- En vague 16 (19-21 octobre), une **augmentation significative des troubles dépressifs** est observée par rapport à la vague précédente (+ 5 points) (Figure 39).
- Aucune évolution n'est observée pour les indicateurs **d'anxiété, les problèmes de sommeil et la satisfaction de vie actuelle** par rapport à la vague précédente (Figure 39).
- Les **problèmes de sommeil** présentent un niveau supérieur à celui observé en début de confinement (vague 2, 30 mars-1^{er} avril) et avant l'épidémie (49% selon le Baromètre de Santé publique France 2017).
- **La satisfaction de vie actuelle**, dégradée en début de confinement (-18 points par rapport aux données du Baromètre de Santé publique France 2017), s'est ensuite significativement améliorée pendant le confinement et après la levée du confinement (V7). Elle est depuis restée stable.
- Les **états anxieux**, très élevés en début de confinement (27% vs 13,5% dans le Baromètre de Santé publique France 2017), ont significativement diminué entre fin mars (V1) et mi-avril (V3). Ils sont depuis restés stables.

Figure 39. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, octobre 2020



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

En vague 16, les profils de population ayant une santé mentale plus dégradée sont (tableau 12) :

- Les personnes déclarant **des antécédents de trouble psychologique**, celles déclarant une **situation financière très difficile**, les **femmes** et les **25-34 ans** pour les **trois indicateurs** : anxiété, dépression, problèmes de sommeil.
- Les **25-49 ans** pour les états anxieux et dépressifs.
- Les **inactifs** et les personnes présentant un **risque de développer une forme grave de COVID-19** pour les **problèmes de sommeil**.

Tableau 12. Variables sociodémographiques associées à l'anxiété, la dépression et aux problèmes de sommeil (vague 16 : 19-21 octobre 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Sexe	Femmes	Femmes	Femmes
Classe d'âge (en 5 classes)	25-49 ans	25-49 ans	25-34 ans
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	--	--	Inactifs
Situation financière perçue	Très difficile	Très difficile	Juste/Très difficile
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^b	--	--	Oui
Antécédents de trouble psychologique	Oui	Oui	Oui

Note de lecture : Les associations entre chacun des 3 indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (test de Wald ajusté, $p < 0,05$). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à un trouble plus élevé, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. -- signifie qu'aucune modalité de la variable sociodémographique n'est associée à une moindre adoption pour l'indicateur considéré. ^aHAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*. ^bFacteurs de risque de développer une forme grave de COVID-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC > 30).

En vague 16, les déterminants cognitifs d'une santé mentale plus dégradée sont (tableau 13) :

- Le fait de percevoir la COVID-19 comme grave pour les trois indicateurs (anxiété, dépression, problèmes de sommeil).
- Le fait de se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2 pour l'anxiété et les problèmes de sommeil.
- Le fait de percevoir les mesures de prévention comme peu efficaces pour l'anxiété.
- Le fait de percevoir les mesures comme contraignantes pour les états anxieux et dépressifs.
- Le fait de se sentir peu capable d'adopter les mesures de prévention pour les problèmes de sommeil.

Tableau 13. Déterminants cognitifs de l'anxiété, de la dépression et des problèmes de sommeil (vague 16 : 19-21 octobre 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ¹)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ¹)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Percevoir les mesures de prévention comme peu efficaces	**	--	--
Percevoir les mesures de prévention comme contraignantes	*	**	--
Se sentir peu capable d'adopter les mesures de prévention	--	--	**
Percevoir la COVID-19 comme grave	***	***	***
Se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2	**	--	***

Note de lecture : Les associations entre chacun des 3 indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) et les facteurs cognitifs ont été testés, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées à la situation épidémique et des autres facteurs cognitifs (modèle de régression logistique), test de Wald, ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$; --: non significatif ($p > 0,05$). ^aHAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*.

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



Synthèse

En France métropolitaine

En semaine 43 (du 19 au 25 octobre 2020), tous les indicateurs de suivi de l'épidémie de **SARS-CoV-2** (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) étaient en **très forte augmentation** par rapport à la semaine 42 (du 12 au 18 octobre), **marquant une forte accélération de l'épidémie sur l'ensemble du territoire**.

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 (176/100 000 habitants en S43 vs. 144 en S42, +22%).

Le taux hebdomadaire de dépistage pour le SARS-CoV-2 était en augmentation par rapport à la semaine précédente (2 125/100 000 habitants en S43 vs 1 855 en S42, soit +15%). Cette augmentation concernait toutes les tranches d'âge excepté les 0-14 ans.

En semaine 43, 258 852 **nouveaux cas confirmés de COVID-19** ont été enregistrés **en France métropolitaine** soit une **hausse de 54% par rapport à S42**. **Le taux d'incidence était en forte augmentation** avec 399 cas/100 000 habitants (259 cas/100 000 habitants en S42). Le nombre de nouveaux cas et le taux d'incidence, en semaine 43, peuvent être encore sous-estimés du fait des délais de consolidations des données.

En semaine 43, dans tous les départements, le taux d'incidence était au-dessus du seuil de 100 cas/100 000 habitants et 65 départements dépassaient le taux de 250 cas pour 100 000 hab. (contre 29 la semaine précédente). Les taux d'incidence les plus élevés étaient dans le département de la Loire (1 065/100 000 habitants), du Rhône (832), de la Haute Loire (817), du Nord (751), de l'Ain (704) et de l'Isère (693), en forte augmentation par rapport à la semaine précédente.

Le taux de positivité était de 18,8% en S43, **en forte progression par rapport à la S42** (13,9% en S43, +4,9 points). Ce taux était en augmentation dans toutes les tranches d'âge mais l'augmentation la plus importante est observée chez les 75 ans et plus (de 14,1% en S42 à 21,0% en S43, soit +6,9 points) et chez les 65-74 ans (de 13,8% en S42 à 19,5% en S43, soit +5,7 points). Le taux de positivité était de 37,2% chez les personnes symptomatiques en S43, en forte progression par rapport à S42 (26,4%, +10,8 points).

Le taux de positivité était supérieur à 10% dans 93 départements de France métropolitaine (62 en S42). Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés dans les départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes : Loire (31,6%), Isère (30,2%), Haute-Loire (30,1%), Savoie (28,0%) et Haute-Savoie (27,3%). Ces taux étaient en forte augmentation dans ces départements par rapport à la semaine précédente.

Le taux de positivité peut être calculé selon différentes méthodes. La méthode présentée est basée sur les patients testés et ne prend pas en compte les patients ayant réalisé plusieurs tests. Une méthode alternative consiste à prendre en compte le nombre de tests réalisés. Cette méthode a pour résultat une estimation du taux de positivité plus faible. Ainsi le taux de positivité des tests calculé sur l'ensemble des tests réalisés en S43 est de 14,8% vs 11,3% en S42 (soit + 3,5 points). Quelle que soit la méthode de calcul appliquée, une nette augmentation du taux de positivité est observée en S43 en comparaison de la semaine précédente.

Les personnes âgées de 15 à 44 ans restaient les plus touchées par le SARS-CoV-2 (incidence de 547 cas pour 100 000 habitants), suivies par celles âgées de 45-64 ans (442), et celles âgées de 75 ans et plus (375). Cependant, **les plus fortes augmentations** par rapport à la semaine précédente étaient **observées chez les personnes âgées de plus de 65 ans** (65-74 ans : +68% ; 75 ans et plus : +89%) **témoignant d'une importante 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 7 et le nombre de cas chez les personnes âgées de 75 ans et plus par 8. **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 S43 continue de progresser cette semaine (+22%). Cette hausse concerne exclusivement les adultes ; elle est supérieure à celle observée en semaine 42 chez les adultes de 45-74 ans (+42%) et plus particulièrement chez les 75 ans et plus (+73%).

Aux urgences, les **passages pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)** étaient en forte **augmentation** (11 554 passages en S43 vs 7 993 en S42, soit +45%). **Cette augmentation s'observe uniquement chez les adultes, notamment les personnes les plus de 75 ans (+61% en S43 vs +52% en S42)**. Toutes les régions métropolitaines sont concernées et les hausses les plus marquées étaient observées en Nouvelle-Aquitaine (+83%), Grand Est (+59%), Bourgogne-Franche-Comté (+52%) et Auvergne-Rhône-Alpes (+51%).

Le 27 octobre 2020, 18 872 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France métropolitaine dont 2 910 en réanimation.

Au niveau national, **en milieu hospitalier, le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a nettement augmenté** en semaine 43 avec 12 176 nouvelles hospitalisations (7 530 en S42, soit +62%). Les **taux d'hospitalisation** étaient **en augmentation dans toutes les régions**. Les **taux les plus élevés** ont été enregistrés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (38,1/100 000 habitants), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (33,7) et en **Île-de-France** (26,1).

Au niveau national, **le nombre de nouvelles admissions en réanimation** était également **en nette augmentation** (1 816 admissions en S43 vs 1 343 en S42, +35%). **Les taux d'admission en réanimation ont augmenté dans toutes les régions de France métropolitaine**. Les taux les plus élevés étaient rapportés en Auvergne-Rhône-Alpes (4,15/100 000 habitants) en Hauts-de-France (3,79) et en Occitanie (3,43).

En semaine 43, 8 082 personnes de 65 ans et plus avaient été admises en hospitalisation et 996 en réanimation. **Par rapport à début septembre (S36), les nombres de personnes de 65 ans et plus nouvellement hospitalisées et admises en réanimation ont été multipliés par 7.**

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 $Reff_{SI-DEP}$ (1,42 en S43), significativement supérieure à 1, est en hausse par rapport à celle de la semaine précédente ($Reff_{SI-DEP}$: 1,34). L'estimation des $Reff_{OSCOUR®}$ (passages aux urgences) est significativement supérieure à 1 ($Reff_{OSCOUR®}$: 1,38) et en augmentation par rapport à la semaine précédente (1,29). L'estimation du $Reff_{SI-VIC}$ est également en hausse et est significativement supérieure à 1 (1,42 en S43 vs 1,39 en S42). **Ces 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 en Corse avec le $Reff_{OSCOUR}$ 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 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 13 jours, le nombre hebdomadaire de nouveaux patients admis à l'hôpital aura doublé dans 13 jours et le nombre de patients admis en réanimation aura doublé dans 14 jours.

Le nombre de décès lors d'une hospitalisation et en ESMS liés à la COVID-19 étaient en **nette augmentation** en S43 avec 1 318 décès (**872 décès en S42, +51%**). Cette augmentation était particulièrement élevée en milieu hospitalier (1 078 décès en S43 vs 672 en S42, +60%). Les données concernant les décès survenus parmi les résidents des EHPA et autres EMS ne sont pas consolidées. L'augmentation des nombres de cas de COVID-19 parmi les résidents des EHPAD fait cependant craindre une poursuite de l'augmentation des décès dans les prochaines semaines. En semaine 43, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 par région étaient observés en Auvergne-Rhône-Alpes (4,12/100 000 habitants), Provence-Alpes-Côte d'Azur (2,81), Île-de-France (2,42), Hauts-de-France (2,20).

Au niveau national, le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus en S40 (du 28 septembre au 04 octobre) **et en S41** (du 05 au 11 octobre) **était en hausse significative** par rapport au nombre attendu, avec un excès modéré. Cette augmentation concernait principalement les personnes de 65-84 ans. Dans cette classe d'âge, le nombre de décès était également supérieur à l'attendu en S42. **Au niveau régional, en S41, une hausse significative du nombre de décès était observée en Occitanie et Ile-de-France et en S42 en Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur**. Ces excès modérés concernaient 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](#).

Régions métropolitaines

L'épidémie s'est étendue à l'ensemble du territoire métropolitain mais les régions actuellement les plus impactées sont l'Auvergne-Rhône-Alpes (taux d'incidence 702 cas/100 000 habitants en S43), les Hauts-de-France (517), l'Île-de-France (435) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (420). Les métropoles présentant des taux d'incidence les plus importants étaient : Saint-Etienne Métropole (1 145 cas : 100 000 habitants en S43), Métropole Européenne de Lille (941), Métropole de Lyon (837), Grenoble-Alpes-Métropole (756) et Métropole de Strasbourg (576).

En **Auvergne-Rhône-Alpes**, par rapport à la semaine 42, l'épidémie est en très forte progression avec un taux d'incidence en augmentation de +64% et un taux de positivité qui a progressé de 7 points en S43. Tous les départements sont concernés par cette augmentation. Les indicateurs les plus élevés sont toujours enregistrés dans la Loire et le Rhône suivis par la Haute-Loire, l'Isère et l'Ain. Neuf des 12 départements de la région ont un taux d'incidence supérieur ou égal à 500/100 000 hab. et un seul se situe juste en dessous de 250/100 000 hab. Les métropoles de Saint-Etienne et Lyon sont les plus touchées. L'impact sur les services hospitaliers est important : 2 637 nouvelles hospitalisations dont 315 en réanimation en S43 ont été enregistrées, soit une augmentation de +79% pour les hospitalisations tous services et de +52% pour la réanimation, l'impact sur le système de santé est majeur. Le nombre de décès hospitaliers a également fortement augmenté passant de 130 à 205 décès en semaine 43 (+58%).

En **Hauts-de-France**, la situation épidémiologique continue de se dégrader fortement avec une forte progression du nombre de nouveaux cas associée à une augmentation constante des recours aux soins, des hospitalisations et admissions en services de réanimation. Cette progression de l'épidémie dans la région touche plus particulièrement le département du Nord et la métropole lilloise. On observe également aussi une importante dégradation des indicateurs de morbidité et mortalité dans l'Aisne et le Pas-de-Calais.

En **Île-de-France**, les taux d'incidence, taux d'hospitalisation et d'admissions en réanimation et de décès sont en progression en S43. Tous les départements d'Île-de-France avaient des taux d'incidence supérieurs à 250 cas/100 000 habitants. L'impact sur les services hospitaliers est important avec en S43, 2 860 patients qui ont été hospitalisés dont 508 en réanimation.

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, l'augmentation de l'ensemble des indicateurs suivis s'accroît en S43, confirmant la dégradation de la situation sanitaire observée depuis plusieurs semaines. Le taux d'incidence était en nette hausse avec 410 cas pour 100 000 habitants en S43 (249 en S42) et le taux de positivité était de 18,3% (vs 12,9 % en S42). Ces hausses concernent tous les départements.

L'activité COVID des services des urgences et des associations SOS Médecins était également en hausse en S43. Les hospitalisations pour COVID, dont les hospitalisations en réanimation, continuent d'augmenter dans la région. Le nombre d'épisodes COVID en établissements médicaux sociaux étaient aussi en forte augmentation en S43.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

- **En Guadeloupe**, la diminution des indicateurs de surveillance épidémiologique observée ces dernières semaines se poursuit en S43. Le taux d'incidence était de 71/100 000 habitants (104 en S42) et le taux de positivité de 10,9% (14,3% en S42). La situation demeure tendue en milieu hospitalier avec une stabilisation des indicateurs de surveillance à des niveaux élevés. Le nombre de décès était significativement supérieur à celui attendu de la S35 à S40 (du 24 août au 4 octobre), tous âges confondus. La Guadeloupe est toujours classée en niveau de vulnérabilité élevé.
- **En Martinique**, l'ensemble des indicateurs sont en augmentation avec un taux d'incidence de 212/100 000 habitants en S43 (vs 152 en S42) et un taux de positivité de 16,0% (vs 13,8% en S42). Le taux d'hospitalisation était également en légère augmentation (9,2 en S43 vs 8,6 en S42). La Martinique est toujours classée en niveau de vulnérabilité élevé.
- **En Guyane**, les indicateurs étaient en légère augmentation en semaine 43, le taux d'incidence était de 47/100 000 habitants (36 en S42), et le taux de positivité de 6,4% (5,3% en S42). Le nombre d'hospitalisation était en augmentation mais le nombre d'admission en réanimation était stable. La Guyane est toujours classée en niveau de vulnérabilité élevé.

- **A La Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient en augmentation en semaine 43 avec un taux d'incidence au-dessus du seuil d'alerte (57/100 000 habitants en S43 vs 38 en S42), et un taux de positivité de 5,6% (4,8% en S42). Le nombre d'hospitalisation était en légère augmentation. La Réunion reste classée en niveau de vulnérabilité modéré.
- **A Mayotte**, une légère augmentation des indicateurs est observée. Le taux d'incidence était de 57/100 000 habitants (54,0 en S42) et le taux de positivité de 10,7% (9,7% en S42). Le taux d'hospitalisation était également en légère augmentation 3,9/100 000 habitants (1,4 en S42). Mayotte reste classée en niveau de vulnérabilité modéré.

En France métropolitaine et dans les DROM

Dans le contexte de la forte progression de l'épidémie, les données des clusters restent pertinentes pour identifier les collectivités à risque pour lesquelles la proportion de **clusters à criticité élevé** est la plus importantes contribuant ainsi à prioriser les mesures de gestion et de contrôle. Les **six types de collectivités** pour lesquelles la proportion de clusters à criticité élevée était la plus importante étaient : les Ehpad (79%), les communautés vulnérables (56%), les établissements médicaux sociaux (EMS) de personnes handicapées (52%), les établissements de santé (45%), les établissements pénitentiaires (42%) et les établissements sociaux d'hébergement et d'insertion (38%).

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) incluant les établissements d'accueil pour personnes âgées, les données de la semaine 43 ne sont pas encore consolidées. Cependant **une forte augmentation du nombre des cas confirmés** est observée avec 12 745 cas recensés en S43 vs 6 932 en S42, soit +84%. **Le nombre moyen de cas confirmés par épisode était en forte progression** par rapport à la semaine précédente, **chez les résidents** (25,7 cas confirmés par épisode en S43 vs 14,1 en S42) **comme chez le personnel** (13,6 en S43 vs 8,0 en S42).

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 64% des personnes admises en réanimation et 92% des personnes décédées de COVID-19. De plus, 89% 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 43, **l'augmentation des nouveaux cas confirmés et des personnes-contacts à risque se poursuit** avec une augmentation de 26% des nouveaux cas et de 18% des personnes-contacts. En regard de cette augmentation plus rapide des cas que des personnes-contacts, le nombre moyen de personnes-contacts par cas reste stable à 2,8 et la proportion de cas ne rapportant aucun contact à risque diminue à 35% (vs 40% en S40) (données non montrées). Ces éléments suggèrent une répartition plus homogène de contacts parmi les cas et une diminution du nombre de cas rapportant de très nombreux contacts.

Par ailleurs, l'évolution du dispositif avec un envoi d'instruction par email aux personnes-contacts en remplacement d'un appel téléphonique peut avoir des conséquences sur les indicateurs de suivi si les personnes-contacts notifiées par email ont une attitude différente de celles appelées, en particulier pour se faire tester. A ce stade, il n'est donc pas possible de documenter l'impact du changement de cette procédure.

Enfin, parmi les cas symptomatiques, le délai moyen entre la survenue des premiers signes cliniques et la date de prélèvements reste inférieur à 3 jours au niveau national. Dans les semaines à venir, le déploiement des tests antigéniques selon les indications établies par la Haute autorité de santé (HAS) devraient permettre de réduire encore ce délai.

Par ailleurs, **le délai entre le prélèvement et la disposition des résultats dans la base de données SI-DEP reste majoritairement inférieur à 24h** même si cette proportion est **en diminution** au profit d'une augmentation de la part des tests intégrés sous 48h.

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 ([lien](#)). Un nouveau bilan sera inclus dans le point épidémiologique de la semaine prochaine. 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'était ensuite significativement améliorée pour tous les indicateurs (états anxieux, dépressifs et satisfaction de vie) à l'exception des problèmes de sommeil qui se maintenaient à des niveaux élevés. Dans la dernière enquête réalisée fin octobre, **une augmentation significative des troubles dépressifs a été observée en comparaison de l'enquête fin septembre**

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

En conclusion

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

En France métropolitaine, la situation épidémiologique continue de se dégrader avec une très forte augmentation des indicateurs nationaux marquant une importante accélération de l'épidémie de COVID-19 sur l'ensemble du territoire.

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

Toutes les régions métropolitaines sont touchées par cette accélération de l'épidémie. Les augmentations des indicateurs sont **plus particulièrement marquées chez les personnes âgées de 65 ans et plus**, pour lesquelles l'augmentation des recours aux urgences pour COVID-19 est la plus forte. Par ailleurs, depuis début septembre, le nombre de patients de cette tranche d'âge admis en hospitalisation a été multiplié par 8 et celui du nombre de patients admis en réanimation par 7. **Ce constat chez les personnes les plus âgées, plus fragiles, laisse présager une poursuite de l'augmentation des hospitalisations et des décès dans les semaines à venir.** En effet, les formes graves surviennent à distance du début des signes cliniques : les hospitalisations et admissions en réanimation surviennent avec un décalage d'une à deux semaines après le début des signes et le décès avec un décalage de 3 à 4 semaines.

La plus grande vigilance doit 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.

L'évolution de la situation hospitalière pour la COVID-19 en semaine 43 est préoccupante. L'augmentation du nombre de cas, du nombre de personnes nouvellement hospitalisées, du nombre de personnes nouvellement admises en réanimation dans toutes les régions de France métropolitaine annonce des tensions hospitalières dans l'ensemble des régions. **Les prochaines semaines seront décisives quant à l'impact de l'épidémie sur le système de santé, dans l'attente d'observer les premiers effets sur l'évolution de l'épidémie des mesures de gestion les plus fortes (confinement) annoncées cette semaine.**

Dans ce contexte, il est crucial que chaque personne **présentant des symptômes évocateurs de COVID-19**, même légers, **adhère à la stratégie « Tester-Alerter-Protéger »** : s'isoler, porter le masque, réduire les contacts au strict minimum et réaliser un test diagnostique dans les plus brefs délais. L'utilisation des outils numériques (TousAntiCovid) est également recommandée pour renforcer les mesures de contact tracing et d'isolement rapide.

En l'absence de traitement curatif et de vaccin, il est également primordial que **chacun d'entre nous**, et pour le bénéfice de tous, **applique systématiquement des mesures d'hygiène, la réduction des contacts** (salut sans embrassade et sans serrer les mains, maintien de la distance physique, regroupements à éviter), le port approprié du masque (bouche et nez couverts), ainsi que l'aération des endroits clos. Les personnes contacts de cas confirmés doivent également respecter les périodes d'isolement.

Ces mesures individuelles, couplées aux mesures collectives, sont les seuls moyens permettant actuellement de freiner la circulation du virus SARS-CoV-2.

Méthodes

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

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

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

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

Services de réanimation sentinelles: données non exhaustives à visée de caractérisation en termes d'âge, sévérité, évolution clinique, des cas de COVID-19 admis en réanimation (du 16 mars au 30 juin 2020 puis depuis le 5 octobre 2020).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Equipe de rédaction

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

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