

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 12 novembre 2020

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires.
Ce bilan est basé sur les données épidémiologiques de surveillance du COVID-19 (SARS-CoV-2) rapportées à Santé publique France jusqu'au 11 novembre 2020.

Points clés

► France métropolitaine

Ralentissement de la circulation du SARS-CoV-2 mais maintien à un niveau très élevé de l'ensemble des indicateurs

- Diminution du nombre de nouveaux cas confirmés (-14%)
- Augmentation plus lente du nombre d'hospitalisations (+14%) et du nombre d'admissions en réanimation (+17%)
- Poursuite de l'augmentation du nombre de décès (+29%) avec forte augmentation dans les établissements médico-sociaux
- Excès de mortalité toutes causes plus marqué en semaines 43 et 44
- Régions les plus touchées : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur

► Outre-mer

- Maintien des indicateurs à un niveau élevé en Martinique ; tendance à la diminution en Guadeloupe et en Guyane ; légère augmentation à Mayotte ; tendance à l'augmentation à La Réunion

► Prévention : Etude CoviPrev (début novembre)

- Augmentation de l'adoption des mesures d'hygiène et de réduction des contacts

► Santé mentale : Etude CoviPrev (début novembre)

- Augmentation significative des troubles dépressifs dans l'ensemble de la population (de 10% fin septembre à 21%)

Chiffres clés en France

S45 S44* Evolution

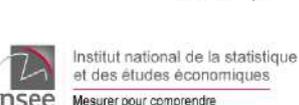
Indicateurs hebdomadaires semaine 45 (du 02 au 08 novembre 2020)

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	286 972	333 371	-14%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	19,5%	21,0%	-1,5 points
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	6 269	7 655	-18%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	14 584	14 959	-3%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	19 940	17 450	+14%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	3 037	2 605	+17%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	3 355	2 605	+29%

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 10 novembre 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	193 100
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	42 207

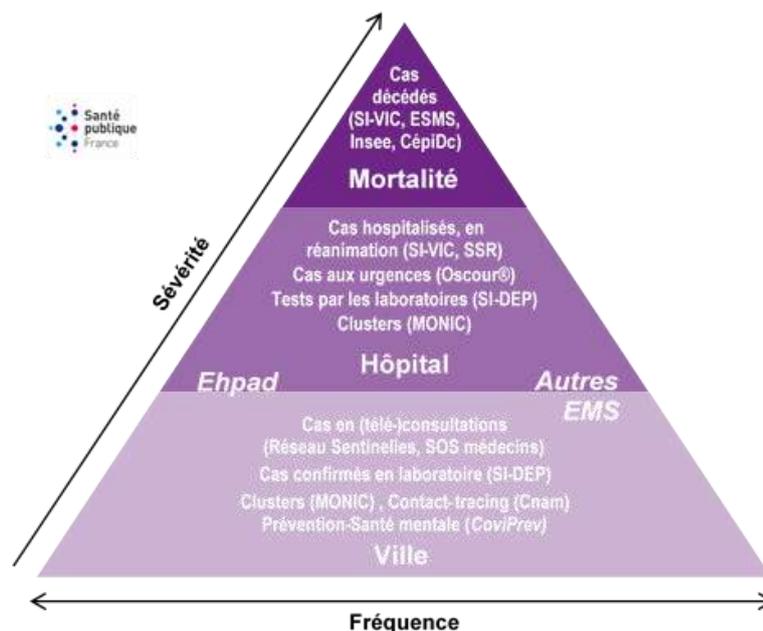
* Données consolidées



Sommaire	Page
Synthèse : points et chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire : réseau Sentinelles et associations SOS médecins	3-4
Surveillance virologique	5-12
Activité d'identification des contacts	13-16
Cas confirmés de COVID-19	17
Clusters (foyers de transmission) : criticité selon les collectivités	18
Surveillance dans les établissements sociaux et médico-sociaux	19-21
Surveillance aux urgences	22
Nombre de reproduction effectif «R-effectif»	23-24
Surveillance en milieu hospitalier	25-30
Surveillance de la mortalité	31-34
Situation internationale	35-36
Prévention et santé mentale	37-40
Synthèse - Conclusion	41-46
Méthodes	47

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

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



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

Surveillance en médecine ambulatoire

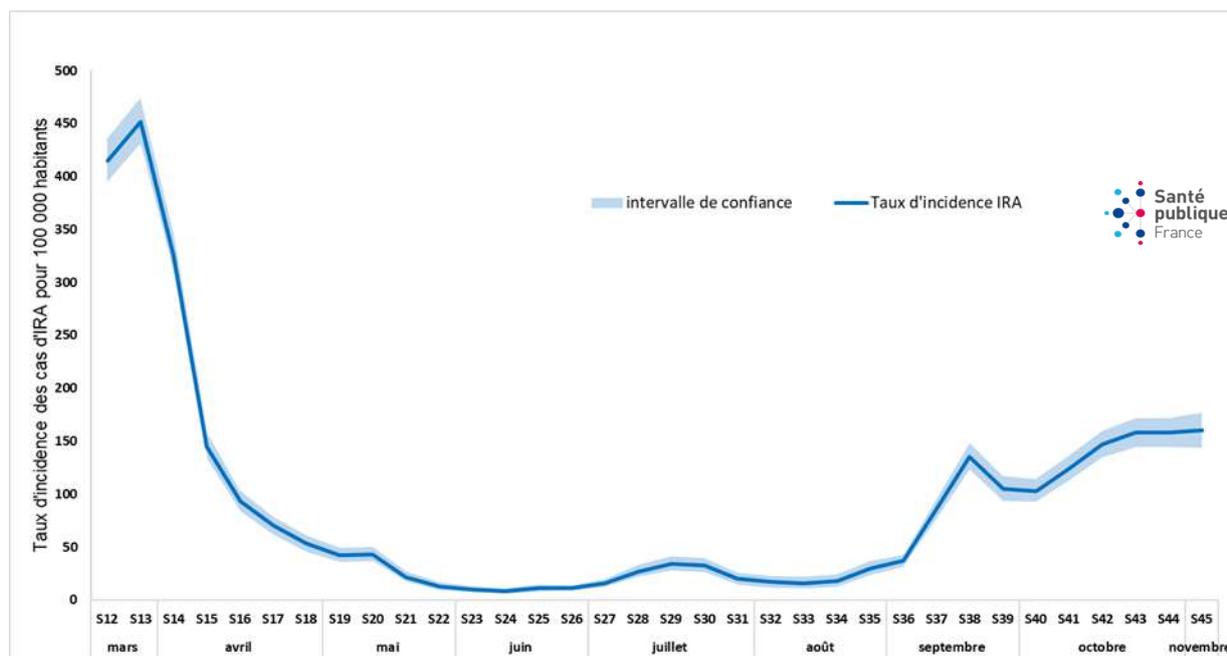
Réseau Sentinelles

La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le Réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des patients chez lesquels sont réalisés des prélèvements.

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

- **En semaine 45** (du 02 au 08 novembre 2020), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 165/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [147-177]) en France métropolitaine, stable par rapport à celui de la semaine 44 : 165/100 000 habitants (IC95% : [148-182]) (Figure 1).
- **En semaine 45**, sur les 38 patients présentant une IRA qui ont été prélevés, 11 se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2, 8 positifs pour un rhinovirus et 1 virus respiratoire syncytial (VRS).
- Depuis la semaine 37, sur les 330 patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés sur prélèvement nasopharyngé, 75 (23%) se sont révélés positifs pour le SARS-CoV-2, 153/324 (47%) positifs pour un rhinovirus et 1 virus respiratoire syncytial (VRS). Aucun n'était positif pour un virus grippal.

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



Surveillance virologique

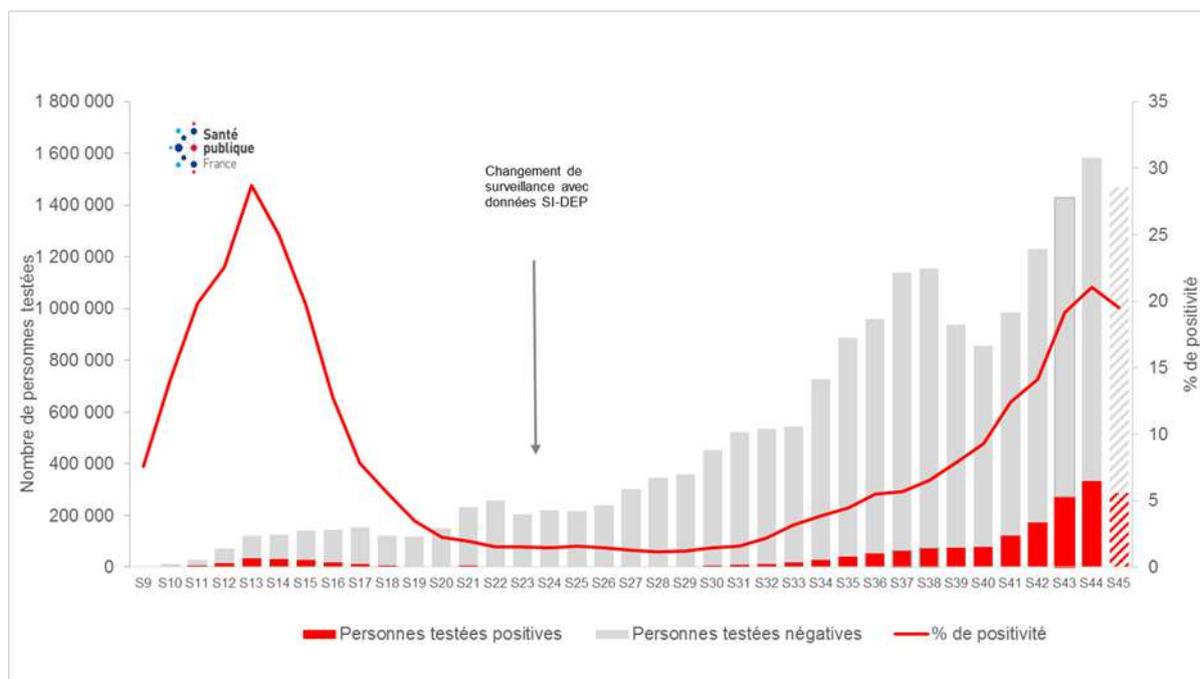
Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou par département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées 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 indicateurs présentés 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 45, 1 468 598 personnes ont été testées pour la première fois pour le SARS-CoV-2 par RT-PCR (pour 2 123 591 tests réalisés). En S45, **286 972 nouveaux cas** ont été rapportés, **nombre en diminution** par rapport à celui de la semaine 44 où 333 371 nouveaux cas avaient été rapportés, soit -14%.
- **Le taux de positivité** national hebdomadaire était en S45 de **19,5%** (calculé sur les patients testés et dont les tests sont valides), **en diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (21,0% en S44) (Figure 4).
- **Le taux national d'incidence** (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) **était de 427,6 cas/100 000 habitants** en S45 et en diminution par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (496,7 cas /100 000 hab. en S44, -14%).
- Le taux de dépistage (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **2 188/100 000 habitants en diminution** par rapport à la semaine 44 (2 361/100 000 hab., soit -7%).

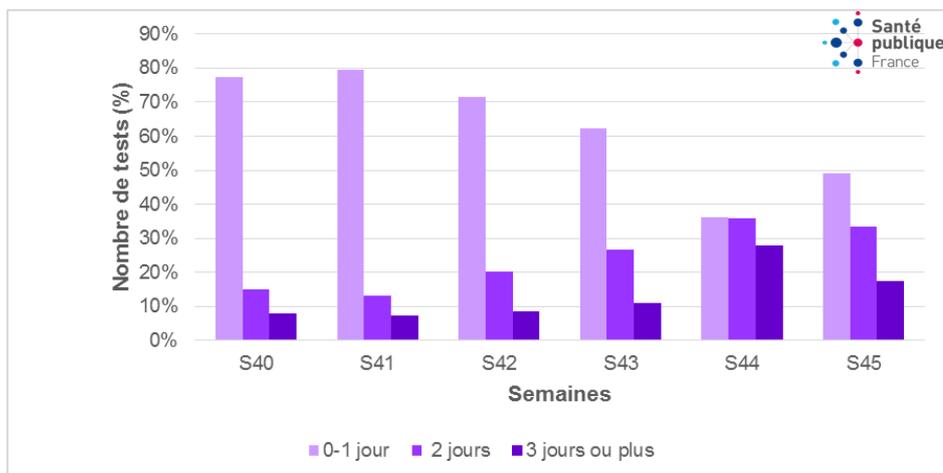
Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité dans les laboratoires, par semaine, France, (source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 : SI-DEP, données au 11 novembre 2020)



S45 : Données provisoires, en cours de consolidation

- La proportion des tests qui sont intégrés dans SI-DEP dans un délai de 24h est en augmentation en S45 (49% en S45 vs. 36% en S44) (Figure 5) au profit d'une légère diminution de la part des tests intégrés sous 48h (33% en S45 vs. 36% en S44). En semaine 45, 82% des tests sont intégrés dans SI-DEP en moins de 3 jours après la date du prélèvement (72% en S44).

Figure 5. Délai entre la date de prélèvement et l'intégration des données dans la base SI-DEP, S40/2020 à S45/2020 (source : SI-DEP, données au 11 novembre 2020)

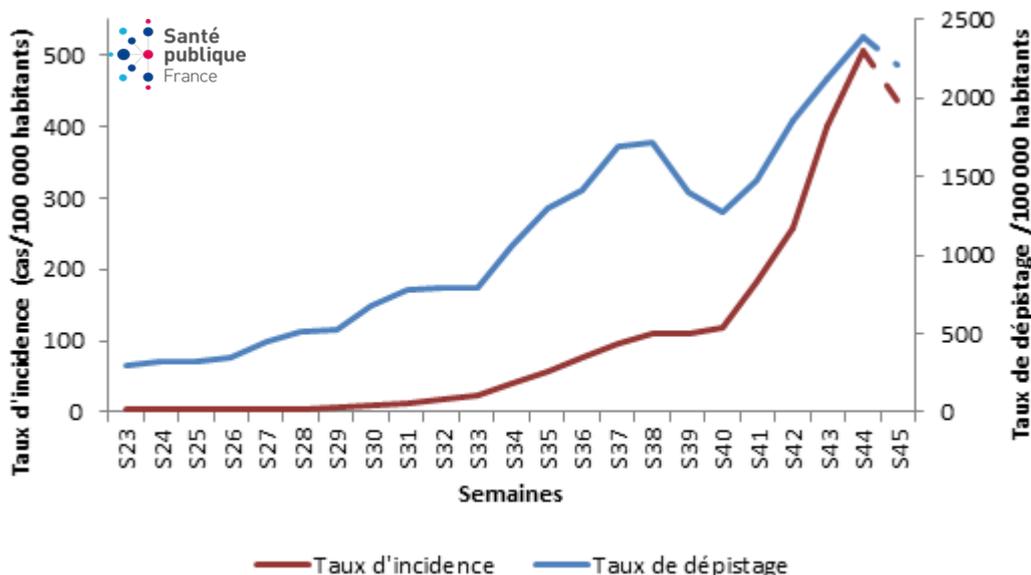


S45 : Données provisoires, en cours de consolidation

En France métropolitaine

- En semaine 45, 1 436 553 personnes ont été testées pour la première fois. En S45, 283 563 nouveaux cas ont été rapportés, en diminution par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S44 avec 328 999, -14%).
- Le taux de positivité était de 19,7% en S45, en diminution par rapport à la S44 (21,3% en S44 soit -1,5 points).
- Le taux d'incidence en France métropolitaine a diminué en S45 avec 437 cas/100 000 habitants (vs. 507/100 000 en S44, -14%) (Figure 6).
- Le taux de dépistage hebdomadaire était de 2 214/100 000 habitants en S45, en diminution par rapport à la semaine précédente (2 384/100 000 en S44, -7%).

Figure 6. Evolution des taux d'incidence et taux de dépistage (/100 000 habitants), par semaine, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source : SI-DEP, données au 11 novembre 2020).

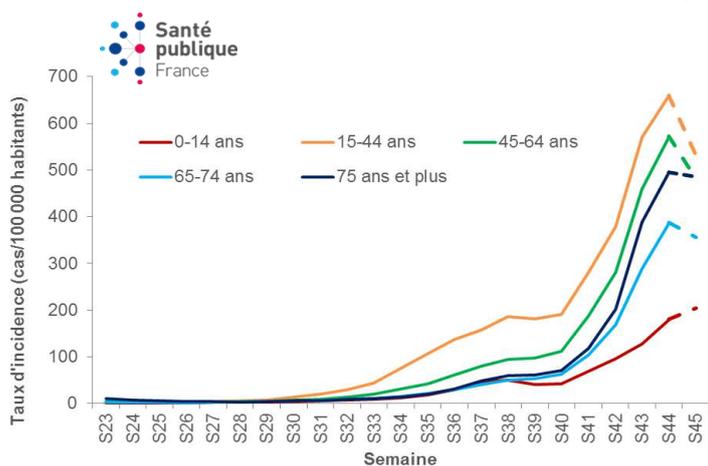


S45 : Données provisoires, en cours de consolidation

Analyse par classes d'âge

- En semaine 45, en France métropolitaine, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) était de 204 chez les 0-14 ans, 531 chez les 15-44 ans, 481 chez les 45-64 ans, 355 chez les 65-74 ans et 485 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).
- En semaine 45, le **taux d'incidence** a diminué par rapport à la S44 dans toutes les classes d'âges excepté chez les 0-14 ans où ce taux a augmenté (+13%). **La diminution la plus marquée était observée chez les 15-44 ans (-19%), suivie par les 45-64 ans (-16%),** les 65-74 ans (-8%) et les 75 ans et plus (-2%) (Figure 7a).
- En semaine 45, par rapport à la S44, le **taux de dépistage** était en augmentation chez les 0-14 ans (+16%) et chez les 75 ans et plus (+3%). Ce taux était en diminution chez les 15-44 ans (-13%), les 45-64 ans et chez les 65-74 ans (-2,4%) (Figure 7b).
- En semaine 45, le **taux de positivité a diminué** par rapport à la S44 dans toutes les classes d'âge. Le taux de positivité était de 18,7% chez les 0-14 ans, de 19,3% chez les 15-44 ans, de 19,9% chez les 45-64 ans, 20,3% chez les 65-74 ans et de 21,7% chez les 75 ans et plus (Figure 7c). **Les diminutions les plus fortes étaient observées chez les 15-44 ans (-1,6 points, 19,3% en S45 vs. 20,9% en S44) et chez les 45-64 ans (-1,9 points, 19,8% en S45 vs. 21,7% en S44).**

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 11 novembre 2020)



S45 : Données provisoires, en cours de consolidation

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 11 novembre 2020)

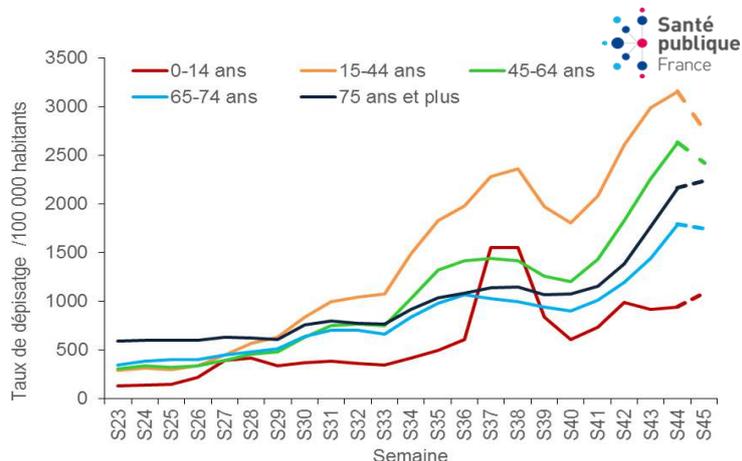
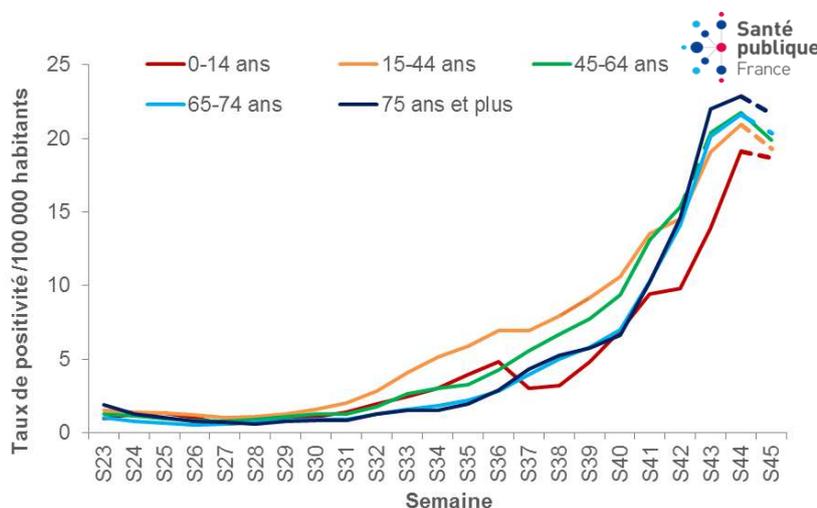


Figure 7c. Evolution des taux de positivité selon les classes d'âge depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 11 novembre 2020)

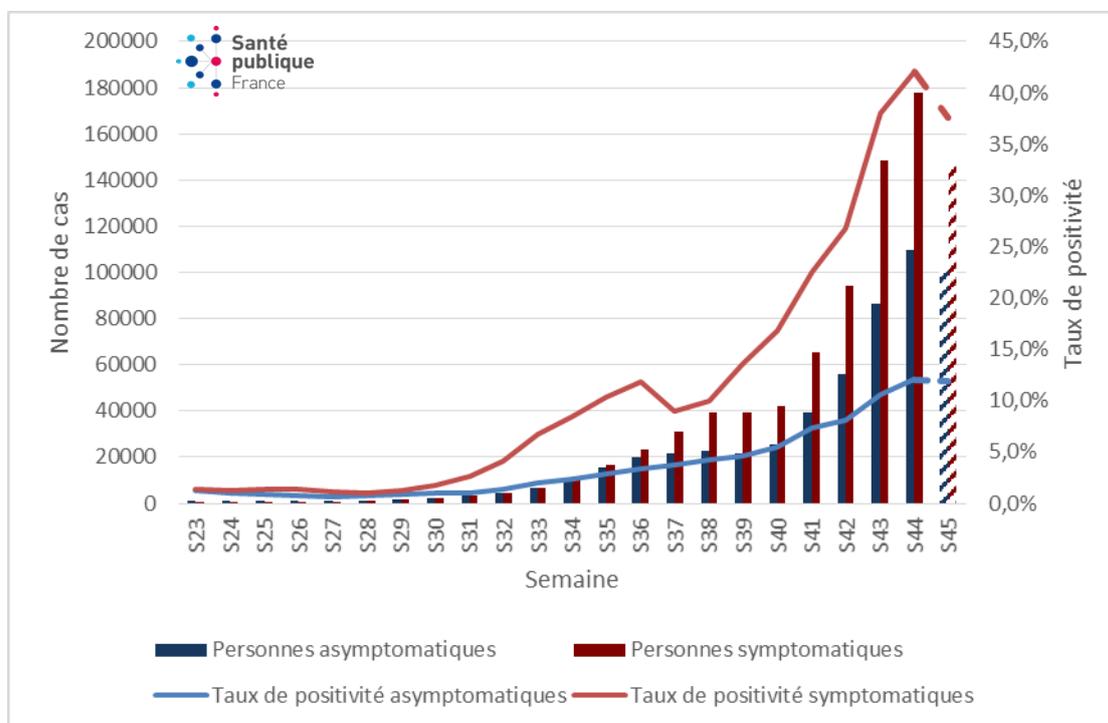


S45 : Données provisoires, en cours de consolidation

Dépistage selon la présence de symptômes

- Parmi l'ensemble des personnes testées en S45 (quel que soit le résultat du test), **68% se déclaraient sans symptôme** proportion stable par rapport à la S44 (68%). **Le nombre de personnes testées a diminué en S45 par rapport à la S44**, à la fois chez les personnes symptomatiques et chez les personnes non symptomatiques : 842 965 asymptomatiques en S45 vs. 908 102 en S44 (-7%) et 390 313 symptomatiques en S45 vs. 422 616 en S44 (-8%).
- **Plus de la moitié des cas positifs (59%) présentaient des symptômes** (données disponibles pour 247 305 cas). Cette proportion était quasi-identique par rapport à la S44 (62%) (Figure 8).
- **En S45, le taux de positivité était de 37,6% chez les personnes symptomatiques, en diminution par rapport à la S44 (42%).** Il était de **11,9% chez les asymptomatiques** (vs. 12,1 en S44) (Figure 8).
- En S45, par rapport à la S44, **une diminution des nombres de cas était observée chez les personnes testées symptomatiques (-17%) et chez les personnes testées asymptomatiques (-8%)** (Figure 8).

Figure 8. Evolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes (1 411 095 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 11 novembre 2020).



S45 : 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 45, dans tous les **départements le taux d'incidence était au-dessus du seuil d'alerte de 100/100 000 habitants**. Quatre-vingt-sept départements dépassaient le taux de 250 cas pour 100 000 habitants, identique au nombre rapporté en S44. Les taux d'incidence des départements les plus élevés étaient situés en région Auvergne-Rhône-Alpes : la Savoie (1 106/100 000 habitants), la Haute-Savoie (1 092), la Haute-Loire (1 046) et la Loire (1 014) (Figure 9a). Dans ces départements, ces taux étaient en **diminution par rapport à la semaine précédente, excepté en Savoie (+3,3%)**.
- **Le taux de positivité** était supérieur à 10% dans tous les départements de France métropolitaine excepté en Charente-Maritimes (8,4%), Finistère (9,1) et Haute-Corse (9,2) (Figure 9b). Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés en région Auvergne-Rhône-Alpes : en Savoie (35%), en Haute-Savoie (34%), en Isère, Haute-Loire et dans la Loire (31% respectivement) et ils étaient en **diminution par rapport à la semaine précédente dans ces départements** (Figure 9b).
- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** en S45 étaient la Haute-Loire (3 348/ 100 000 hab.), la Loire (3 284), la Haute-Savoie (3 195), la Savoie (3 147) et le Rhône (3 076), et étaient en **diminution par rapport à la semaine précédente dans ces départements excepté en Haute-Savoie (+2.2%) et en Savoie (+6.5%)** (Figure 9c).

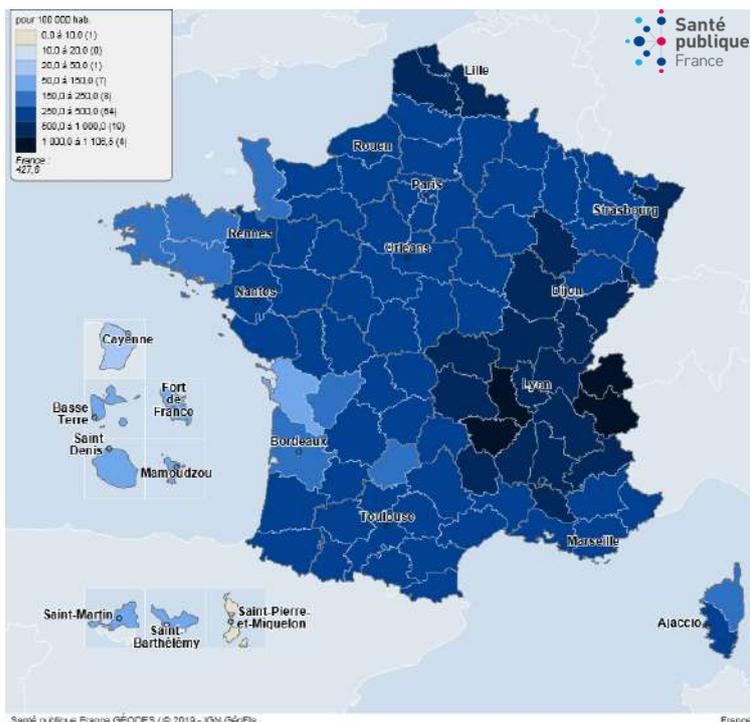
En outre-mer

- **En Guadeloupe, en S45**, le taux d'incidence a diminué et était de 51/100 000 habitants (vs. 77/100 000 habitants en S44) et le taux de positivité était **de 10%, stable par rapport à la S44**.
- **En Guyane**, les indicateurs étaient **en légère hausse** en semaine 45 : le taux d'incidence était de 46/100 000 habitants (42 en S44) et le taux de positivité de 6,3% (6,2% en S44).
- **A La Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient **en augmentation** en semaine 45 : le taux d'incidence était de 81/100 000 habitants (70 en S44) et le taux de positivité de 6,7% (6,3% en S44).
- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP étaient **en baisse** en S45, avec un taux d'incidence de 143/100 000 habitants (203 en S44) et un taux de positivité de 12,6% (14,2% en S44).
- **A Mayotte**, les indicateurs SI-DEP étaient **en hausse** en semaine 45 : le taux d'incidence était de 97/100 000 habitants (66 en S44) et le taux de positivité de 14,4% (12,9% en S44).
- **A Saint-Martin, en S45**, le taux d'incidence a diminué et était de 118/100 000 habitants (131/100 000 hab. en S44) et le taux de positivité était de 17,1% en hausse par rapport à la S44 (14,2%).

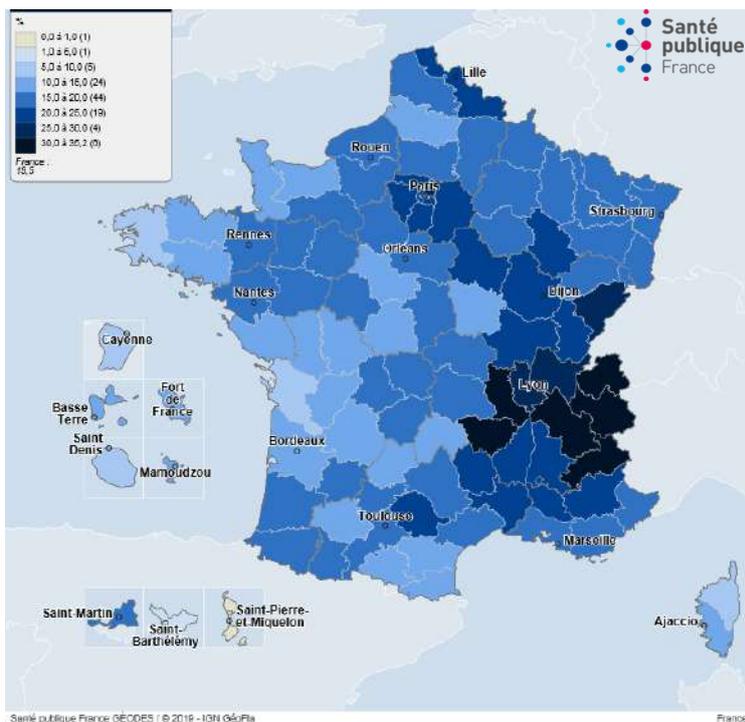
Pour en savoir plus sur les données SI-DEP consulter : [GEODES](#)

Figure 9. Taux d'incidence (9a), de positivité (9b) et de dépistage (9c) pour le SARS-CoV-2 par département (/100 000 habitants), France, du 02 au 08 novembre 2020 (source : SI-DEP, données au 11 novembre 2020)

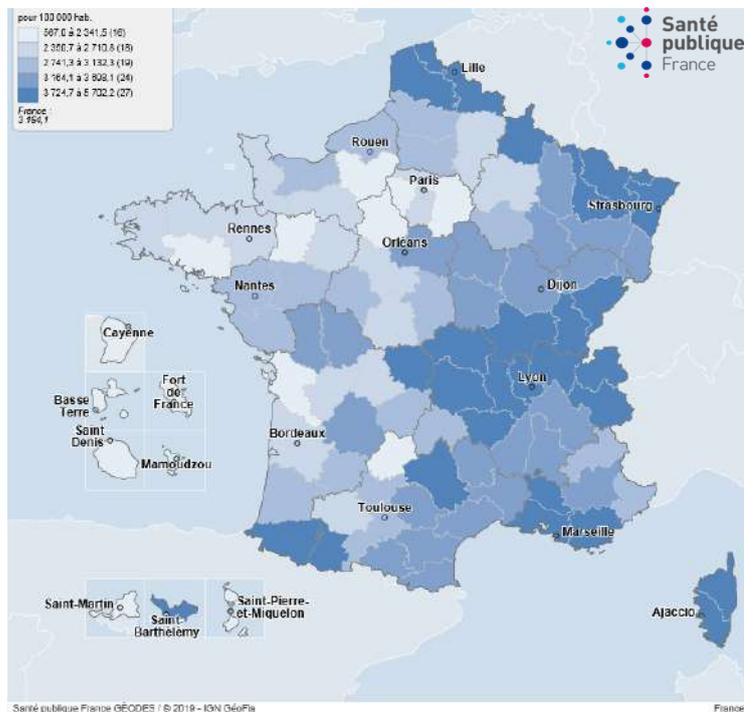
9a.



9b.



9c.



Pour en savoir plus sur les données SI-DEP consulter : [GEODES](https://www.solidarites-santé.gouv.fr/le-sis-dep)

Au niveau des métropoles

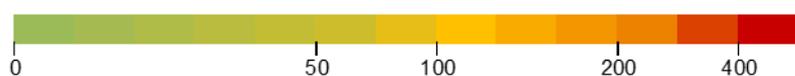
En 2020, le territoire français métropolitain compte 21 Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à statut de métropoles, auxquels il faut ajouter la collectivité territoriale de Lyon métropole.

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 45, **les taux d'incidence** étaient **toujours élevés**. Toutefois, on observe **une légère diminution** de ces taux **dans la quasi-totalité des métropoles présentées, à l'exception des métropoles de Dijon et de Nice Côte d'Azur** (à confirmer avec la consolidation des données).
- En semaine 45, 20 métropoles avaient un **taux d'incidence** supérieur à 250 cas pour 100 000 habitants (Tableau 1). Les cinq métropoles présentant les taux d'incidence les plus élevés étaient : **Saint-Etienne Métropole** (901 cas/100 000 hab.), **Grenoble-Alpes-Métropole** (890 cas/100 000 hab.), **Métropole Européenne de Lyon** (826 cas/100 000 hab.), **Métropole de Dijon** (629 cas/100 000 hab.), et **Métropole de Strasbourg** (596/100 000 hab.) (Figure 10).
- En semaine 45, le **taux de dépistage** sur l'ensemble des 22 métropoles variait de 1 694 à 3 132 pour 100 000 habitants (moyenne : 2 157 pour 100 000 hab.). Les métropoles de **Strasbourg, Lyon et Saint-Etienne** présentaient les taux de dépistages les plus importants.
- En semaine 45, les **taux de positivité** étaient stables ou en légère baisse pour 19 métropoles et augmentaient pour les métropoles de **Dijon** (26,9%), **Lyon** (27,6%) et **Nice** (20,3%). Le taux moyen de positivité était de 20,8%, il variait de 9,3% (métropole de Brest) à 33,7% (Grenoble).

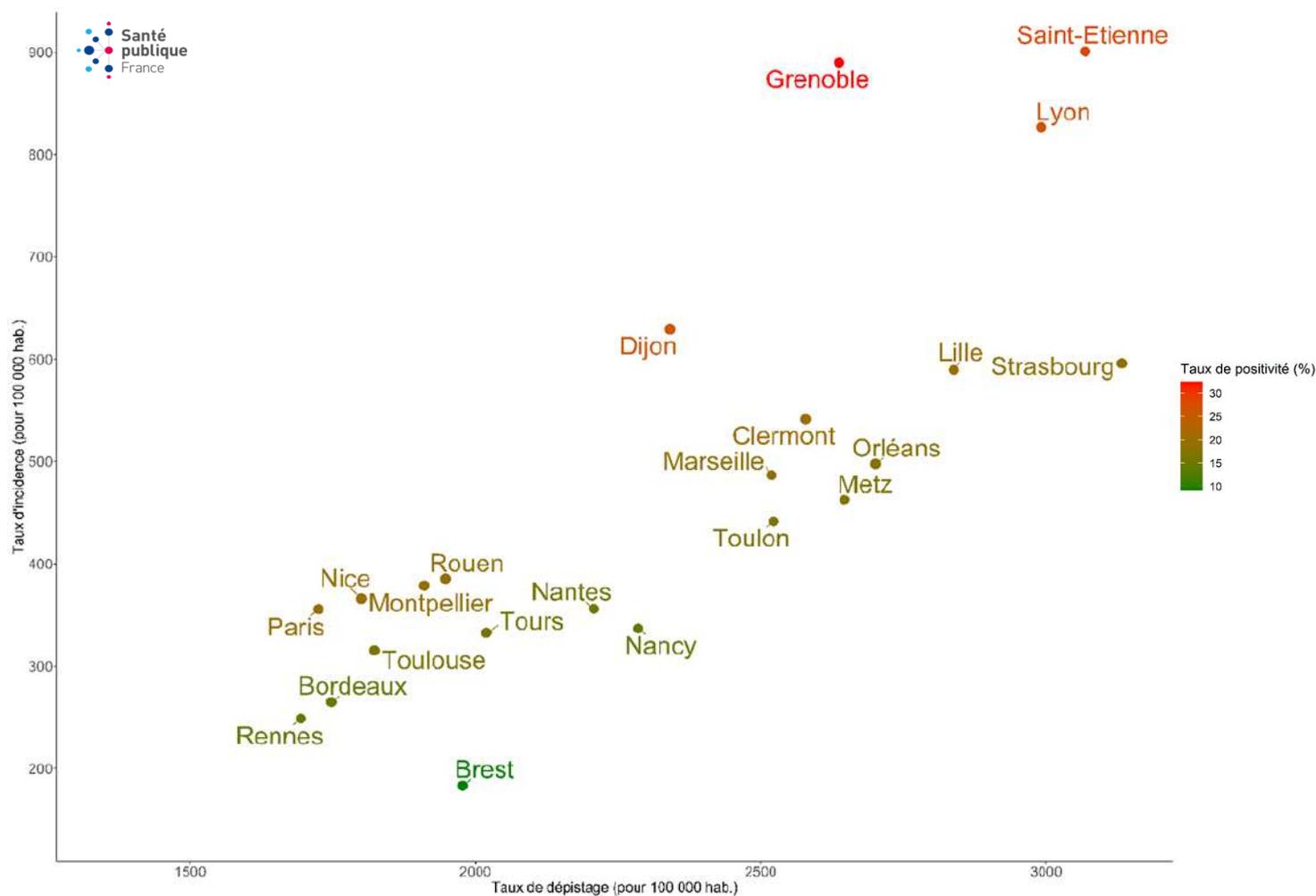
Tableau 1. Evolution des taux d'incidence hebdomadaires par métropole*, France, du 13 juillet au 08 novembre 2020 (source SI-DEP, données au 11 novembre 2020)

Métropoles	Semaines																
	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
ARA - Clermont Auvergne Métropole	0	2	3	3	6	3	8	21	50	76	126	183	245	348	564	611	541
ARA - Grenoble-Alpes-Métropole	4	5	2	20	7	12	10	41	92	108	279	280	423	579	805	923	890
ARA - Métropole de Lyon	10	12	5	8	17	22	50	117	120	147	247	235	382	599	838	873	826
ARA - Saint-Etienne Métropole	8	3	10	6	5	11	24	32	83	122	216	303	512	825	1 159	1 182	901
BFC - Dijon Métropole	2	6	2	4	4	20	28	43	58	60	160	153	185	261	448	615	629
BRE - Brest Métropole	25	3	0	5	3	3	3	13	13	28	58	65	83	114	169	215	183
BRE -Rennes Métropole	0	7	8	10	11	10	7	19	65	62	161	145	139	159	235	312	249
CVL - Orléans Métropole	0	2	14	10	32	34	29	18	34	52	107	126	191	261	427	509	498
CVL - Tours Métropole Val de Loire	2	3	6	5	8	5	11	39	39	43	96	122	181	240	392	442	333
GE - Metz Métropole	14	0	7	6	7	2	23	17	60	77	52	63	113	186	419	508	463
GE - Métropole du Grand Nancy	12	13	22	83	28	7	14	32	26	39	73	89	123	200	357	470	337
GE - Eurométropole de Strasbourg	2	5	10	6	11	16	7	7	26	23	93	69	145	260	577	725	596
HDF - Métropole Européenne de Lille	13	25	34	21	27	24	22	49	82	117	307	322	505	708	944	875	589
IDF - Métropole du Grand Paris	10	13	15	28	27	33	45	57	69	85	213	244	352	419	524	541	356
NAQ - Bordeaux Métropole	12	3	2	7	5	22	21	66	81	122	148	144	140	147	236	290	265
NOR - Métropole Rouen Normandie	5	1	2	2	21	16	41	36	53	59	180	180	274	289	378	452	385
OCC - Montpellier Méditerranée Métropole	1	2	13	12	14	28	38	44	77	67	144	193	244	320	445	451	379
OCC - Toulouse Métropole	2	14	9	18	22	31	46	52	92	109	258	222	269	356	476	435	315
PACA - Métropole d'Aix-Marseille-Provence	5	7	14	22	33	64	98	135	167	148	199	194	236	329	573	593	487
PACA - Métropole Nice Côte d'Azur	10	16	15	22	34	35	44	82	103	93	95	80	113	164	223	333	366
PACA - Métropole Toulon-Provence-Méditerranée	0	0	1	4	9	22	43	42	36	41	61	60	108	186	369	494	442
PDL - Nantes Métropole	7	6	7	11	8	11	13	14	29	39	93	118	148	210	345	405	356



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

Figure 10. Taux d'incidence, taux de dépistage et taux de positivité pour les 22 métropoles en semaine 45 (source SI-DEP, données au 11 novembre 2020)



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

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

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

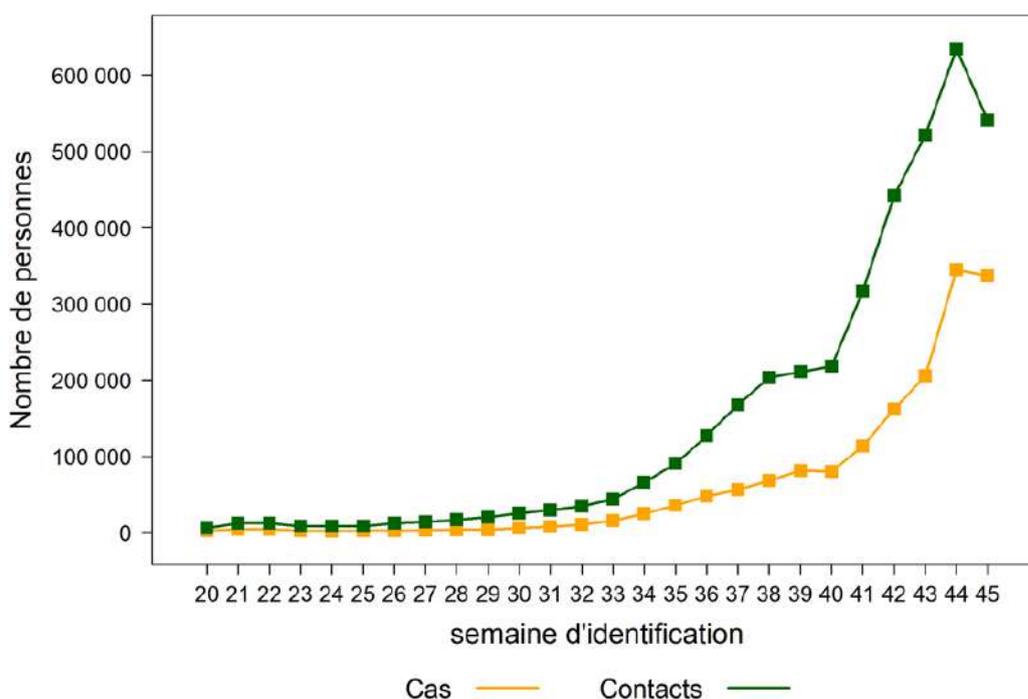
Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) dans le cadre des actions de contact tracing (base de données ContactCovid) permettent de juger de l'efficacité du dispositif de contact tracing et donnent des indications complémentaires aux données de surveillance quant à la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

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

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

- Au cours de la semaine 45, une très légère diminution du nombre de nouveaux cas et une diminution de nouvelles personnes-contacts à risque enregistrées est observée avec respectivement 337 096* nouveaux cas confirmés (vs. 344 692 en S44, soit -2%) et 540 624 nouvelles personnes-contacts à risques (vs. 634 173 en S44, soit -15%) enregistrées (Figure 11).

Figure 11. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque identifiés par semaine du 13 mai au 08 novembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



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

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

Proportion des cas et des personnes-contacts à risque investigués

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

- **En semaine 45, la proportion de cas ayant pu être investigués par l'Assurance maladie a augmenté pour s'établir à 91%** (vs. 78% S44). La proportion de personnes-contacts à risque contactées en semaine 45 est estimée à 88% (Tableau 2) avec 43% des personnes-contacts informées sans appel car ayant été au bout de la démarche sur le site Internet (vs. 23% en S44).

Tableau 2. Nombre et proportion de cas et de personnes-contacts à risque pris en charge par l'Assurance maladie pour le contact tracing (investigations, appels, contacts par mail ou sms selon la période) par région, depuis le début de l'activité de suivi de contacts du 13 mai au 08 novembre 2020 et pendant la dernière semaine (S45/2020) (source : ContactCovid – Cnam)

Territoires/régions	Depuis la levée du confinement du 13/05 au 08/11				Semaine 45 du 02/11 au 08/11			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
France entière	1 633 027**	92	3 795 046**	93	337 096	91	540 624	88
France métropolitaine	1 595 508	93	3 695 012	93	334 846	91	534 374	89
Auvergne-Rhône-Alpes	293 834	96	659 679	93	77 156	93	114 035	88
Bourgogne-Franche-Comté	60 107	89	150 766	82	18 639	86	31 049	75
Bretagne	39 466	96	141 005	95	8 147	94	18 956	90
Centre-Val de Loire	41 731	90	110 112	94	9 976	87	18 934	82
Corse	5 842	95	14 430	94	1 122	93	2 032	92
Grand Est	101 705	98	257 249	88	27 290	96	48 797	84
Hauts-de-France	172 942	90	377 615	92	35 119	89	54 458	89
Île-de-France	388 272	87	713 391	98	57 893	87	71 514	97
Normandie	58 325	94	163 998	95	12 836	93	24 227	95
Nouvelle-Aquitaine	92 044	95	293 649	93	18 801	94	38 760	90
Occitanie	134 899	98	335 511	98	24 425	95	41 568	92
Pays de la Loire	61 280	99	214 604	88	14 283	97	32 087	83
Provence-Alpes-Côte d'Azur	145 061	89	263 003	92	29 159	85	37 957	87
France ultra-marine								
La Réunion	6 465	87	19 587	97	801	76	2 189	91
Martinique	4 515	98	11 376	96	522	94	869	80
Mayotte	2 099	68	4 263	80	84	5	15	87
Guadeloupe	8 257	93	12 159	99	239	87	324	92
Guyane	7 256	92	10 936	100	130	83	214	91
<i>Région indéterminée</i>	8 927		41 713		474		2 639	

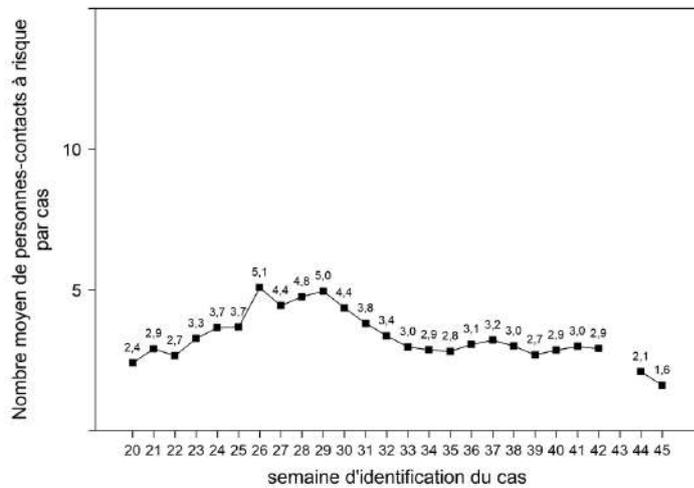
* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020, ou confirmés par un test antigénique utilisé dans les conditions prévues par l'avis de la HAS du 24 septembre 2020. Le nombre de cas confirmés par un test antigénique par date de prélèvement est de 107 en semaine 43, 2 534 en semaine 44 et 8 691 en semaine 45.

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

Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- Le **nombre moyen** de personnes-contacts à risque par cas a **diminué de façon importante** à **1,6** (vs. 2,1 pour la semaine 44) (Figure 12).

Figure 12. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine du 13 mai au 08 novembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)

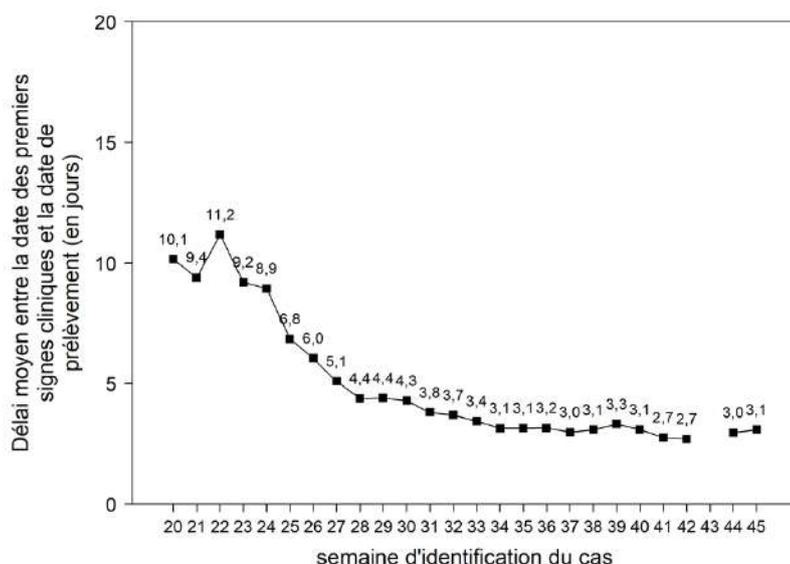


Note : Indicateur non estimable pour la semaine 43

Délai de dépistage des cas symptomatiques

- En **semaine 45**, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour dépistage par RT-PCR renseignés (n=173 087), le **délai moyen de dépistage augmente légèrement pour la 2^e semaine consécutive pour atteindre 3,1 jours** (Figure 13). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient. Les délais de dépistage pour les régions ultra-marines, notamment en Guadeloupe et en Martinique restent toujours plus élevés que ceux des régions métropolitaines. Ce délai s'est particulièrement rallongé en Martinique atteignant 7 jours en S45 (vs. 5,8 en S44) (Figure 14).

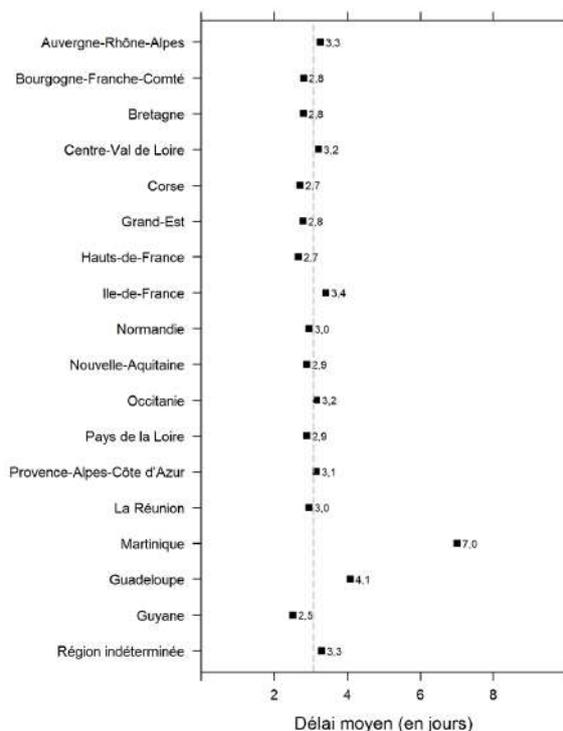
Figure 13. Délai (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement de la RT-PCR parmi les cas symptomatiques par semaine du 13 mai au 08 novembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



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

Note : Indicateur non estimable pour la semaine 43.

Figure 14. Délai (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement de la RT-PCR parmi les cas symptomatiques par semaine du 13 mai au 08 novembre 2020, par région (source : ContactCovid – Cnam)

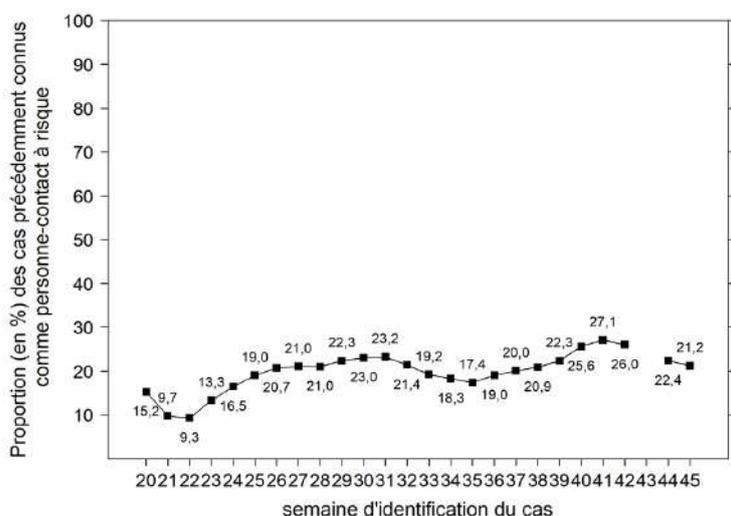


Note :
 Délai moyen calculé si au moins 30 cas avec l'information.
 La ligne verticale correspond à la moyenne nationale de la semaine.

Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque

- En semaine 45, 21,2% des nouveaux cas identifiés étaient précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas (n=71 475). Cet indicateur continue de diminuer depuis la semaine 41 (-5,9 points par rapport à la semaine 42) (Figure 15). Des disparités importantes entre régions métropolitaines sont à noter : de 17,3% en Île-de-France à 27,9% en Bretagne (Figure 16). Dans les régions ultramarines, cette proportion varie de 0% pour Mayotte à 33,8% à La Réunion.

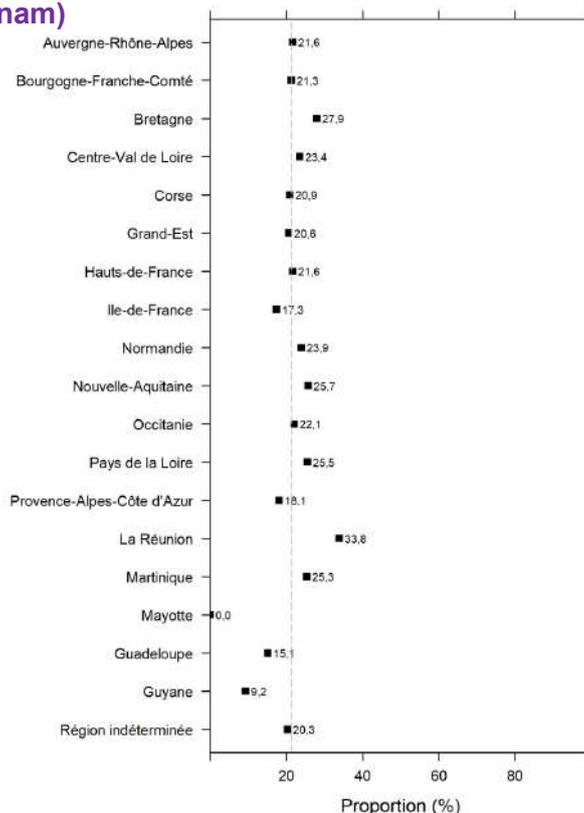
Figure 15. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine du 13 mai au 08 novembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



Note : Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre. En raison d'un défaut de remontée des données pour la semaine 43, les données ne sont pas présentées pour cette semaine.

Note : Indicateur non estimable pour la semaine 43.

Figure 16. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque durant la semaine 45 (du 02 au 08 novembre 2020), par région (source : ContactCovid – Cnam)



Note : Proportion calculée quand au moins 30 cas.

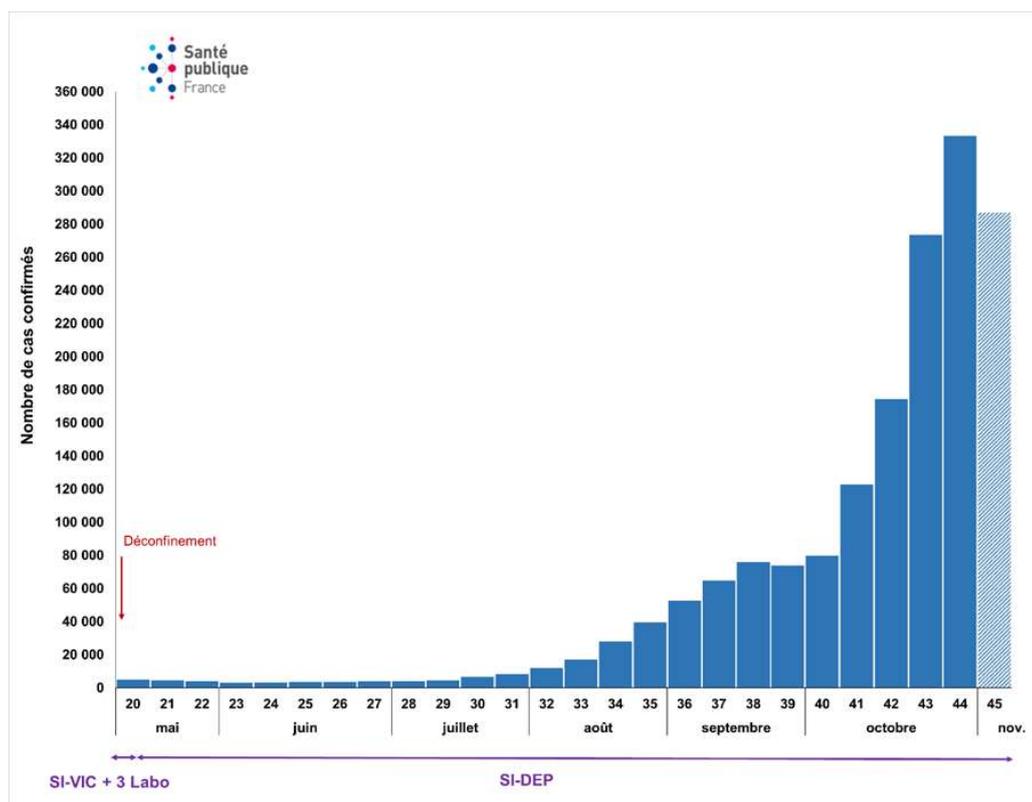
Cas confirmés de COVID-19

Cas confirmé COVID-19 : une personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmée par RT-PCR, 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 11 novembre 2020, 1 725 295 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Au 11 novembre 2020, un total de 1 865 538 cas confirmés de COVID-19 a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.
- Au niveau national, après une augmentation observée les semaines précédentes on constate **en semaine 45 une diminution du nombre de nouveaux cas confirmés** avec 286 972 nouveaux cas enregistrés vs. 333 371 en S44, soit **-14%**. (Figure 17).
- En France métropolitaine, le nombre de nouveaux cas confirmés a **diminué en S45** : 283 563 nouveaux cas, **-14% par rapport à la S44** (328 999 cas), alors qu'il était en augmentation les semaines précédentes.

Figure 17. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 11 mai au 8 novembre 2020 (données au 11 novembre 2020), France entière



S45 : données non consolidées

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

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

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

Depuis la levée du premier 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 09 novembre 2020

- Depuis le 09 mai, 9 055 clusters (dont 2 006 en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)) ont été rapportés. Parmi eux **3 698 (41%) sont en cours d'investigation**, principalement dans les Ehpad, en entreprises privées ou publiques, et en établissements de santé. L'ensemble des clusters inclut 113 963 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 : Ehpad (80%), communautés vulnérables (56%), établissements médico-sociaux (EMS) de personnes handicapées (54%), établissements de santé (51%), établissements pénitentiaires (44%) et établissements sociaux d'hébergement et d'insertion (39 %) (Tableau 3).

Tableau 3. Répartition des collectivités par proportion décroissante de niveau de criticité élevé des clusters rapportés ; N=9 055, au 09 novembre 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	%
Ehpad	2 006	1 317	38 085	16	1 604	80
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	104	29	1 351	14	58	56
EMS de personnes handicapées	586	342	6 774	11	314	54
Etablissements de santé	1 059	452	13 867	11	539	51
Etablissements pénitentiaires	80	42	1 021	14	35	44
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	221	71	2 268	10	86	39
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	33	2	1 110	37	11	33
Structure de l'aide sociale à l'enfance	104	52	745	7	34	33
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	218	6	2 437	8	63	29
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	445	91	4 236	10	124	28
Milieu scolaire et universitaire	1 280	259	20 070	16	312	24
Entreprises privées ou publiques (non classées par ailleurs)	1 928	647	14 529	8	349	18
Transport (avion, bateau, train)	48	26	357	7	5	10
Crèches	262	102	1 315	8	19	7
Autre	681	260	5 798	9	177	26
Total	9 055	3 698	113 963	12	3 730	41

* 9 données manquantes

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

Données cumulées depuis début mars

- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 8 novembre 2020, **18 149 signalements** d'un ou plusieurs cas de COVID-19 biologiquement confirmés ou non ont été déclarés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à Santé publique France via le portail national des signalements du ministère (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>).
- Il s'agissait de **11 204 (62%)** signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 6 945 (38%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 4).
- Parmi les **11 204 signalements** en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 8 632 (77%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 18 149 signalements, **87 932 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **13 263 décès survenus dans l'établissement d'accueil**, 13 149 concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Tableau 4).

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 entre le 1^{er} mars et le 08 novembre 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	11 204	5 011	832	1 102	18 149
Chez les résidents					
Cas confirmés ⁶	75 321	10 480	671	1 460	87 932
Décès ⁷ hôpitaux	5 065	242	0	25	5 332
Décès ⁷ établissements	13 149	98	0	16	13 263
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	37 972	8 776	864	884	48 496

Données recueillies depuis début juillet

- Depuis début juillet et jusqu'au 8 novembre 2020, **10 086 signalements** d'un ou plusieurs cas de COVID-19 ont été déclarés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), dont **6 121 (61%) signalements** survenus en EHPA et 3 965 (39%) dans les autres ESMS. Depuis début juillet, parmi l'ensemble des cas possibles ou confirmés, **2 813 résidents** sont décédés dans les établissements et **1 401** à l'hôpital (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 entre le 13 juillet et le 8 novembre 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	6 121	2 716	475	774	10 086
Chez les résidents					
Cas confirmés ⁶	39 107	6 254	455	989	46 805
Décès ⁷ hôpitaux	1 361	35	0	5	1 401
Décès ⁷ établissements	2 786	22	0	5	2 813
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	20 634	5 183	584	683	27 084

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) ;

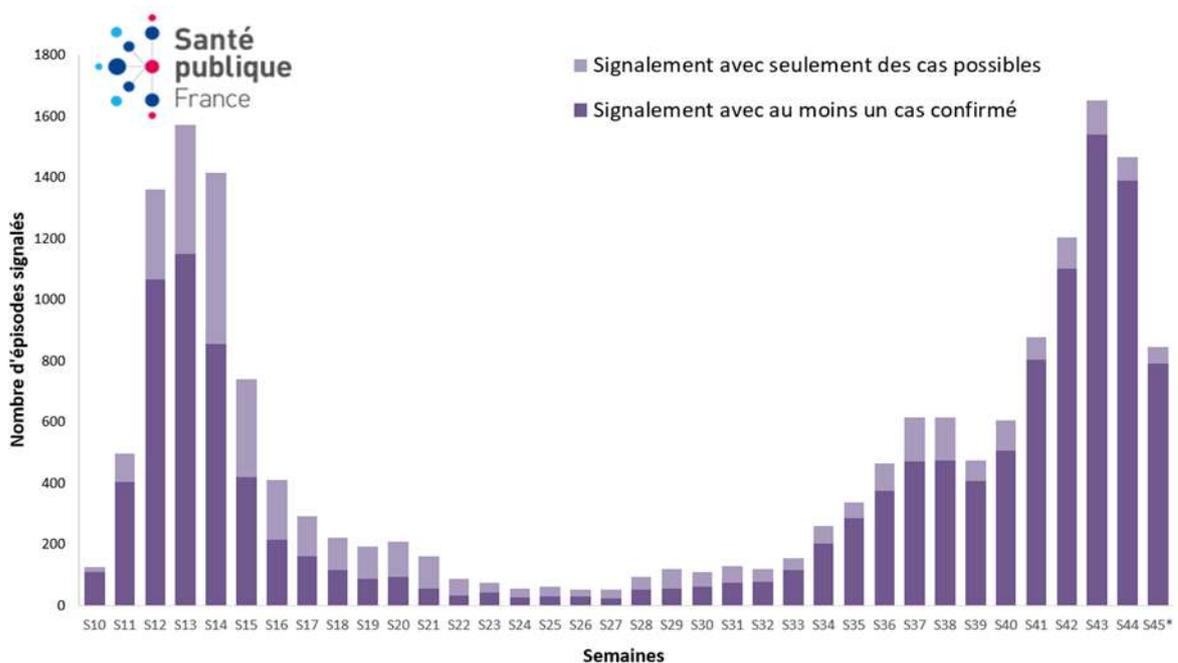
⁵ Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible ;

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.

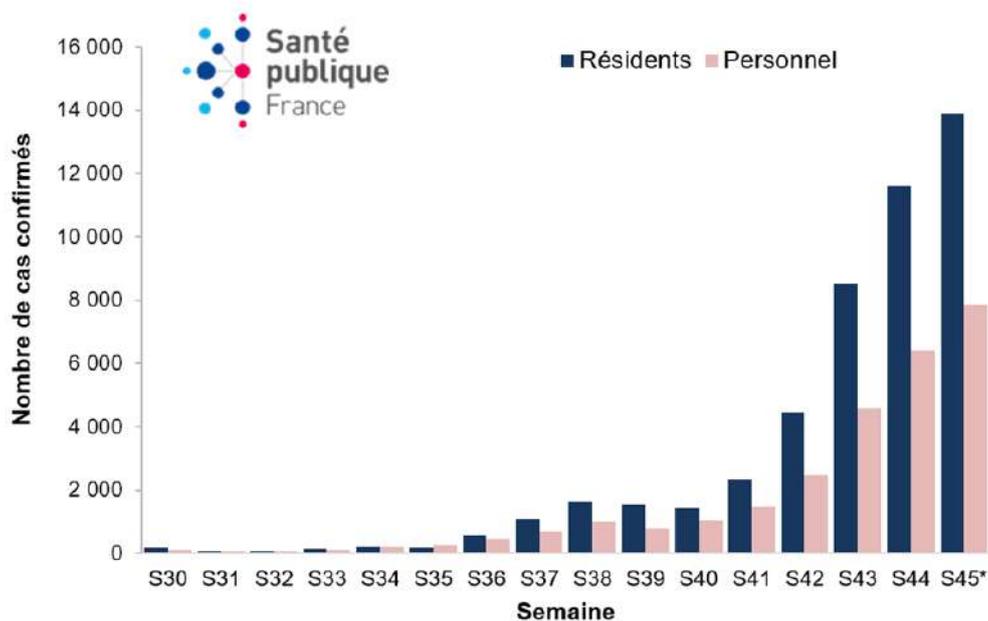
- Le nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS augmentait depuis début juillet. **Un nombre très important de signalements a été enregistré pour la semaine 43** (1 652 signalements vs. 1 205 en semaine 42). Depuis la semaine 44, le nombre de signalements semble se stabiliser : 1 465 signalements ont été enregistrés en semaine 44 et 846 signalements sont enregistrés en semaine 45. Cependant, les données de cette dernière semaine doivent être consolidées, pour confirmer cette tendance (Figure 18).
- La proportion d'EHPA ayant signalé des nouveaux épisodes est homogène sur tout le territoire français en semaine 45 : entre 4% et 6% des EHPA répertoriés dans chacune des régions ont signalé un nouvel épisode.
- **Une augmentation du nombre de cas confirmés** de COVID-19 est observée depuis la fin du mois de juillet. Cette augmentation est particulièrement importante en semaine 45 (21 753 cas cumulés recensés depuis le mois de mars vs. 18 025 en S44) (Figure 19).
- Après être resté stable et inférieur à 5 décès par jour du mois de juin au mois d'août, **le nombre moyen de décès en établissement et à l'hôpital par date de signalement augmente depuis début septembre**. Depuis mi-octobre, une forte augmentation est constatée, ces nombres ont atteint respectivement 126 et 44 décès en moyenne par jour en S45 (Figure 20).
- Au total, en semaine 45, 764 nouveaux décès ont été enregistrés (vs. 850 en semaine 44).

Figure 18. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19, par date de début des signes du premier cas, entre le 1^{er} mars et le 08 novembre 2020, en France



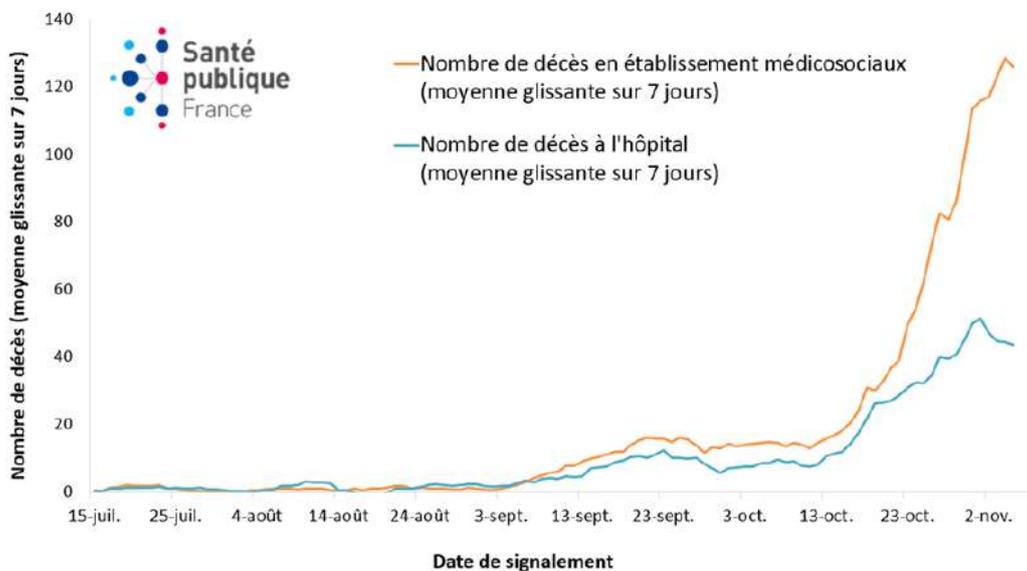
*Les données de la semaine 45 sont en cours de consolidation.

Figure 19. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine calendaire, entre le 20 juillet et le 08 novembre 2020, en France



*Les données de la semaine 45 sont en cours de consolidation.

Figure 20. Nombre moyen (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès, rapportés entre le 15 juillet et le 08 novembre 2020, en France



*Les données de la semaine 45 sont en cours de consolidation.

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

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **269 711** passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 10 novembre 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 45** (du 02 au 08 novembre 2020), **14 584** passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (représentant 7% de l'activité totale des services d'urgence OSCOUR®) ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période.
- Après 4 semaines consécutives de hausse, **une stabilisation du nombre de passages pour suspicion de COVID-19** est observée (-3% par rapport à la S44 : 14 959 – données consolidées). La part d'activité était stable tandis que les hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 étaient en hausse (respectivement 7% et 54% en S45 vs. 7% et 49% en S44).
- Une situation contrastée en fonction des classes d'âges est observée : le nombre de passages est toujours important **chez les 75 ans et plus avec une hausse de 10% en S45 par rapport à la semaine précédente** (4 319 passages en S45 vs. 3 942 passages en S44, soit +377 passages). On constate également une hausse chez les 2-14 ans, probablement en lien avec le retour à l'école après les vacances (+30% avec 177 passages en S45 vs. 136 passages en S44, soit +41 passages) mais une baisse chez les 15-75 ans (- 7% soit - 778 passages) (Figure 21).
- En région, la baisse est principalement observée en Île-de-France (-19%), en Occitanie (-12%) en Centre-Val de Loire (-4%) et en Guyane (-65%). Dans les autres régions, les passages étaient en hausse, plus marquée à La Réunion (+52%), Bretagne (+20%) et Pays de la Loire (+20%).
- **En semaine 45**, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, un peu plus de la moitié des passages concernait trois régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

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

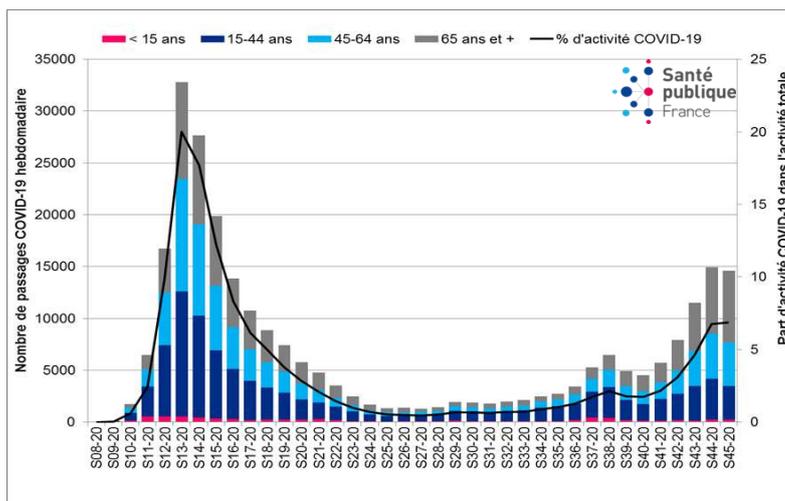
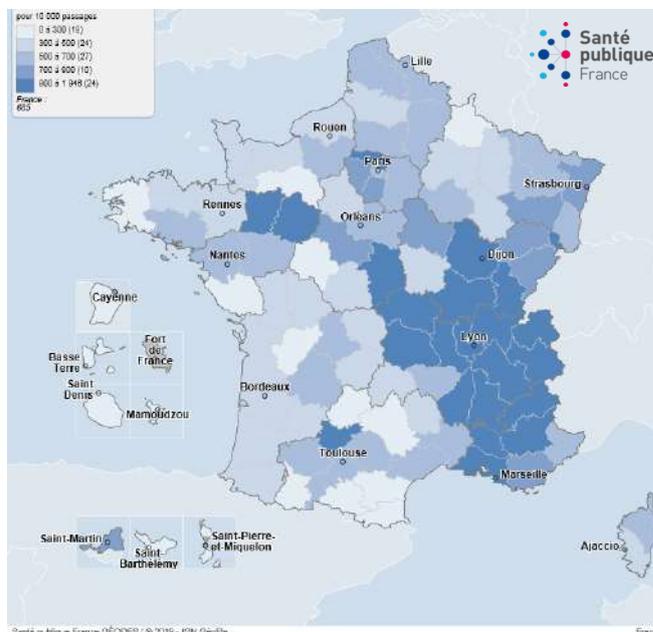


Figure 22. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 45/2020, France (source : OSCOUR®)



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 1^{er} et le 07 novembre 2020 sont basées sur les nombres de tests PCR positifs au SARS-COV-2 remontés par le système SI-DEP ainsi que sur les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (données OSCOUR[®]). Les estimations du nombre de reproduction entre le 02 et le 08 novembre 2020 sont basées sur les nombres d'hospitalisations pour COVID-19 remontées par le système SI-VIC.

L'estimation du taux de reproduction effectif sur une période glissante de 7 jours (du 1^{er} au 07 novembre 2020) à partir des résultats des **tests PCR SI-DEP est inférieure à 1 en France métropolitaine : 0,93** (IC95% [0,92-0,93]) (Figure 23). L'estimation à partir des **passages OSCOUR[®]** pour suspicion de COVID-19 est significativement supérieure à 1 : **1,06** (IC95% [1,05-1,08]) comme pour l'estimation à partir des **hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC, période glissante du 2 au 8 novembre 2020) : 1,13** (IC95% [1,11-1,14]).

- **En France métropolitaine, le nombre de reproduction calculé à partir des données virologiques SI-DEP repasse en dessous de 1 : 0,93** (intervalle de confiance, IC95% : [0,92-0,93]) (Tableau 6, Figure 23). **Celui calculé à partir des données d'hospitalisations (SI-VIC) est significativement supérieur à 1 : 1,13** (IC95% : [1,11-1,14]). **Il en est de même pour le R-effectif calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR[®]) : 1,06** (IC95% : [1,05-1,08]). Ces trois taux de reproduction sont en baisse par rapport aux estimations de la semaine dernière.
- Les estimations du R -effectif **à partir des données virologiques SI-DEP, sont supérieures à 1 significativement dans 2 régions (Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est)** et sont supérieures à 1 mais de façon non significative dans les régions Bretagne et Nouvelle-Aquitaine. Elles sont inférieures à 1 dans les 9 autres régions métropolitaines (Tableau 6).
- Les estimations du R -effectif **à partir des deux autres sources de données** (hospitalisations rapportées dans SI-VIC et passages aux urgences dans le réseau OSCOUR[®]) **sont supérieures à 1 significativement dans 8 régions métropolitaines** (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Nouvelle-Aquitaine, Grand Est, Hauts-de-France, Pays-de-la-Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur **et supérieures à 1 de façon non significatives en Corse et en Normandie.**
- L'estimation du R -effectif est significativement supérieure à 1 à partir des données d'hospitalisations rapportées par SI-VIC dans le Centre-Val de Loire et en Occitanie, alors qu'elle est soit non significative, soit inférieure à 1 à partir des passages aux urgences OSCOUR[®].
- **En outre-mer, l'estimation du R-effectif est significativement supérieure à 1 à La Réunion** à partir des données virologiques **SI-DEP** et à partir des **hospitalisations rapportées dans SI-VIC** (Tableau 6). L'estimation est supérieure à 1 mais non significativement à partir des passages aux urgences OSCOUR[®]. Dans les autres régions, l'estimation du R -effectif est soit inférieure à 1, soit supérieure à 1 mais de façon non significative.

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

Figure 23. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2, des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 en France métropolitaine du 15 mars au 07 novembre 2020 (Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC)

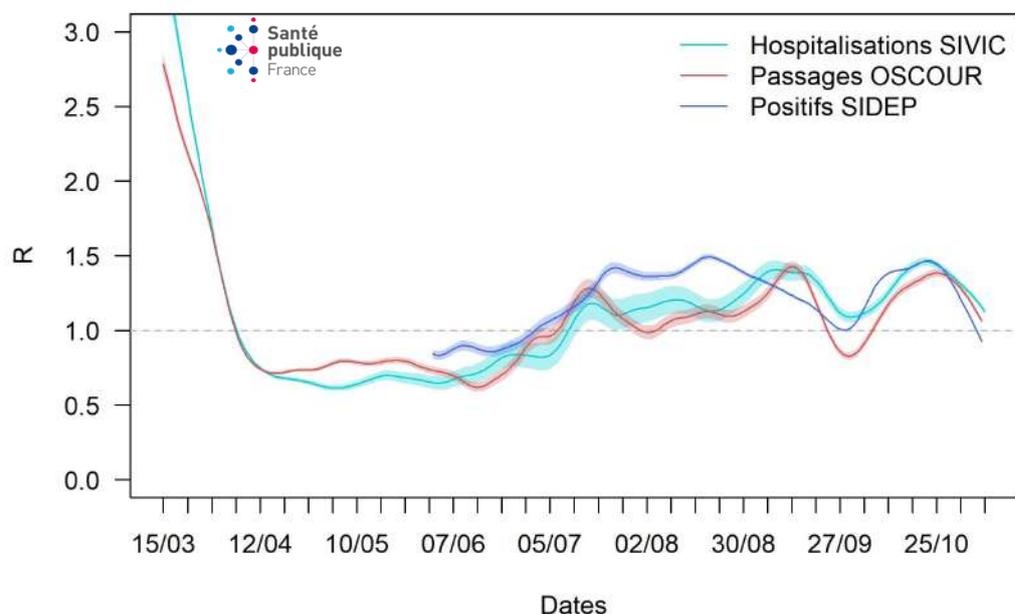


Tableau 6. Nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-CoV-2, des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 par région, France métropolitaine et ultra-marine, sur 7 jours glissants (du 1^{er} au 07 novembre 2020 pour SI-DEP et OSCOUR®, du 02 au 08 novembre pour SI-VIC) (Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC)

Territoire	Régions	R-effectif [Intervalle de confiance à 95%]		
		SI-DEP	OSCOUR	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	0,98 [0,97-0,99]	1,08 [1,05-1,12]	1,11 [1,08-1,15]
	Bourgogne-Franche-Comté	1,03 [1,02-1,05]	1,18 [1,11-1,26]	1,30 [1,22-1,38]
	Bretagne	1,00 [0,97-1,02]	1,24 [1,12-1,37]	1,19 [1,07-1,32]
	Centre-Val de Loire	0,94 [0,92-0,96]	1,07 [0,97-1,18]	1,26 [1,15-1,37]
	Corse	0,83 [0,78-0,88]	1,21 [0,93-1,52]	1,17 [0,89-1,50]
	Grand Est	1,01 [1,00-1,02]	1,18 [1,11-1,25]	1,26 [1,19-1,33]
	Hauts-de-France	0,91 [0,90-0,92]	1,07 [1,01-1,14]	1,07 [1,02-1,13]
	Île-de-France	0,75 [0,75-0,76]	0,92 [0,89-0,96]	0,98 [0,94-1,01]
	Normandie	0,94 [0,93-0,96]	1,06 [0,96-1,16]	1,05 [0,97-1,13]
	Nouvelle-Aquitaine	1,01 [0,99-1,02]	1,16 [1,08-1,25]	1,23 [1,15-1,32]
	Occitanie	0,92 [0,90-0,93]	0,97 [0,91-1,03]	1,15 [1,08-1,21]
	Pays-de-la-Loire	0,99 [0,97-1,01]	1,20 [1,11-1,30]	1,24 [1,15-1,34]
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,95 [0,93-0,96]	1,11 [1,06-1,16]	1,19 [1,13-1,24]
	France métropolitaine	0,93 [0,92-0,93]	1,06 [1,05-1,08]	1,13 [1,11-1,14]
France ultra-marine	Guadeloupe	0,75 [0,65-0,86]	0,62 [0,44-0,84]	0,62 [0,40-0,90]
	Guyane	1,05 [0,88-1,23]	NC	0,87 [0,50-1,33]
	La Réunion	1,16 [1,08-1,25]	1,31 [0,99-1,67]	1,59 [1,22-2,00]
	Martinique	0,85 [0,78-0,92]	NA	1,08 [0,77-1,43]
	Mayotte	NE	NC	NC

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

Surveillance en milieu hospitalier

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

- Depuis le 1^{er} mars 2020, **1 865** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Parmi les **193 100 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.
 - 28 944 patients sont décédés : 73% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 131 920 patients sont retournés à domicile.
- Le **10 novembre 2020, 31 505 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 4 750 en réanimation** (Figures 24b et 26b).

Tableau 7. Nombre de personnes hospitalisées, dont hospitalisées en réanimation, pour COVID-19 le 10 novembre 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars, par classe d'âge et par région, France (source : SI-VIC)

	Le 10 novembre 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	31 505		4 750		131 920		28 944	
Classes d'âge *								
Total	31 295		4 717		131 094		28 785	
0-14 ans	130	<1	23	<1	2 006	2	3	<1
15-44 ans	1 269	4	195	4	19 053	15	266	1
45-64 ans	5 399	17	1 425	30	36 914	28	2 583	9
65-74 ans	6 944	22	1 843	39	25 323	19	4 850	17
75 et +	17 553	56	1 231	26	47 798	36	21 083	73
Régions *								
Total	31 477		4 736		131 889		28 920	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	6 807	22	821	17	16 019	12	3 572	12
Bourgogne-Franche-Comté	1 629	5	227	5	5 681	4	1 436	5
Bretagne	666	2	109	2	2 223	2	417	1
Centre-Val de Loire	952	3	144	3	3 425	3	791	3
Corse	85	<1	16	<1	392	<1	93	<1
Grand Est	2 067	7	295	6	15 518	12	4 120	14
Hauts-de-France	3 088	10	501	11	11 380	9	2 839	10
Ile-de-France	6 523	21	1 115	24	43 293	33	9 693	34
Normandie	1 352	4	168	4	3 394	3	815	3
Nouvelle-Aquitaine	1 637	5	233	5	4 345	3	856	3
Occitanie	2 106	7	390	8	6 339	5	1 202	4
Pays de la Loire	1 021	3	162	3	3 754	3	743	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 231	10	505	11	12 386	9	2 021	7
Outre-Mer								
La Réunion	75	<1	16	<1	533	<1	36	<1
Martinique	78	<1	16	<1	242	<1	37	<1
Mayotte	12	<1	3	<1	493	<1	32	<1
Guadeloupe	132	<1	15	<1	643	<1	151	<1
Guyane	16	<1	0	<1	1 829	<1	66	<1

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

- Les déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 ont augmenté** en semaine 45 (du 02 au 08 novembre) : **19 940** nouvelles hospitalisations déclarées en S45 vs. 17 450 en S44 (+14%) (Figure 24a).
- En prenant en considération le nombre de nouvelles hospitalisations jusqu'en semaine 45, **le temps de doublement du nombre de nouvelles hospitalisations était estimé à 41 jours** en France métropolitaine.

Figure 24a. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars, données au 10 novembre 2020, France (source : SI-VIC)

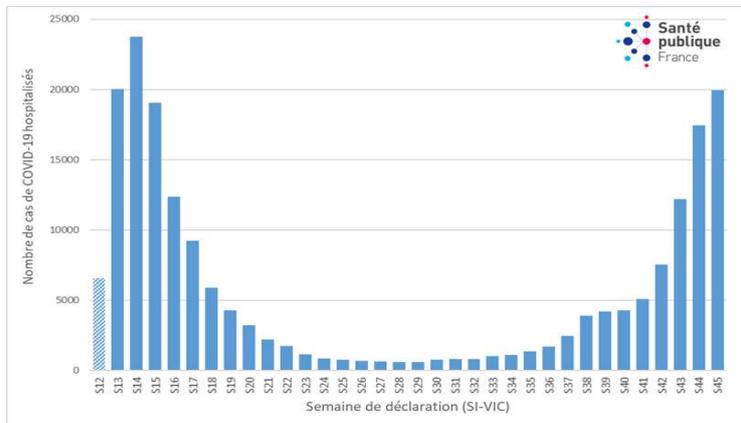
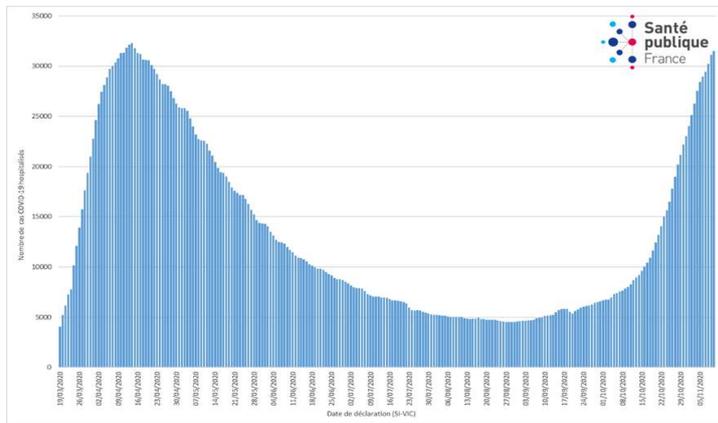


Figure 24b. Nombre de cas de COVID-19 en cours d'hospitalisation, par jour de déclaration, depuis le 19 mars, données au 10 novembre 2020, France (source : SI-VIC)



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

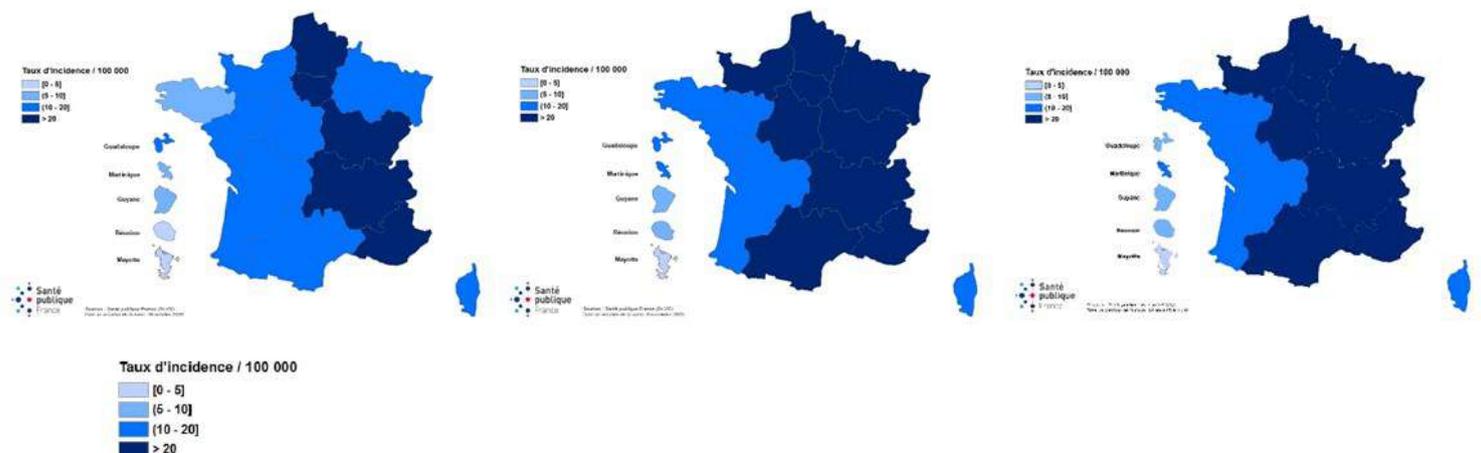
- En France, le **taux d'incidence hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19** était à nouveau en **augmentation** : **29,7/100 000** habitants du 04 au 10 novembre vs. 26,9/100 000 habitants du 28 octobre au 03 novembre et 21,0/100 000 habitants du 21 au 27 octobre.
- Le taux d'hospitalisation a **augmenté dans la majorité des régions métropolitaines** par rapport à la semaine précédente, excepté en Île-de-France et en Normandie où il s'est stabilisé (29,0 et 22,0/100 000 habitants respectivement) et en Corse où il a diminué. L'augmentation était la plus marquée en Bourgogne-Franche-Comté (+31%), Grand Est (+29%), et Pays de la Loire (+27%). Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** (du 04 au 10 novembre) étaient enregistrés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (55,5/100 000 habitants), en **Bourgogne-Franche-Comté** (44,4), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (42,3), dans les **Hauts-de-France** (32,3). Toutes les autres régions de France métropolitaine enregistraient des taux supérieurs à 12,5/100 000 habitants (Figure 25).
- Dans les **régions d'outre-mer**, le taux hebdomadaire d'hospitalisations du 04 au 10 novembre a **diminué en Guadeloupe** (8,8 vs. 11,7/100 000 habitants) et à **Mayotte** (3,2 vs. 3,6) et a augmenté légèrement en Guyane (6,2 vs. 5,9), en Martinique (11,4 vs. 10,6) et à la Réunion (5,9 vs. 5,3) par rapport à la semaine précédente.

Figure 25. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 21 octobre et le 10 novembre 2020, France (source : SI-VIC)

du 21 au 27 octobre 2020

du 28 octobre au 03 novembre 2020

du 04 au 10 novembre 2020



- Les déclarations de nouvelles admissions en réanimation continuaient d'augmenter en semaine 45 (Figure 26a), passant de 2 605 en S44 à 3 037 en semaine 45 (+17%).

Figure 26a. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars 2020, données au 10 novembre, France (source : SI-VIC)

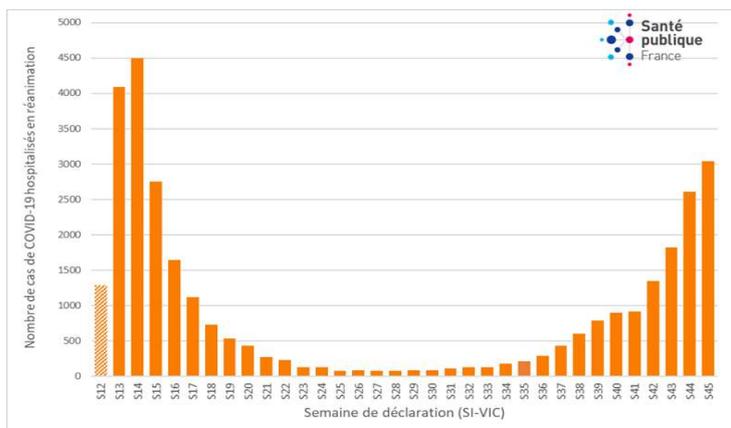
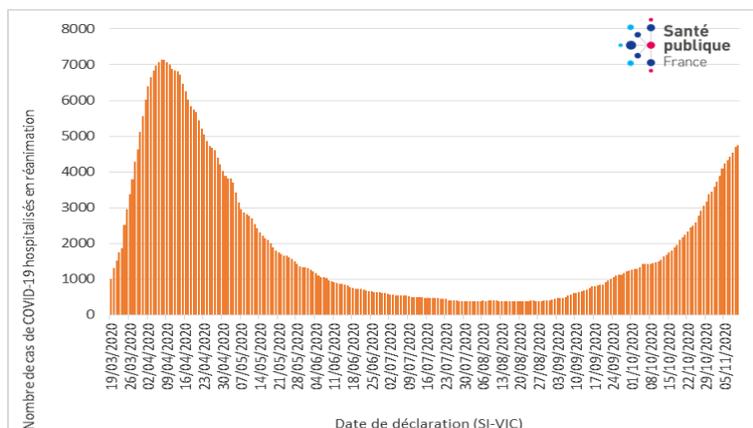


Figure 26b. Nombre de cas de COVID-19 en réanimation, selon le jour de déclaration, depuis le 19 mars 2020, données au 10 novembre, France (source : SI-VIC)



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

- En France, le taux d'incidence hebdomadaire d'admissions de patients COVID-19 en réanimation était à nouveau en augmentation : il était de 4,6/100 000 habitants du 04 au 10 novembre vs. 4,1/100 000 habitants (du 28 octobre au 03 novembre) et 3,1/100 000 hab. (du 21 au 27 octobre).
- Les plus forts taux d'incidence hebdomadaires d'admissions en réanimation régionaux étaient rapportés en Auvergne-Rhône-Alpes (7,6/100 000 habitants), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (6,5), en Bourgogne-Franche-Comté (6,3), en Île-de-France (5,2) et en Hauts-de-France (5,2). Toutes les régions de France métropolitaine rapportaient des taux supérieurs à 2/100 000 habitants (Figure 27).
- Le taux d'hospitalisation en réanimation de la plupart des régions de France métropolitaine a augmenté par rapport à la semaine précédente, notamment en Bourgogne-Franche-Comté (+43%), Grand Est (+30%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+22%), Centre-Val de Loire (+21%), Bretagne (+19%) et Pays-de-la-Loire (+19%). Il s'est stabilisé dans les Hauts-de-France (-2%) et a diminué en Corse (-27%).
- Dans les régions d'outre-mer, sur la semaine du 04 au 10 novembre, le plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 était observé en Guadeloupe avec 2,7/100 000 hab.
- La plus forte augmentation hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 (du 04 au 10 novembre) par rapport à la semaine précédente (du 28 octobre au 03 novembre) était observée en Guadeloupe (de 1,9 à 2,7/100 000 hab.). Les taux étaient aussi en augmentation par rapport à la semaine précédente à La Réunion (de 1,1 à 1,9), en diminution en Martinique (de 2,8 à 2,5) et à Mayotte (de 1,1 à 0,7). (Figure 27).
- En prenant en considération le nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation jusqu'en semaine 45, le temps de doublement du nombre hebdomadaire d'admissions en réanimation est estimé à 30 jours.

Figure 27. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 21 octobre et le 10 novembre 2020, France (source : SI-VIC)

du 21 au 27 octobre 2020

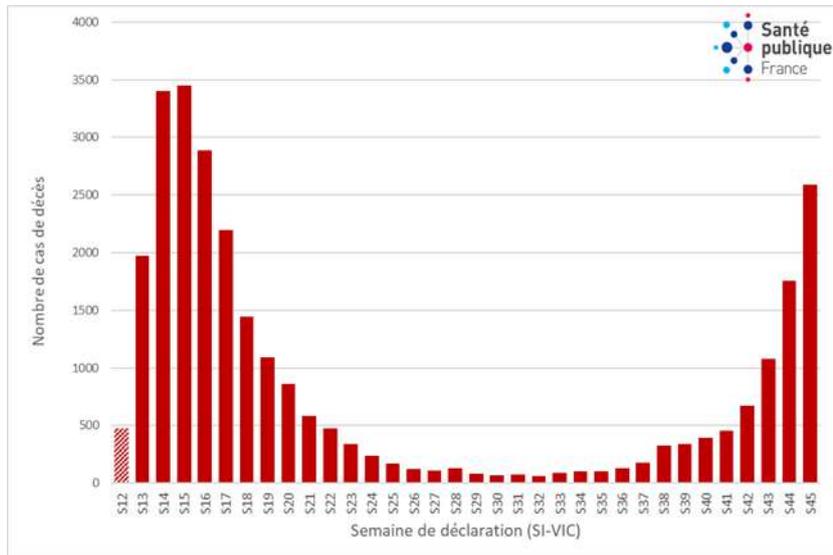
du 28 octobre au 03 novembre 2020

du 04 au 10 novembre 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 : **2 591 en S45** vs. 1 755 en S44 (+48%) (Figure 28).

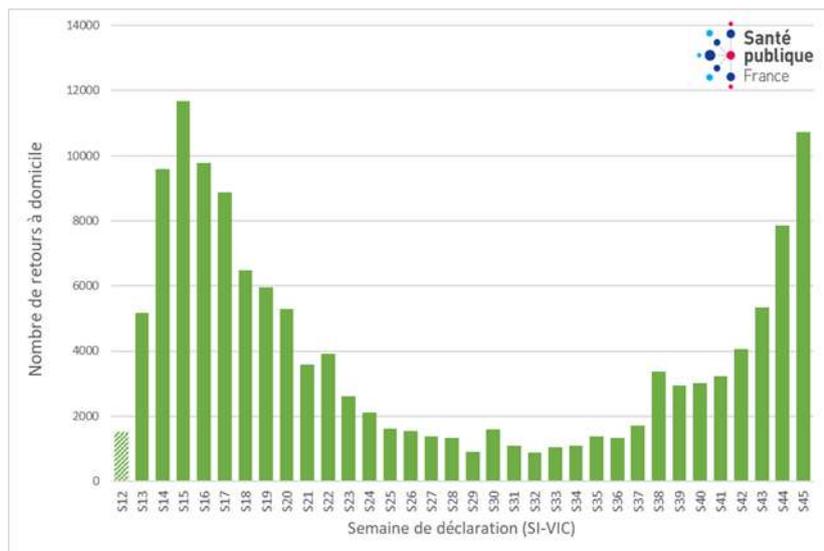
Figure 28. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 par semaine de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France, données au 10 novembre 2020 (source : SI-VIC)



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

- Le nombre hebdomadaire de déclaration de **retours à domicile** des patients COVID-19 après hospitalisation était en **augmentation** en semaine 45 (**10 730** vs. 7 856 en S44, +37%) (Figure 29).

Figure 29. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 par semaine de déclaration, depuis le 19 mars 2020, France, données au 10 novembre 2020 (source : SI-VIC)



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

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

- Les graphiques précédents (Figures 24a, 26a, 28, 29) sont présentés par date de déclaration. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figures 30 et 31) ou par date de décès (Figure 32). Toutefois, la semaine 45 n'est pas encore consolidée.

Figure 30. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis à l'hôpital, par semaine d'admission à l'hôpital, depuis le 24 février 2020, France, données au 10 novembre 2020 (source : SI-VIC)

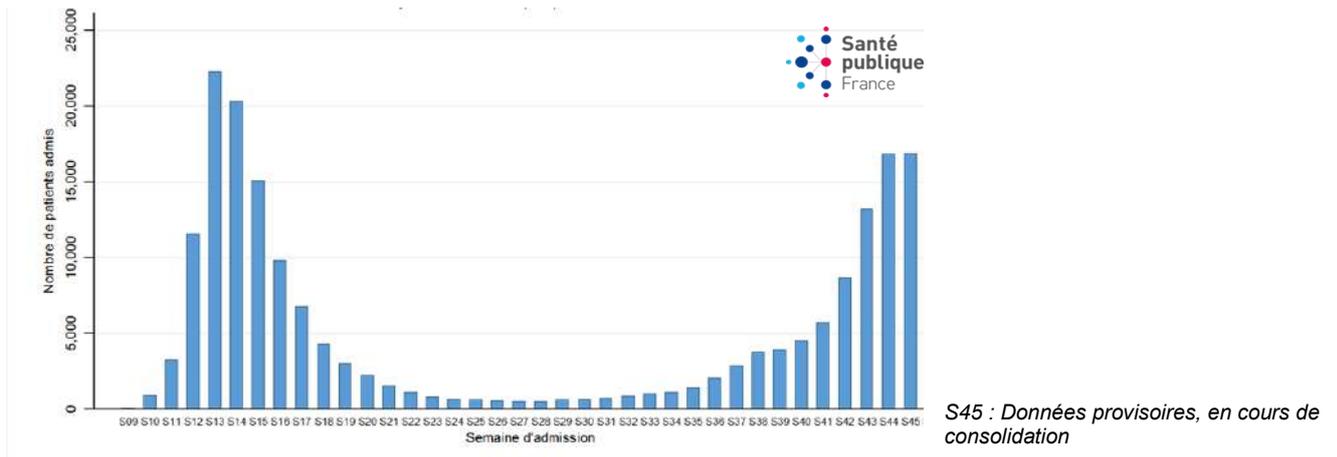


Figure 31. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis en service de réanimation pendant leur hospitalisation, par semaine d'admission à l'hôpital, depuis le 24 février 2020, France, données au 10 novembre 2020 (source : SI-VIC)

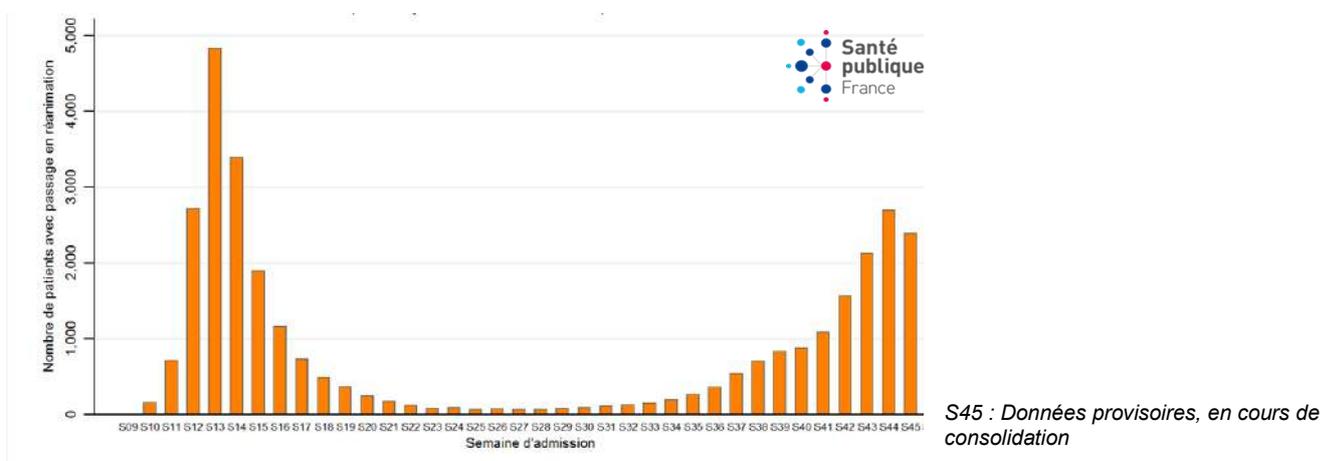
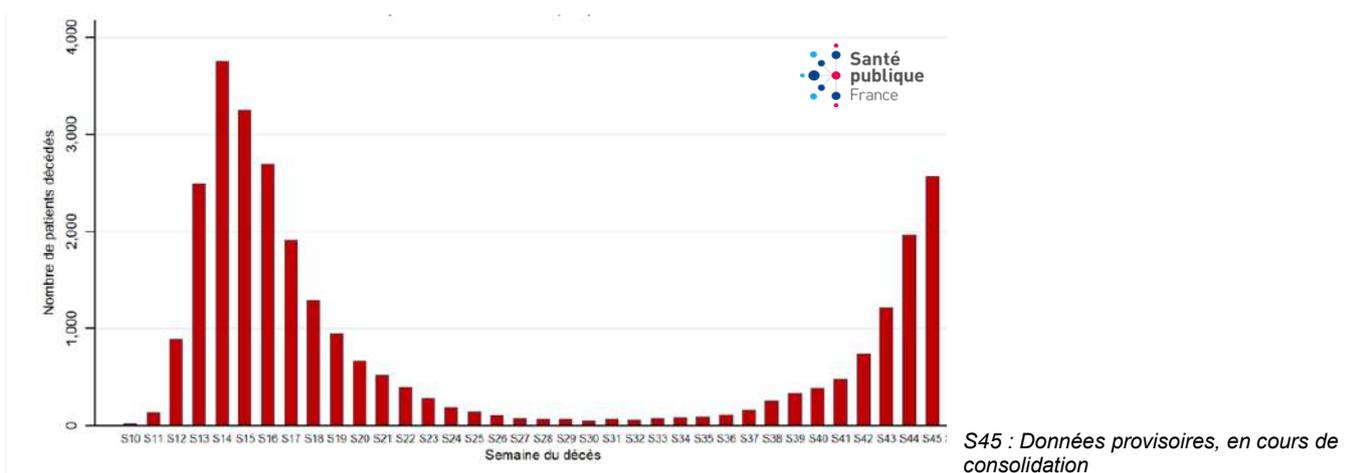


Figure 32. Nombre hebdomadaire de décès à l'hôpital de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 02 mars 2020, France, données au 10 novembre 2020 (source : SI-VIC)



Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation

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

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

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

- Parmi les **1 967 patients signalés**, **72%** étaient **des hommes** ; **l'âge médian** des patients **était de 68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]) et 63% étaient âgés de 65 ans et plus.
- **88% des patients admis en réanimation présentaient au moins une comorbidité** et cette proportion était de **82% parmi ceux âgés de moins de 65 ans**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient **l'obésité** ($IMC \geq 30 \text{ kg.m}^{-2}$) (47% des cas signalés dont l'IMC était renseigné), **l'hypertension artérielle** (44%) et le **diabète** (32%) (Tableau 8). 7% des patients signalés étaient âgés de moins de 65 ans et ne présentaient aucune comorbidité.
- **147 décès** ont été rapportés à ce jour ; **l'âge médian des personnes décédées était de 76 ans** (IIQ : [70-83]), 85% étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 146 patients ; parmi ces derniers, 138 présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (50%), l'obésité (50%) et les pathologies cardiaques (37%) (Tableau 8). **570 sorties de réanimation** ont été rapportées à ce jour.

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

Tableau 8. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre au 10 novembre 2020 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle (n=1 967, données arrêtées le 10 novembre 2020)

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=1 967)		Cas décédés en réa. (n=147)	
	n	%	n	%
0-14 ans	6	-	0	-
15-44 ans	115	6	2	1
45-64 ans	611	32	20	14
65-74 ans	728	37	40	27
75 et +	492	25	85	58
Non renseigné	15		0	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	237	12	8	5
Au moins une comorbidité	1 671	88	138	95
Obésité (IMC \geq 30) ³	811	47	63	50
Hypertension artérielle	839	44	73	50
Diabète	617	32	52	36
Pathologie cardiaque	461	24	54	37
Pathologie pulmonaire	384	20	40	27
Immunodépression	136	7	15	10
Pathologie rénale	142	7	14	10
Cancer	106	6	14	10
Pathologie neuromusculaire	59	3	11	8
Pathologie hépatique	36	2	1	1
Autre	321	17	22	15
Non renseigné	59		1	

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

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

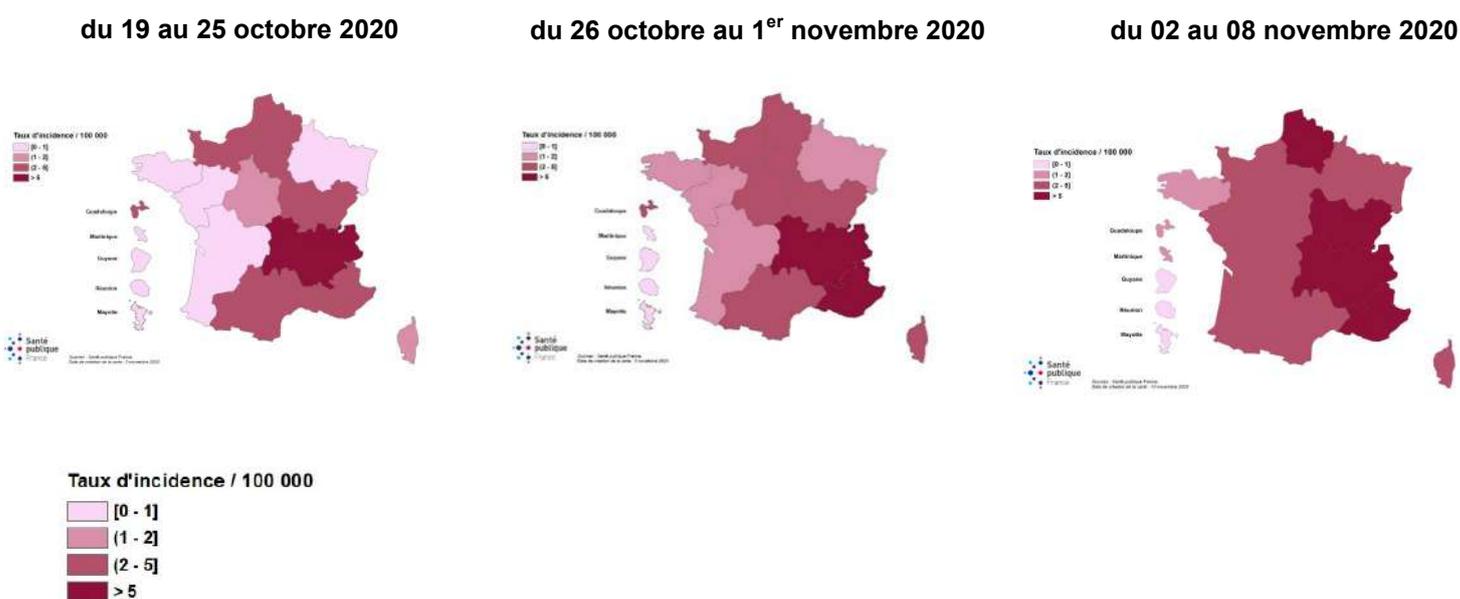
³ La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC est renseigné (n=1 729 et n=126).

Surveillance de la mortalité

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

- Entre le 1^{er} mars et le 10 novembre 2020, **42 207 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **28 944 décès** étaient survenus au cours d'une hospitalisation et **13 263 décès** (données au 08 novembre) parmi des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements médico-sociaux (EMS).
- **93% des cas de COVID-19 décédés étaient âgés de 65 ans ou plus.**
- **Au niveau national, le nombre hebdomadaire de décès continuait de progresser** en semaine 45 avec **3 355 décès** vs. 2 605 en S44, soit une augmentation de **+29%** (données consolidées pour S44 uniquement) ; elle était de +68% entre S43 et S44 et de +78% entre S42 et S43. En S45, le nombre de décès survenus parmi les personnes hospitalisées a augmenté de 1 755 en S44 à 2 591 en S45, soit +48%. Pour les EHPA et autres EMS, l'augmentation du nombre de décès entre S44 (850 décès) et S45 (764 décès) sera très certainement réévaluée à la hausse dans le prochain point épidémiologique après consolidation.
- Le **taux hebdomadaire de décès** à l'échelle nationale était de **5,0 pour 100 000 habitants** en semaine 45 (vs. 3,88 en S44 ; 2,31 en S43 et 1,30 en S42).
- **En semaine 45, les plus forts taux de décès** de patients COVID-19 **par région** rapportés à la population (/100 000 habitants) étaient observés en Auvergne-Rhône-Alpes (12,28), Bourgogne-Franche-Comté (7,15), Provence-Alpes-Côte d'Azur (6,65) et dans les Hauts-de-France (5,53) (Figure 33).
- Malgré la non consolidation des données en semaine 45, les **taux hebdomadaires de décès** déclarés (/100 000 habitants) étaient en **augmentation dans 15 régions** entre les semaines 44 et 45, contre 14 régions la semaine dernière. Les taux diminuaient dans deux régions ultramarines (la Guadeloupe et la Guyane qui retrouvent un taux à 0) et étaient stables à la Réunion à 0,35/100 000 habitants

Figure 33. Taux hebdomadaires de décès dus à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS) en S43 (19 au 25 octobre), S44 (26 octobre au 1^{er} novembre) et S45 (02 au 08 novembre), par région, France 2020 (source : SI-VIC et ESMS)



Les données de la S45 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, 17 271 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 91,7% avaient 65 ans et plus.
 - Les hommes représentaient 55% de ces décès.
 - Des comorbidités étaient renseignées pour 11 155 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 35% de ces décès.
- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 2,4% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité (ou pas de comorbidité renseignée) et étaient âgées de moins de 65 ans.
- **Pour la semaine 45 (du 02 au 08 novembre 2020), 1 734 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 37% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 34). **Ce nombre de décès poursuit sa hausse (+364 décès, soit +26,5%, par rapport à la semaine 44).**
- Parmi les 1 734 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention d'infection au SARS-CoV-2 dans le certificat, 1 436 (83%) étaient âgées de plus de 75 ans, 224 étaient âgées de 65 à 74 ans, 69 personnes étaient âgées de 45 à 64 ans et 5 personnes étaient âgées de 15 à 44 ans.

Figure 34. 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 08 novembre 2020 (données au 10 novembre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

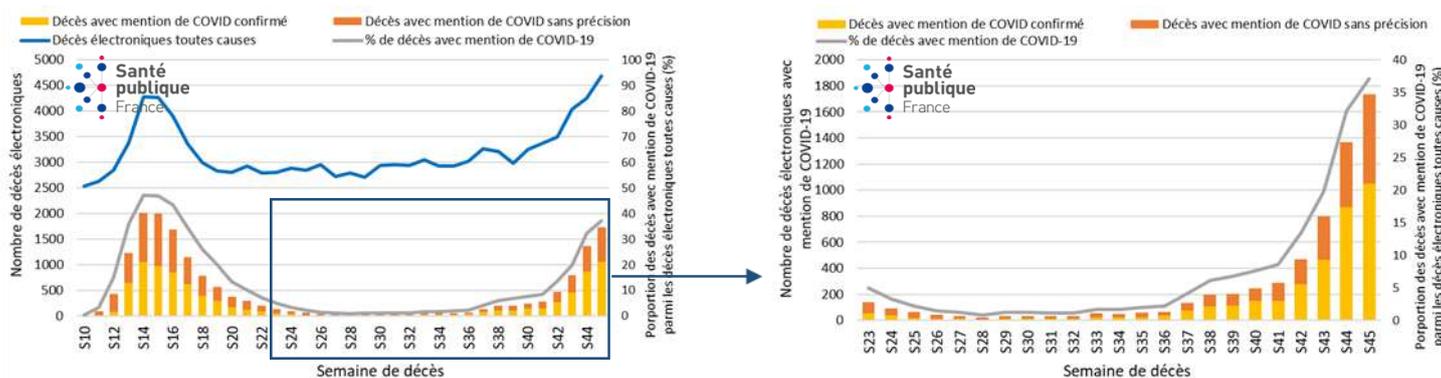


Tableau 9. Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 09 novembre 2020 (données au 10 novembre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

Sexe	n	%
Hommes	9 446	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	41	32	89	68	130	1
45-64 ans	376	29	932	71	1 308	7
65-74 ans	809	32	1 740	68	2 549	15
75 ans ou plus	4 890	37	8 392	63	13 282	77
Tous âges	6 116	35	11 155	65	17 271	100

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	11 155	65
Aucune ou non renseigné	6 116	35

Description des comorbidités	n	%
Obésité	643	6
Diabète	1 825	16
Pathologie respiratoire	1 477	13
Pathologie cardiaque	3 854	35
Hypertension artérielle	2 625	24
Pathologies neurologiques *	970	9
Pathologie rénale	1 398	13
Immunodéficience	260	2

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

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

Mortalité toutes causes

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

- **Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40** (du 28 septembre au 04 octobre) avec une hausse plus marquée en semaines 43 (du 19 au 25 octobre) et 44 (du 26 octobre au 1^{er} novembre) (Figure 35). Cette hausse concerne principalement les personnes de plus de 65 ans.
- **Au niveau régional** (Figure 36), le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu dans deux régions en semaine 41, quatre régions en semaine 42, sept régions en semaine 43 et concernait 8 régions en semaine 44 : **Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France, Occitanie, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Normandie et Centre-Val de Loire.**
- La hausse de la mortalité est plus particulièrement marquée en **Auvergne-Rhône-Alpes, où l'excès de décès a atteint un niveau exceptionnel en semaine 44** (Figure 37) et en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (Figure 38).
- Ces excès concernent principalement **les personnes de 65 ans ou plus.**
- Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer la part attribuable à l'épidémie de COVID-19.**

Figure 35. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, en France, de la semaine 16-2014 à la semaine 44-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

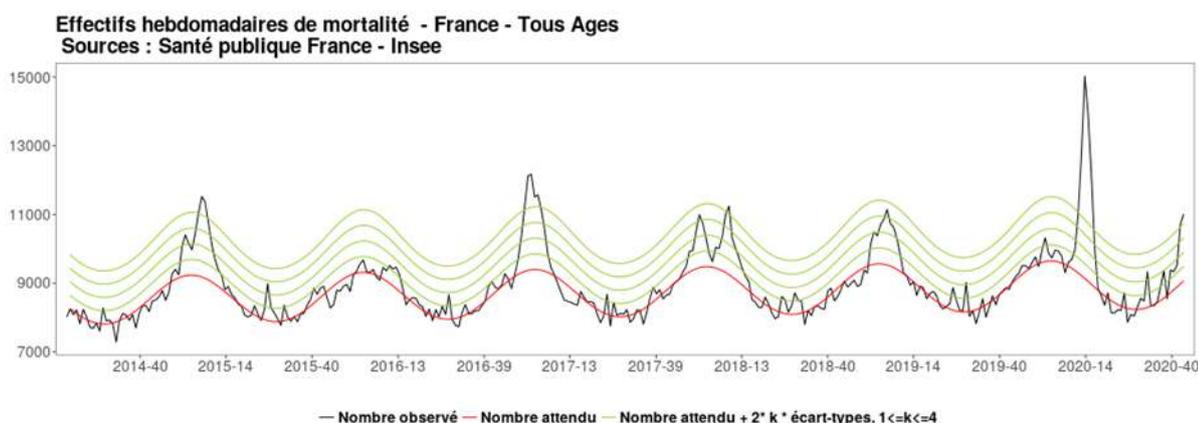


Figure 36. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 42 (du 12 au 18 octobre), 43 (du 19 au 25 octobre) et 44 (du 26 octobre au 1^{er} novembre 2020), données au 10 novembre 2020, par région (Sources : Santé publique France, Insee)

du 12 au 18 octobre 2020



du 19 au 25 octobre 2020



du 26 octobre au 1^{er} novembre 2020



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

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

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

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

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

Figure 37. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, en Auvergne-Rhône-Alpes, de la semaine 16-2014 à la semaine 44-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

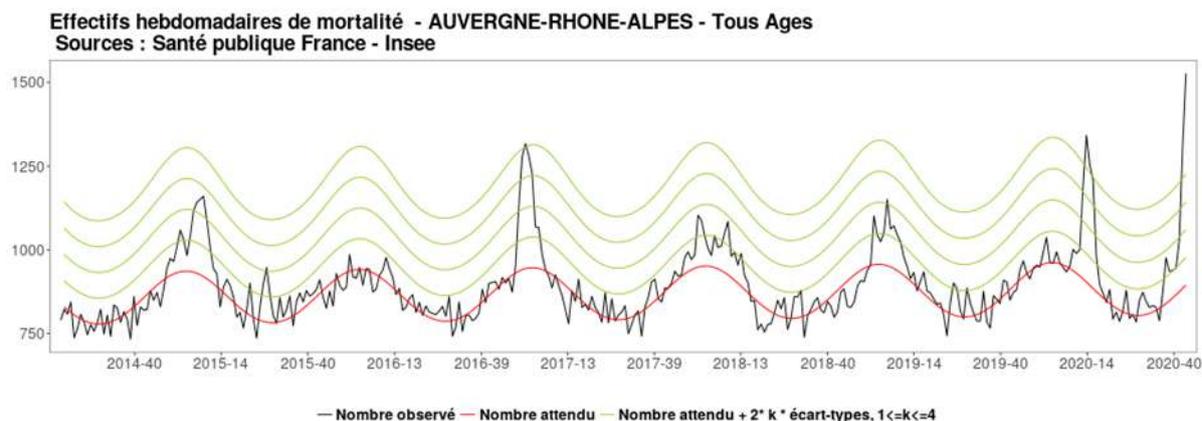
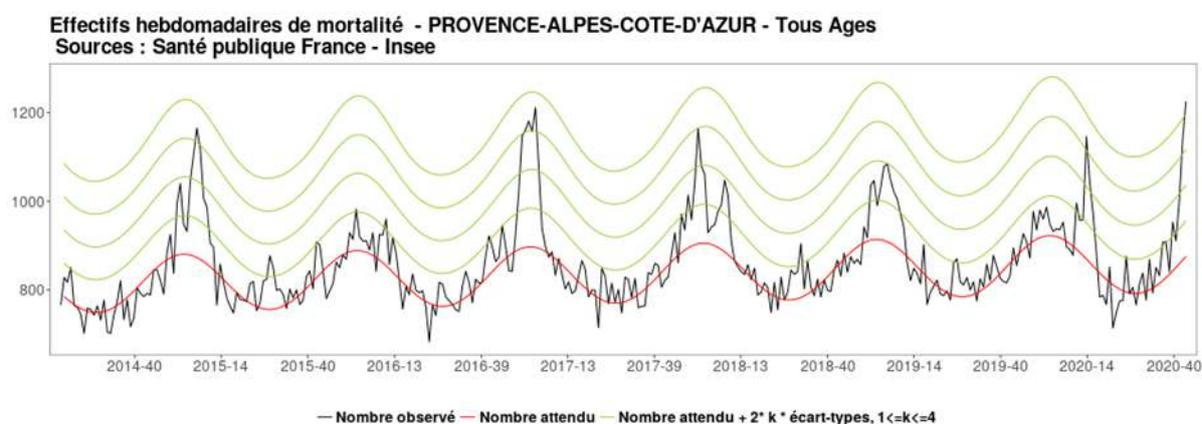


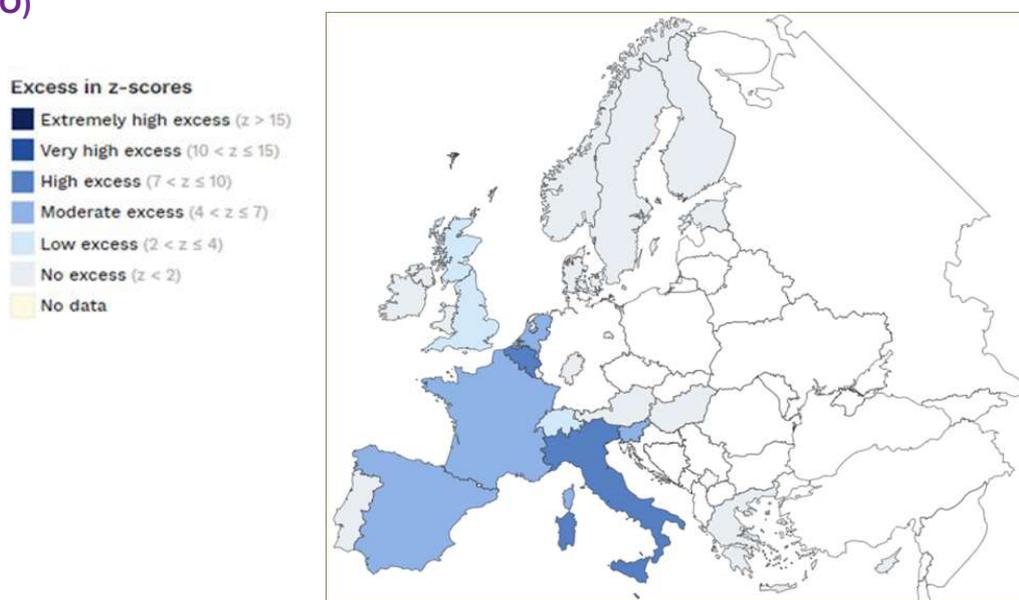
Figure 38. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, de la semaine 16-2014 à la semaine 44-2020 (Source : Santé publique France - Insee)



Mortalité à l'échelle européenne

A l'échelle européenne, parmi les 26 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, un excès de mortalité était observé dans deux pays/régions en semaine 40, dans deux pays/régions en semaine 41, dans sept pays/régions en semaine 42 et dans neuf pays/régions en semaine 43 (Pays-Bas, Belgique, France, Angleterre, Ecosse, Italie, Slovénie, Suisse et Espagne) (Figure 39).

Figure 39. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 43-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 04 novembre 2020) (Source : EuroMOMO)



Situation internationale

- Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 50 676 072 cas confirmés de COVID-19 étaient rapportés dans le monde - dont 1 261 075 décès - au 10/11/2020. Globalement, le nombre de nouveaux cas a augmenté de 8% et la mortalité pour COVID-19 de 21%, par rapport à la semaine précédente. Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Europe** et en **Amérique**, à l'origine de respectivement 54% et 28% des cas rapportés au niveau mondial, entre le 02 et le 08 novembre (semaine 45), tout comme les décès auxquels ces 2 zones contribuent respectivement à hauteur de 47% et 32% sur les 7 derniers jours. En **Asie du Sud-Est**, où sont localisés 11% des cas récents rapportés, l'épidémie repart légèrement à la hausse sur les 7 derniers jours (+2%), après une phase de décroissance de 6 semaines : le nombre de nouveaux cas y demeure élevé (+390 157 entre le 02 et le 08 novembre) et la mortalité liée au COVID-19 est en hausse (+10% avec 5 132 nouveaux décès).
- Dans la zone **Amérique**, le nombre global de nouveaux cas est en hausse mais les taux d'incidence ne sont pas comparables à ceux actuellement observés en Europe (ces derniers étant supérieurs). Les États-Unis rapportent 819 307 nouveaux cas sur les 7 derniers jours. L'épidémie y est en phase ascendante depuis un mois : elle s'étend plus rapidement dans les zones rurales et dans les petites villes (*micropolitan areas* et *small micro*), avec néanmoins une progression dans l'ensemble du pays et à des niveaux différents selon les États (*Midwest*, région des Grandes Plaines, Ouest). Sur les 7 derniers jours, le taux d'incidence varie de 13,8 cas/100 000 hab. en Californie à 156 dans le Dakota du Nord. Au Canada, l'augmentation du nombre de nouveaux cas (+28 472) et d'hospitalisations pour COVID-19 se poursuit depuis plus d'un mois : le Québec, l'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Manitoba rapportent 97% des nouveaux cas (59% sont concentrés au Québec et en Ontario). Le nombre de décès pour COVID-19 augmente sur les 7 derniers jours (+356 : 48,3% survenus au Québec et 26,1% en Ontario). Au Québec, l'incidence récente tend à se stabiliser, avec des fluctuations liées à un rattrapage des données début novembre. Au Brésil, l'épidémie est en déclin depuis fin juillet mais se maintient à un niveau élevé (+99 355 nouveaux cas hebdomadaires). Bien qu'en baisse, l'épidémie reste active en Argentine (+67 368 cas ; +2 284 décès), en Colombie (+55 807 cas), au Costa Rica (+6 330), au Paraguay (+3 792), et au Mexique (+39 630) qui rapporte 3 125 nouveaux décès liés au COVID-19 sur les 7 derniers jours. Une hausse de nouveaux cas (+606) et 12 décès sont rapportés au Belize sur les 7 derniers jours.
- En **Asie**, l'épidémie est fluctuante en Inde qui concentre 82% des cas récents en Asie du Sud-Est - avec une incidence en diminution depuis sept semaines, stable sur les 7 derniers jours, et un nombre de cas récents élevé (+324 107). Le nombre de décès a progressé de 10% sur la dernière semaine. L'épidémie progresse fortement au Népal (+20 524 cas) sur les 7 derniers jours, d'après l'OMS. Bien que stable, le nombre de nouveaux cas (+25 167) est élevé en Indonésie (transmission communautaire). Au Japon, le taux d'incidence augmente depuis deux semaines (5,3 cas/100 000 hab. en S45 vs. 3,8 en S44 et 3,2 en S43) et 6 702 cas y sont rapportés sur les 7 derniers jours, avec des niveaux comparables à ceux observés en août qui documentaient une résurgence du COVID-19 dans ce pays. Le niveau d'alerte a été relevé dans la région touristique d'Hokkaidō (Sapporo) pour prévenir la diffusion communautaire de clusters. La Corée du Sud décrit 846 nouveaux cas ces 7 derniers jours (près de 70% sont liés à des clusters et 30% à des cas importés). Les Philippines et la Malaisie rapportent aussi les plus forts totaux en nombre de nouveaux cas cette semaine. En **Océanie**, l'augmentation très importante de la transmission du SARS-CoV-2 décrite en Polynésie française depuis 6 semaines se poursuit (978,6 cas/100 000 hab. sur les 7 derniers jours vs. 774,5 en S44). L'épidémie est maîtrisée en Australie et en Nouvelle-Zélande.
- Dans les pays du **Moyen-Orient**, l'épidémie demeure en phase ascendante en Jordanie (+33 243 nouveaux cas) et au Liban (+11 658). En Iran, la situation reste préoccupante avec des nombres record de nouveaux cas (+64 169) et de décès (+3 011) sur les 7 derniers jours et une saturation des capacités hospitalières. L'épidémie reste active en Irak : +23 032 cas hebdomadaires depuis début août mais avec une baisse graduelle des décès rapportés. En Israël, le taux d'incidence poursuit une décroissance (49,3 cas/100 000 hab. vs. 60,2 et 70,1 respectivement en S44 et S43 et un taux d'incidence de 443/100 000 hab. en S40), dans un contexte d'allègement graduel des restrictions, après un confinement national de 4 semaines achevé le 18 octobre.

- En **Afrique**, le nombre de nouveaux cas augmente légèrement (+2%), de manière continue depuis plus d'un mois. La mortalité globale liée au COVID-19 est en hausse (+30%) sur les 7 derniers jours mais reste peu élevée (+831 décès), elle est concentrée en Afrique du Sud (61% des décès récents). Le nombre de nouveaux cas est stable en Afrique du Sud (+10 930), au Kenya (+6 643) et en Éthiopie (+3 040). L'épidémie reste active et en phase ascendante au Maroc (+34 881 cas) où la majorité des cas est concentrée dans la région de Casablanca, et en Libye (+6 133), en légère hausse en Algérie (+4 119). Le nombre de nouveaux cas tend à se stabiliser en Tunisie (+9 663 ; taux d'incidence de 82,6 cas/100 000 hab. sur les 7 derniers jours vs. 112,1 en S44) qui rapporte néanmoins une hausse sensible de la mortalité pour COVID-19 (+539 décès avec +8% par rapport à la semaine dernière).
- En **Europe**, pour les pays de l'UE/EEA et le Royaume-Uni, l'augmentation du nombre de nouveaux cas se poursuit (observée dans 30 pays), y compris chez les personnes de plus de 65 ans (observée dans 23 pays), d'après les données de l'ECDC. Le taux de dépistage varie de 891 à 12 479 tests pour 100 000 habitants (données disponibles pour 29 pays) ; ce taux est le plus élevé au Luxembourg en S44, suivi du Danemark, de Malte, de la Belgique et de l'Islande. Les niveaux d'occupation à l'hôpital et le nombre de nouvelles admissions pour COVID-19 sont en forte hausse, ces 7 derniers jours, dans 28 pays. Parmi 24 de ces pays, on estime que 15% des cas de COVID-19 ont été hospitalisés. La vulnérabilité de la population européenne au SARS-CoV-2 est très élevée, avec un niveau d'immunité global inférieur à 15% dans la plupart des pays européens, selon le dernier [rapport d'évaluation de risque de l'ECDC au 23/10](#). La mortalité pour COVID-19 a augmenté de 47% dans la région Europe, par rapport à la semaine précédente, d'après l'OMS. Parmi les pays européens de l'UE/EEA, les taux d'incidence hebdomadaires les plus élevés sont observés en République tchèque (657 cas/100 000 habitants), au Luxembourg (643), en France (509), en Belgique (505), en Autriche (496), en Pologne (455), en Slovénie (453), en Croatie (395), en Italie (379) et au Portugal (356). Le taux d'incidence a fortement augmenté en Autriche et en Italie et, dans une moindre mesure, en Allemagne (Figures 40 et 41). Hors zone UE/EEA, des taux d'incidence élevés sont observés en Suisse (618 cas/100 000 hab.), avec de fortes augmentations en Europe centrale et dans les Balkans (taux rapportés au 10 novembre pour les 7 derniers jours) : Monténégro (707 cas/100 000 hab.), Géorgie (479), Arménie (470), Macédoine du Nord (350), Bosnie-Herzégovine (338), ainsi qu'en Ukraine (152). En Russie, une hausse importante de nouveaux cas (+141 094) et de décès est rapportée : le taux d'incidence est de 97 cas/100 000 hab. sur les 7 derniers jours (vs. 85 et 91 respectivement en S44 et S43).

Figure 40. Taux d'incidence pour 100 000 habitants de COVID-19 rapporté pour les semaines 43 et 44/2020 dans les pays de l'UE/EEA (source: ECDC)

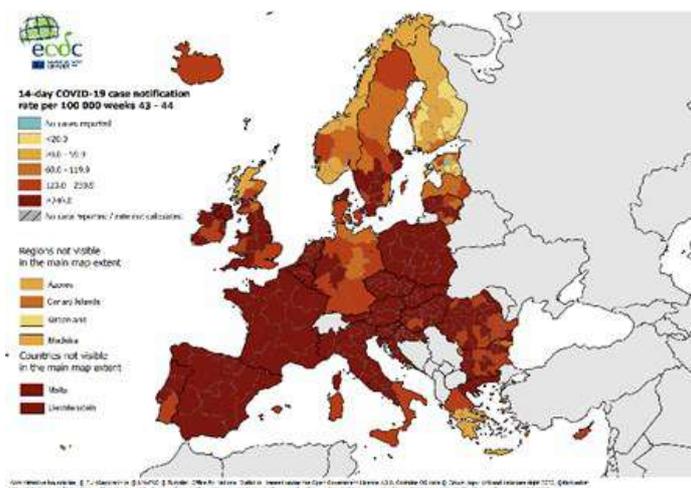
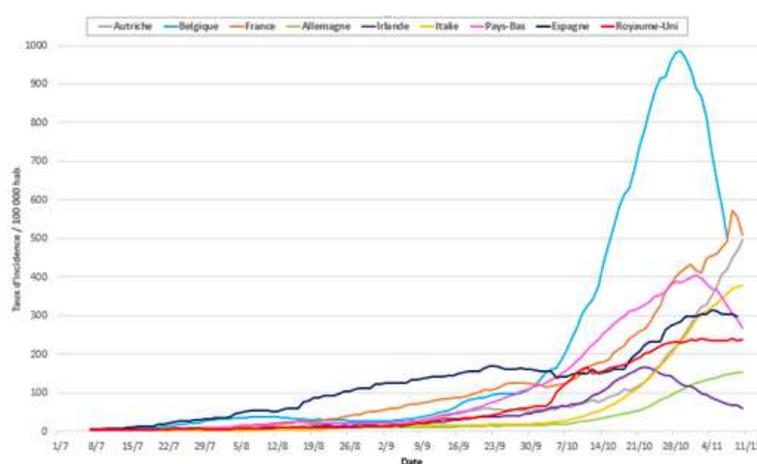


Figure 41. Taux d'incidence pour 100 000 habitants (sur 7 jours) de COVID-19 pour plusieurs pays européens (UE/EEA et Royaume-Uni) entre le 01 juillet et le 10 novembre* 2020 (source : ECDC)



* Sauf pour la Belgique (données au 07/11 et l'Espagne (données au 09/11) Pays comparables avec la France en termes de nombre d'habitants et de système de surveillance

Pour en savoir plus sur la situation internationale :

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

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

Prévention

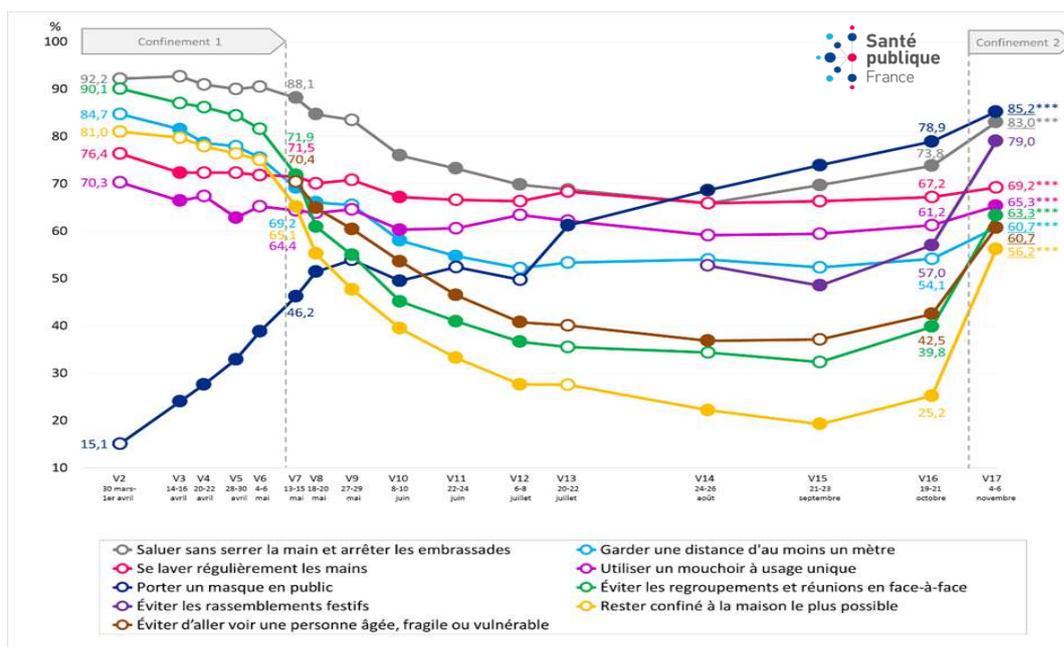
Suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

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

1) Adoption des mesures de prévention

- En vague 17 (04 au 06 novembre), si l'adoption systématique des mesures d'hygiène a peu évolué, l'adoption **systématique des mesures en lien avec la limitation des interactions sociales a augmenté** très fortement depuis le nouveau confinement.
- Parmi les personnes interrogées, **56% déclarent rester** à la maison le plus possible (25% en vague 16 (19 au 21 octobre)).
- Éviter les regroupements et réunions en face à face (+24%), éviter les événements festifs (+22%), éviter d'aller visiter une personne âgée, fragile ou vulnérable (+18%) enregistrent la plus forte augmentation d'adhésion systématique par rapport à la vague 16 (Figure 42).
- **Toutes les classes d'âge sont concernées** par cette augmentation.

Figure 42. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, novembre 2020.



Notes de lecture :

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

- En vague 17, les populations adoptant le moins systématiquement les mesures de prévention sont le plus souvent les hommes et les personnes ayant un faible niveau de littératie (Tableau 10). Les personnes ne présentant pas de risque de développer une forme grave de COVID-19 adoptent moins systématiquement le port du masque en public ou la mesure « Rester confiné à la maison le plus possible ».

Tableau 10. Variables sociodémographiques associées à une moindre adoption systématique des mesures de prévention (vague 17 : 04 au 06 novembre 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

	Moindre nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 ¹	Moindre nombre de mesures de distanciation systématiquement adoptées parmi 4 ²	Moindre pourcentage d'adoption systématique du port du masque en public	Moindre pourcentage d'adoption systématique de la mesure "rester confiné à la maison le plus possible "
Sexe	Hommes	--	Hommes	Hommes
Classe d'âge (en 5 classes)	--	18-24/25-34 ans	25-34 ans	35-49 ans
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	--	--	--	--
Littératie en santé ^a	Faible	Faible	Faible	Faible
Situation financière perçue	--	--	--	Bonne situation
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^b	--	Oui	Non	Non

Notes 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 ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique ; aérer son logement au moins 2 fois par jour pendant 10 à 15 minutes.

²saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; garder une distance d'au moins un mètre ; éviter les regroupements et réunions en face-à-face avec des proches qui n'habitent pas avec soi ; éviter les rassemblements festifs.

- En vague 17, les déterminants cognitifs de l'adoption systématique des mesures de prévention communs aux quatre indicateurs (nombre de mesures d'hygiène, nombre de mesures de distanciation physique, port du masque en public et confinement) sont (Tableau 11) :
 - La **norme sociale perçue** (approbation et adoption des mesures de prévention par les proches).
 - Le fait de **se sentir capable d'adopter les mesures de prévention**.
 - Le fait de **percevoir les mesures de prévention comme peu contraignantes**.

Tableau 11. Déterminants cognitifs et affectifs de l'adoption des mesures de prévention (vague 17 : 04 au 06 novembre 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

	Nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 ¹	Nombre de mesures de distanciation systématiquement adoptées parmi 4 ²	Pourcentage d'adoption systématique du port du masque en public	Pourcentage d'adoption systématique de la mesure "rester confiné à la maison le plus possible "
Approbation et adoption des mesures par les proches (norme sociale perçue)	***	***	***	***
Se sentir capable d'adopter les mesures de prévention	***	***	*	***
Percevoir les mesures de prévention comme peu contraignantes	**	**	***	**
Percevoir les mesures de prévention comme efficaces	***	***	***	--
Etre inquiet des conséquences de l'épidémie sur la santé	--	***	***	**
Percevoir la COVID-19 comme grave	--	*	--	*
Etre inquiet des conséquences du confinement sur la situation économique et financière	***	--	--	--
Se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2	--	--	--	*

Notes de lecture :

Les associations entre chacun des 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 épidémique et des autres facteurs cognitifs et affectifs (modèles de régressions linéaires pour le nombre moyen des 4 mesures d'hygiène et le nombre moyen des 4 mesures de distanciation, modèles de régressions logistiques pour l'adoption systématique du port du masque en public et celle de la mesure "rester confiné à la maison le plus possible"), test de Wald, ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$; --: non significatif ($p > 0,05$).

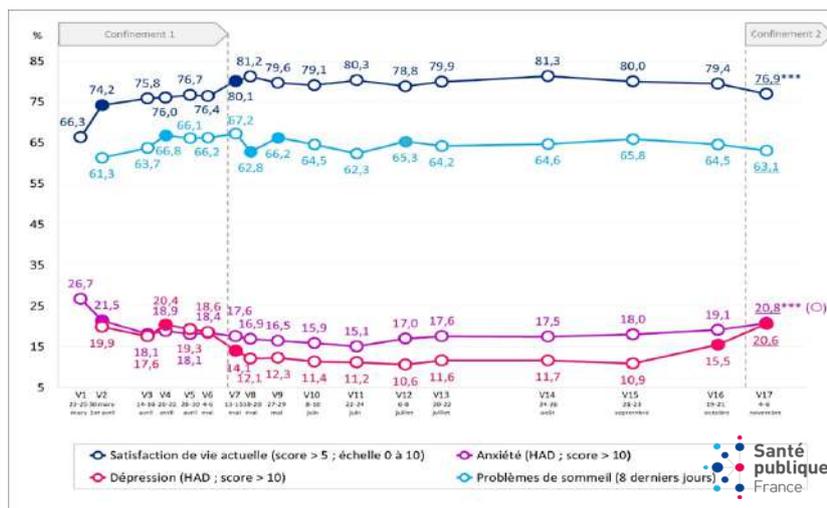
¹4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique ; aérer votre logement au moins 2 fois par jour pendant 10 à 15 minutes.

²saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; garder une distance d'au moins un mètre ; éviter les regroupements et réunions en face-à-face avec des proches qui n'habitent pas avec moi ; éviter les rassemblements festifs

2) Santé mentale

- En vague 17 (04 au 06 novembre), pour la deuxième fois consécutive on observe une **augmentation significative des états dépressifs (+5 points)**. La **prévalence a doublé entre fin septembre (11% en V15) et début novembre (21% en V17)**. Les hausses les plus importantes ont été observées chez les jeunes (+16 points chez les 18-24 ans et +15 points chez les 25-34 ans), les inactifs (+15 points) et les personnes déclarant une situation financière très difficile (+14 points).
- En vague 17, les autres indicateurs (Figure 43) n'ont pas évolué de façon significative en comparaison à la vague 16 (19 au 21 octobre). On observe cependant entre la vague 14 (24 au 26 août) et la vague 17, une augmentation continue et globalement significative des états anxieux (+3 points) ainsi qu'une diminution de la satisfaction de vie (-4 points).

Figure 43. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, novembre 2020



Notes de lecture :

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

- En vague 17, les profils de population ayant une plus forte prévalence d'états dépressifs sont (Tableau 12) :
 - les **personnes déclarant une situation financière très difficile** (35% vs. 14% chez ceux déclarant une bonne situation financière) ;
 - les **personnes déclarant des antécédents de troubles psychologiques** (30% vs. 18,5% chez ceux n'ayant pas d'antécédents) ;
 - les **inactifs et les CSP-** (respectivement 29% et 25% vs. 15% chez les CSP+) ;
 - les **jeunes** (29% chez les 18-24 ans et 25% chez les 25-34 ans vs. respectivement 18,5 % et 14% chez les 50-64 ans et les plus de 65 ans).

Tableau 12. Variables sociodémographiques associées à la dépression (vague 17 : 04 au 06 novembre 2020), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020

	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)
Sexe	Femmes
Classe d'âge (en 5 classes)	18-34 ans
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	CSP-/Inactifs
Situation financière perçue	Très difficile
Antécédents de trouble psychologique	Oui

Notes de lecture :

Les associations entre la dépression 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. ^aHAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

- **En vague 17**, indépendamment des facteurs sociodémographiques, **les facteurs cognitifs et affectifs (perceptions et ressentis) associés aux états dépressifs** sont (Tableau 13) : la colère et la frustration, le sentiment d'isolement et de solitude, la peur, l'inquiétude vis-à-vis de la situation financière, le fait que les proches adoptent et approuvent moins les mesures de prévention et le fait de se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-Cov-2.

Tableau 13. Déterminants cognitifs et affectifs de la dépression en vague 17 (04 au 06 novembre 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020

	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ¹)
Sentiments de colère et de frustration	*
Sentiment d'isolement et de solitude	***
Sentiment de peur	*
Etre inquiet des conséquences du confinement sur la situation économique et financière	**
Moindre approbation et adoption des mesures par les proches (norme sociale perçue)	**
Se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2	**

Notes de lecture :

Les associations entre la dépression et les facteurs cognitifs et affectifs ont été testées, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées à la situation épidémique et des autres facteurs cognitifs et affectifs (modèle de régression logistique), test de Wald, ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$. ¹ HAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

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



Synthèse

En France métropolitaine

En semaine 45 (du 02 au 08 novembre 2020) **l'ensemble des indicateurs de suivi de l'épidémie de COVID-19 se maintient à un niveau très élevé** avec cependant un ralentissement de la circulation du SARS-CoV-2. Une diminution du nombre de cas confirmés et du taux de positivité en S45 est observée au niveau national. Les hausses observées en S45 pour les nombres d'hospitalisations, d'admissions en réanimation, de cas dans les ESMS et de décès, semblent moins importantes que celles constatées entre les semaines 43 et 44.

En médecine générale, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) du réseau Sentinelles était stable par rapport à la semaine précédente (165/100 000 habitants en S45 et S44).

En semaine 45, **283 563 nouveaux cas confirmés de COVID-19** ont été enregistrés en France métropolitaine soit une **diminution de 14% par rapport à la S44** où **328 999** cas avaient été enregistrés. **Le taux d'incidence était en diminution** avec 437 cas/100 000 habitants (vs. 507 cas/100 000 habitants en S44) mais se maintient à un niveau élevé en S45 suite à la forte augmentation qui avait été observée entre S43 et S44. Cette diminution était observée dans toutes les régions métropolitaines, excepté en Bourgogne-Franche-Comté où le taux se stabilisait. Les régions où la diminution était la plus marquée étaient l'Île-de-France (-31%), la Corse (-30%), les Hauts-de-France (-17%), l'Occitanie (-15%) et la Normandie (-14%).

Il sera nécessaire de conforter cette tendance à la diminution du nombre de nouveaux cas de COVID-19 dans les prochaines semaines.

Le taux de positivité en France métropolitaine était de 19,7% en S45, **en diminution par rapport à la S44** (21,3% en S44, -1,6 points). Cette diminution est observée à différents niveaux dans toutes les régions métropolitaines, et en particulier en Corse (-4,9), Normandie (-2,8), Île-de-France (-2,3), Hauts-de-France (-2,0) et Occitanie (-1,9) avec cependant des hétérogénéités au niveau départemental.

Le taux de positivité était de 38% chez les personnes symptomatiques en S45, en diminution par rapport à la S44 (42%).

Le taux de positivité était supérieur à 10% dans 93 départements de France métropolitaine (96 en S44). Comme la semaine précédente, les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés en Savoie (35%), en Haute-Savoie (34%), en Isère (31%), en Haute-Loire (31%) et dans la Loire (31%).

Le taux de positivité peut être calculé selon différentes méthodes. La méthode présentée ici est basée sur les personnes testées pour la première fois et ne prend pas en compte les personnes ayant réalisé plusieurs tests même anciens, ce qui a tendance à surestimer le taux calculé du fait d'un dénominateur moins important (nombre de personnes testées pour la première fois). Une méthode alternative consiste à prendre en compte au dénominateur le nombre total de tests réalisés.

Ainsi le taux de positivité calculé sur l'ensemble des tests réalisés en S45 est de 14,9% vs. 16,3% en S43 (soit -1,4 points). Quelle que soit la méthode de calcul appliquée, une augmentation du taux de positivité est observée en S45 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 531 cas pour 100 000 habitants), suivies de celles âgées de 45-64 ans (481), puis de 75 ans et plus (485). Bien qu'une diminution soit observée entre les S44 et S45 chez les 15 ans et plus, la diminution est moins marquée chez les 65-74 ans (-8%) et chez les 75 ans et plus (-2%), reflétant la poursuite d'une diffusion de l'épidémie à un niveau élevé dans cette population vulnérable.

Chez les moins de 15 ans, le taux d'incidence poursuivait son augmentation (+13%) en S45.

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 diminuait entre les semaines 44 et 45 (-18%), suite à 5 semaines consécutives de hausse. Cette baisse concernait les jeunes et les adultes (-22% chez les **15-74 ans** et -19% chez les **75 ans et plus**) mais n'était pas observée chez les **2-14 ans** pour lesquels l'augmentation est de +57% entre ces deux semaines. Une baisse était observée dans toutes les régions, en particulier en Île-de-France (-25%), en Hauts-de-France (-22%) et Grand Est (-22%).

Aux urgences, au niveau national, les **passages pour suspicion de COVID-19** (OSCOUR®) étaient **stables** (**14 584** passages en S45 vs. 14 959 en S44, soit -3%). Une situation contrastée était observée en fonction des classes d'âges : une augmentation était observée chez les **75 ans et plus** (+10%) et les **2-14 ans** (+30%) tandis qu'une diminution concerne les **15-75 ans** (-7%). En métropole une diminution était observée en Île-de-France (-19%), en Occitanie (-12%) et en Centre-Val-de-Loire (-4%). Dans les autres régions métropolitaines, les passages étaient en hausse, en particulier en Bretagne (+20%) et en Pays de la Loire (+20%).

Le 10 novembre 2020, 31 505 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 4 750 en réanimation.

Au niveau national, **en milieu hospitalier, le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a augmenté** en semaine 45 avec **19 940** nouvelles hospitalisations (**17 450** en S44, soit +14%). Cette augmentation était moins importante que celle observée entre S43 et S44 (+43%) au niveau national et dans la majorité des régions.

Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** (du 04 au 10 novembre) ont été enregistrés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (55,5/100 000 habitants), en **Bourgogne-Franche-Comté** (44,4), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (42,3), dans les **Hauts-de-France** (32,3) et en **Île-de-France** (29,0).

Le taux d'hospitalisation **a augmenté dans la majorité des régions de France métropolitaine** par rapport à la semaine précédente, **excepté** dans trois régions métropolitaines : Île-de-France (-2%), Normandie (-2%) et Corse (-12%). **Les plus fortes augmentations d'hospitalisations** de patients COVID-19 par rapport à la semaine précédente ont été observées en **Bourgogne-Franche-Comté** (+31%), **Grand Est** (+29%) et **Pays de la Loire** (+27%).

Au niveau national, **le nombre de nouvelles admissions en réanimation** était également **en augmentation** (**3 037** admissions en S45 vs. **2 605** en S44, +17%). Cette augmentation était moins importante que l'augmentation observée entre S43 et S44 (+43%) au niveau national et dans la majorité des régions.

Les taux d'hospitalisation en réanimation les plus élevés (du 04 au 10 novembre) étaient rapportés en **Auvergne-Rhône-Alpes** (7,6/100 000 habitants), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (6,5), **Bourgogne-Franche-Comté** (6,3), **Île-de-France** (5,2) et **Hauts-de-France** (5,2).

Le taux d'hospitalisation en réanimation **a augmenté dans la majorité des régions de France métropolitaine** par rapport à la semaine précédente, **excepté** dans deux régions métropolitaines : Hauts-de-France (-2%) et Corse (-27%). **Les plus fortes augmentations d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 ont été observées en **Bourgogne-Franche-Comté** (+43%), **Grand Est** (+30%) et **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (+22%).

Les R-effectifs (R-eff) permettent de décrire la dynamique de l'épidémie : lorsque le R-eff 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.

L'estimation du R-eff SI-DEP, devenait **inférieure à 1** (0,93) en **France métropolitaine en S45**. Cependant les estimations des R-eff calculées d'une part, à partir des **données d'hospitalisations** (SI-VIC) et d'autre part, des **passages aux urgences** (OSCOUR®) étaient toujours significativement **supérieures à 1** (R-eff SI-VIC : 1,13 et R-eff OSCOUR® : 1,06), mais inférieures à celles de la semaine précédente (R-eff SI-VIC : 1,31 et R-eff OSCOUR® : 1,30 en S44). Même si la tendance globale à la diminution de ces indicateurs se poursuivait en S45 au niveau national, la situation restait contrastée au niveau régional.

Les valeurs de R-eff 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.

Le nombre de décès lors d'une hospitalisation et en ESMS liés à la COVID-19 continuait d'augmenter avec 3 355 décès enregistrés en S45 (vs. 2 605 décès en S44, +29%). Bien que cette augmentation soit inférieure à celles observées les semaines précédentes les données de la semaine 45 devront être consolidées lors du prochain point épidémiologique. Cette augmentation concernait toutes les régions métropolitaines. Les plus forts taux de décès de patients COVID-19 par région étaient observés en Auvergne-Rhône-Alpes (12,3/100 000 habitants), Bourgogne-Franche-Comté (7,2), Provence-Alpes-Côte d'Azur (6,6), Hauts-de-France (5,5).

Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre) avec **une hausse plus marquée en semaines 43 et 44** (du 19 octobre au 1^{er} novembre). Cette hausse concernait les personnes de plus de 65 ans. La hausse de la mortalité était plus particulièrement marquée en Auvergne-Rhône-Alpes où **l'excès de décès a atteint un niveau exceptionnel en semaine 44** et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Du fait des délais de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes.

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

Dans les régions

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

Régions métropolitaines

L'épidémie touche toutes les régions métropolitaines mais les régions actuellement les plus impactées sont **Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur**. La très grande majorité des départements (91%) avaient des taux d'incidence supérieurs à 250/100 000 habitants en S45, ceci étant identique à la semaine précédente. Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements d'Auvergne-Rhône-Alpes décrits ci-dessous. Les cinq métropoles qui présentaient les taux d'incidence les plus importants étaient : Saint-Etienne Métropole (901 cas/100 000 hab.), Grenoble-Alpes-Métropole (890 cas/100 000 hab.), Métropole Européenne de Lyon (826 cas/100 000 hab.), Métropole de Dijon (629 cas/100 000 hab.), et Métropole de Strasbourg (596/100 000 hab.). Une diminution du taux d'incidence est observée dans la quasi-totalité des métropoles excepté Dijon et Nice-Côte d'Azur.

En Auvergne-Rhône-Alpes, l'épidémie reste en progression, bien qu'un ralentissement de cette progression soit observé par rapport à la semaine 44. Le taux d'incidence a ainsi diminué (-7%) ainsi que le taux de positivité (-1 point) en S45. Il s'agit de la région avec les plus forts taux d'hospitalisation et d'admission en réanimation. Ces taux sont en augmentation, même si elle est moins importante que la semaine précédente (+14% pour les hospitalisations et +16% pour les admissions en réanimation) par rapport aux augmentations observées entre S43 et S44. Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements de Savoie (1 106/100 000 hab.), Haute-Savoie (1 092), Haute-Loire (1 046) et Loire (1 014), en diminution par rapport à la S44, excepté en Savoie (+3%).

En Bourgogne-Franche-Comté, le taux d'incidence était stable et le taux de positivité en légère diminution en S45 suite aux fortes augmentations observées précédemment. Les taux d'hospitalisation, d'admission en réanimation et de décès continuent à augmenter mais de façon plus modérée qu'entre S43 et S44. La métropole de Dijon fait partie des métropoles les plus touchées. Le nombre de décès hospitaliers a augmenté de 50% entre S44 et S45 (vs. 80% entre S43 et S44).

En Hauts-de-France, les indicateurs se maintiennent à un niveau élevé bien qu'un ralentissement de la progression de l'épidémie soit observé par rapport à la semaine 44 (taux d'incidence -17% et taux de positivité -2 points). Le taux d'hospitalisation continuait à augmenter entre S44 et S45 mais de façon plus modérée (+7% vs. 32% entre S43 et S44) tandis que les admissions en réanimation se stabilisaient (-2%). La hausse du nombre de décès entre les semaines 44 et 45 dans les Hauts-de-France est plus importante que celle observée précédemment : +57% (vs. +44% entre S43 et S44).

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, les indicateurs se maintiennent à un niveau élevé bien qu'un ralentissement de la progression de l'épidémie soit observé par rapport à la semaine 44 (taux d'incidence -11% et taux de positivité -1 point). Cependant au niveau départemental une augmentation des taux d'incidence et du taux de positivité est observée dans les Bouches-du-Rhône et le Var. Les taux d'hospitalisation (+5%), d'admission en réanimation (+22%) et de décès (+11%) continuent à augmenter mais de façon plus modérée par qu'entre S43 et S44.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

En Guadeloupe, les indicateurs de surveillance épidémiologique confirment une diminution globale de la circulation du virus. La situation demeure tendue en milieu hospitalier avec une baisse de certains niveaux d'indicateurs (urgences, hospitalisation) qui persistent néanmoins à des niveaux élevés. Les admissions en réanimation continuaient à augmenter avec un taux qui était le plus élevé des DROM (2,7/100 000 habitants).

En Martinique, la circulation du virus SARS-COV-2 se maintient à un niveau élevé. Le taux d'incidence et le taux de positivité étaient en diminution en semaine 45 mais dépassaient les seuils respectifs d'alerte. Les hospitalisations se stabilisaient.

En Guyane, une tendance à la stabilisation est observée pour le nombre de cas confirmés et les hospitalisations, avec une tendance à la baisse concernant les passages aux urgences.

A La Réunion, les indicateurs poursuivent leur hausse en semaine 45 concernant les recours aux urgences et le nombre d'hospitalisations.

A Mayotte, une augmentation du nombre de cas confirmés est observée tandis que les hospitalisations sont en diminution.

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

En France métropolitaine et dans les DROM

Dans un contexte de progression de l'épidémie, les données des clusters restent pertinentes pour identifier les collectivités à risque pour lesquelles la proportion de **clusters à niveau de criticité élevé** est la plus importante contribuant ainsi à prioriser les mesures de gestion et de contrôle. Les **six types de collectivités** pour lesquelles la proportion de clusters à niveau de criticité élevé était la plus importante étaient : les Ehpad (80%), les communautés vulnérables (56%), les établissements médico-sociaux (EMS) de personnes handicapées (54%), les établissements de santé (51%), les établissements pénitentiaires (44%) et les établissements sociaux d'hébergement et d'insertion (39%).

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) incluant les établissements d'accueil pour personnes âgées, l'augmentation du nombre de cas confirmés se poursuit en S45 de façon marquée (+21% par rapport à la S44).

Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie restent les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que celles présentant des comorbidités. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 65% des personnes admises en réanimation et 93% des personnes décédées de COVID-19. De plus, 88% des personnes admises en réanimation présentent des comorbidités. L'analyse des indicateurs montrent que les enfants restent moins représentés chez les patients hospitalisés et parmi les décès (moins de 1%).

Pour la première fois depuis le début de la mise en place du **contact-tracing par l'Assurance maladie**, une **diminution du nombre de cas confirmés et de personnes-contacts à risque** est observée en semaine 45 et se répercute sur le nombre moyen de personnes-contacts par cas (1,6). Cette tendance reste à confirmer dans les prochaines semaines et à confronter aux résultats des autres systèmes de surveillance pour juger du réel impact de ces mesures. Par ailleurs, suite à la mise en place des nouvelles procédures par l'Assurance maladie, la proportion de cas ayant pu être investigués a augmenté pour s'établir à 91%, témoignant de l'efficacité des nouvelles procédures.

La diminution du nombre de personnes-contacts par cas suggère un effet du renforcement des mesures barrières et de distanciation sociale ces dernières semaines.

Cependant, le nombre de nouveaux cas précédemment connus comme personne-contact à risque continue à diminuer. Il est possible que les personnes-contacts notifiées par un SMS en remplacement d'un appel téléphonique se fassent moins souvent tester que celles recevant un appel (procédure majoritaire avant la semaine 45). Il est impossible, à ce stade et compte tenu de ces évolutions récentes, de confirmer cette hypothèse. L'autre hypothèse pourrait être que les mesures de contrôles ont plus d'effet sur les chaînes de transmission les plus facilement identifiées par les investigations, et que des chaînes non détectées persistent dans des secteurs moins visibles.

Parmi les cas symptomatiques, le délai moyen entre la survenue des premiers signes cliniques et la date de prélèvements reste tout juste égal à 3 jours au niveau national. Les délais dans les départements ultra-marins restent néanmoins très supérieurs à 3 jours, notamment en Martinique. Cet indicateur pourrait évoluer rapidement avec le déploiement des tests antigéniques.

Depuis le nouveau confinement, toutes **les mesures de réduction des contacts** et dans une moindre mesure, le port du masque et les mesures d'hygiène ont été beaucoup plus adoptées systématiquement comparées à leur usage en octobre. Si une partie de cette augmentation est liée aux mesures collectives accompagnant le confinement, elle reflète aussi l'effort majeur d'adoption systématique des mesures individuelles fait par la population pour ralentir la circulation du virus.

Conclusion

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

En **France métropolitaine**, la semaine 45 semble être marquée par un **ralentissement de la circulation du SARS-CoV-2 mais le niveau des indicateurs nationaux se maintient à un niveau très élevé**.

Les tendances à la diminution du R-effectif et à l'allongement du temps de doublement du nombre d'hospitalisations et d'admissions en réanimation traduisent une possible évolution favorable de la dynamique de transmission du SARS-CoV-2 par rapport aux semaines précédentes, avec des situations contrastées par région.

Ces évolutions suggèrent un effet du renforcement des mesures barrières et de distanciation sociale de ces dernières semaines et notamment de la mise en place successive des différents couvre-feux associées à la communication sur la situation épidémiologique très préoccupante depuis le mois d'octobre. Les effets de la mise en place du confinement pourront être observés dans les prochaines semaines. Ces événements ont pu avoir un effet positif sur l'**adhésion aux mesures barrières** par la population, en effet il est également observé que leur adoption systématique est **beaucoup plus fréquente** au début du mois de novembre qu'en octobre.

Il convient néanmoins de rester prudent dans l'interprétation des indicateurs liés aux tests RT-PCR (données virologiques, R-effectif SI-DEP) du fait de la mise à disposition depuis 3 semaines des tests antigéniques, qui peuvent avoir entraîné une diminution du recours aux tests RT-PCR et par conséquent sous-estimé le taux d'incidence. Cependant, d'après les données disponibles sur les volumes de tests antigéniques réalisés, il semble que leur exclusion ne remette pas en cause la diminution d'incidence observée. Les tests antigéniques seront inclus prochainement dans les indicateurs basés sur les données virologiques SI-DEP.

Les nombres de **nouveaux cas hospitalisés et de nouvelles admissions en réanimation poursuivent leur augmentation**. Leurs niveaux sont également proches de ceux des mois de mars et avril 2020, cependant ces variations sont hétérogènes selon les régions et il convient de maintenir les mesures en place pour préserver le système de soins et poursuivre la prise en charge des patients non atteints de COVID-19.

Des travaux dédiés à l'impact des mesures de freinage mises en place en octobre, non détaillés dans le présent point épidémiologique, ont été réalisés en ciblant les couvre-feux, tout en prenant en compte les mesures renforcées de fin septembre. L'analyse a porté sur les 22 métropoles réparties en trois groupes (couvre-feu le 17 octobre, le 24 octobre et pas de couvre-feu). Les résultats au 06 novembre, sur des données au 1^{er} novembre, suggèrent un **possible impact des mesures de freinage dans les métropoles sous couvre-feu le 17 octobre** au regard du ralentissement de la progression des indicateurs d'incidence et d'admissions à l'hôpital. Cependant, il n'est pas possible d'établir la part qui revient à l'effet des mesures de freinage par rapport à des facteurs concomitants. Une **amélioration semble également s'amorcer dans les autres métropoles**, possiblement par un effet de résonance qui aurait entraîné une modification des comportements. Les données des deux à trois prochaines semaines doivent venir conforter ces premiers résultats qui doivent être lus avec prudence en raison du faible recul d'observation, et apporter des premiers éléments sur l'impact du couvre-feu du 24 octobre et du confinement.

Du point de vue de la **santé mentale**, les situations diffèrent selon le vécu de la crise sanitaire (peur, inquiétude, colère et frustration ou encore sentiment de solitude et d'isolement) et selon les contraintes qu'elle fait peser sur chaque individu (notamment en termes de difficultés financières). La hausse des symptômes dépressifs a été observée pour tous les profils sociodémographiques, traduisant une **dégradation de l'état de santé mentale à l'échelle de la population**. Rappelons à ce titre, qu'il est important de ne pas rester seul face à ses difficultés et qu'il est bénéfique de pouvoir en parler. Des dispositifs en ligne existent qui proposent à toute personne en détresse psychologique, une écoute, un accompagnement et une orientation selon la nature des difficultés et des besoins exprimés (numéro national gratuit : 0 800 130 000, 24h/24, 7 jours/7 ; page ressource « santé mentale et COVID » sur le site Internet de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/coronavirus/sante-mentale>).

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

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

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

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



Méthodes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Recensement des cas probables et confirmés de COVID-19 et décès parmi les professionnels d'un établissement de santé public ou privé : données déclaratives hebdomadaires par établissement sur les données depuis le 1^{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

Delphine Viriot, Julie Figoni, Christine Campese, Claire Sauvage, Anne Fouillet, Christophe Bonaldi, Yann Le Strat, Myriam Fayad, Guillaume Spaccaferri, Patrick Rolland, Valérie Henry, Céline Caserio-Schonemann, Bruno Coignard, Didier Che, Daniel Lévy-Bruhl, Clara Blondel, Jonathan Bastard, Julian Rozenberg, Katia Hamdad, Camille Le Gal, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Alexandra Septfons, Mathias Bruyand, Fatima Aït Belghiti, Laëtitia Gouffé-Benadiba, Yu Jin Jung, Marie-Michèle Thiam, Linda Lasbeur, Enguerrand du Roscoât, Isabelle Bonmarin, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Agnès Verrier, Elisabeth Pinto, Anne Laporte

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 :
12 novembre 2020

Pour en savoir plus sur :

- **Les méthodes du système de surveillance** : consulter la page [Santé publique France](#)
- **Nos partenaires et les sources de données** :

[SurSaUD®](#)
[SI-VIC](#)

[OSCOUR®](#)
[CépiDC](#)

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

[Réseau Sentinelles](#)

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

- **En France** : [Santé publique France](#) et [Ministère des Solidarités et de la Santé](#)
- **A l'international** : [OMS](#) et [ECDC](#)
- Un numéro vert **0 800 130 000** (appel gratuit) a été mis en place (7j/7 24h/24). Cette plateforme permet d'obtenir des informations sur le COVID-19 et des conseils.

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