

Mardi 26 janvier 2021 à 19h00

1. SITUATION INTERNATIONALE

BILAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE MONDIAL

(Source : Johns Hopkins, données du 26/01/2021 à 16h30)

- **Total cas confirmés : 99 839 462** (+443 363 en 24h)
- **Total guéris : 55 180 632** (+289 977 en 24h)
- **Total décès : 2 143 861** (+9 651 en 24h)
- **Total pays/territoires touchés : 192**

BILAN ÉPIDÉMIOLOGIQUE UE/EEE ET RU

ACTUALISATION HEBDOMADAIRE

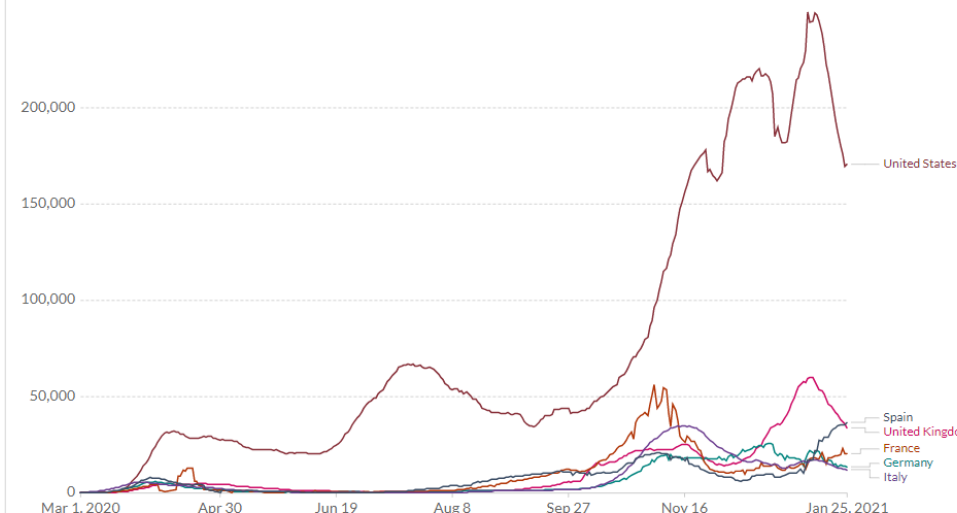
(Source : ECDC, données du 21/01/2021 pour la semaine 2021-2)

- **Total cas confirmés : 17 906 888** (+968 558 en une semaine)
- **Total décès : 425 618** (+24 083 en une semaine)

Daily new confirmed COVID-19 cases

Shown is the rolling 7-day average. The number of confirmed cases is lower than the number of actual cases; the main reason for that is limited testing.

LINEAR LOG



EUROPE

Le **Royaume-Uni** est devenu le premier pays en Europe à dépasser les 100.000 morts des suites du nouveau coronavirus, confirmant l'ampleur de la crise pour ce pays qui place tous ses espoirs dans la vaccination. Selon le bilan quotidien du ministère de la Santé, 1.631 décès supplémentaires ont été enregistrés, portant le bilan total de la pandémie à 100.162 morts. Le nombre de cas recensés dans les dernières 24h s'est établi à 20.089, confirmant une décrue ces derniers jours.

L'**Espagne** a prolongé mardi pour deux semaines, jusqu'au 16 février, les restrictions imposées aux arrivées en avion et bateau de voyage urs en provenance du Royaume-Uni, en raison des "incertitudes" persistantes sur le variant britannique du nouveau coronavirus. Seule l'entrée des personnes résidant en Espagne et Andorre sera autorisée depuis le Royaume-Uni jusqu'à cette date, a indiqué le gouvernement dans un communiqué. C'est la troisième prolongation de cette disposition depuis son entrée en vigueur fin décembre.

INTERNATIONAL

L'**Indonésie** a dépassé le cap du million de cas de Covid-19 mardi, selon les statistiques officielles. Le gouvernement a lancé une campagne de vaccination massive pour reprendre le contrôle de l'épidémie qui se propage rapidement dans l'archipel. Le pays d'Asie du Sud-Est de près de 270 millions d'habitants a enregistré 1.012.350 cas de Covid-19 et près de 29.000 morts, selon les chiffres publiés mardi, mais les scientifiques considèrent que l'ampleur de l'épidémie est sans doute bien plus importante, au vu du faible nombre de tests effectués.

2. SITUATION NATIONALE

2.1. BILAN EPIDEMIOLOGIQUE (Source : Bilan SpF du 26/01/2021 et CNAM)

3 079 943 cas confirmés en France (+22 086 cas confirmés par RT-PCR et Tag en 24h - données issues de S IDEP)

219 152 personnes guéries parmi les patients hospitalisés (+1 444 en 24h)

27 041 patients hospitalisés dont :

- 117 lits **en plus** occupés en 24h
- 2 002 nouveaux patients déclarés hospitalisés en 24h

3 081 patients admis en réanimation pour le COVID-19 dont :

- 40 lits **en plus** occupés en 24h
- 343 nouveaux patients déclarés en réanimation en 24h

74 106 décès dont :

- 51 868 décès en milieu hospitalier (+ 350 en 24h)
- 22 238 * décès en EHPAD / autres EMS

* Données au 24/01/2021

Variants émergents : Au total, sont recensés en France **297 cas d'infection à des variants émergents** : 259 cas du variant VOC B.1.1.7 et 38 cas du variant 501Y_V2.

Données issues de S IDEP : Pour la semaine du 17 janvier 2021 au 23 janvier 2021, en France, **2 076 085 tests (RT-PCR ou TA)** pour le SARS-CoV-2 ont été pratiqués, pour **1 979 239** personnes testées. Le taux de positivité était de **7.1 %**, le taux d'incidence de **210.2 pour 100 000** habitants et le taux de dépistage de **2 949 pour 100 000** habitants.

Dispositif « Contact Covid », depuis le 17 mai 2020 jusqu'au 25 janvier 2021 :

- Au cours des dernières 24h, **9 036** patients confirmés ont été contactés par la CNAM
- Au cours des dernières 24h, **27 925** personnes contacts ont été contactées par la CNAM
- En moyenne, pour la semaine du 18/01 au 24/01, **1,9 personnes contact** pour 1 cas confirmé

SOS médecins : Au cours de la journée du 25/01/2021, le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ainsi que leur part dans l'activité totale étaient de 464 actes et 4,7% (vs 391 actes et 3,8% le 24/01/2021 – données consolidées du 25/01/2021). **Sur les 7 derniers jours (par rapport aux 7 jours précédents)**, les actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 sont en légère hausse (+7% soit +185 actes – données consolidées du 25/01/2021).

Passages aux urgences pour suspicion COVID-19 : Au cours de la journée du 25/01/2021, les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 et leur part d'activité étaient respectivement de 945 et 2,8% (vs 696 et 2,6% le 24/01/2021 – données à J+1 non consolidées). **Sur les 7 derniers jours (par rapport aux 7 jours précédents)**, les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 sont en hausse (+12% soit +730 passages – données non consolidées).

Mobilisation de la Réserve Sanitaire : Depuis le 26 janvier 2020, la mobilisation de la réserve sanitaire représente **51 257** jours-réservistes.

Centre de crise sanitaire - ☎ : 01 40 56 75 11

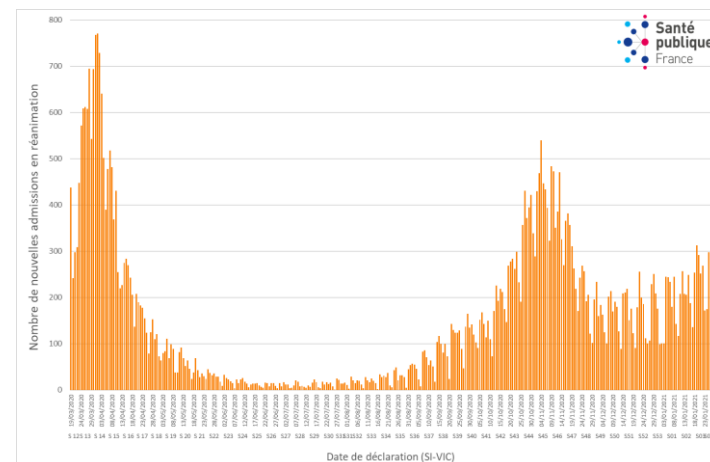
centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr

Nombre de cas confirmés de COVID-19 selon SI-VIC par région de l'établissement de déclaration, France, 26 janvier 2021

Région	Le 26 janvier 2021			Depuis le 01 mars 2020	
	Hospitalisations en cours	Dont réanimation	Soins aux urgences	Retours à domicile	Décès
Auvergne-Rhône-Alpes	3 906 (14%)	430 (14%)	25 (9%)	31 992 (15%)	7 827 (15%)
Bourgogne-Franche-Comté	1 826 (7%)	178 (6%)	9 (3%)	11 777 (5%)	3 236 (6%)
Bretagne	656 (2%)	41 (1%)	1 (0%)	3 886 (2%)	869 (2%)
Centre-Val de Loire	1 090 (4%)	136 (4%)	3 (1%)	6 351 (3%)	1 603 (3%)
Corse	50 (0%)	8 (0%)	0 (0%)	545 (0%)	123 (0%)
Grand Est	3 040 (11%)	326 (11%)	19 (7%)	24 311 (11%)	6 979 (13%)
Guadeloupe	51 (0%)	5 (0%)	0 (0%)	786 (0%)	169 (0%)
Guyane	49 (0%)	14 (0%)	1 (0%)	2 100 (1%)	72 (0%)
Hauts-de-France	2 500 (9%)	285 (9%)	11 (4%)	20 245 (9%)	5 170 (10%)
Ile-de-France	5 004 (19%)	616 (20%)	123 (45%)	58 777 (27%)	13 153 (25%)
La Réunion	25 (0%)	5 (0%)	0 (0%)	779 (0%)	54 (0%)
Martinique	13 (0%)	2 (0%)	0 (0%)	380 (0%)	45 (0%)
Mayotte	31 (0%)	4 (0%)	0 (0%)	579 (0%)	46 (0%)
Normandie	1 359 (5%)	103 (3%)	5 (2%)	6 982 (3%)	1 813 (3%)
Nouvelle-Aquitaine	1 464 (5%)	205 (7%)	34 (12%)	9 161 (4%)	2 163 (4%)
Occitanie	1 705 (6%)	223 (7%)	8 (3%)	11 559 (5%)	2 511 (5%)
Pays de la Loire	998 (4%)	92 (3%)	7 (3%)	7 179 (3%)	1 652 (3%)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 238 (12%)	398 (13%)	28 (10%)	21 732 (10%)	4 357 (8%)

Note : pour les données par région, des données manquantes dans la base SIVIC ainsi que des transferts à l'étranger expliquent un total différent de la première ligne du tableau 4.1.

Nombre de cas de COVID-19 nouvellement admis en réanimation par jour, France, du 19 mars au 26 janvier 2021 (Source : données SI-VIC)



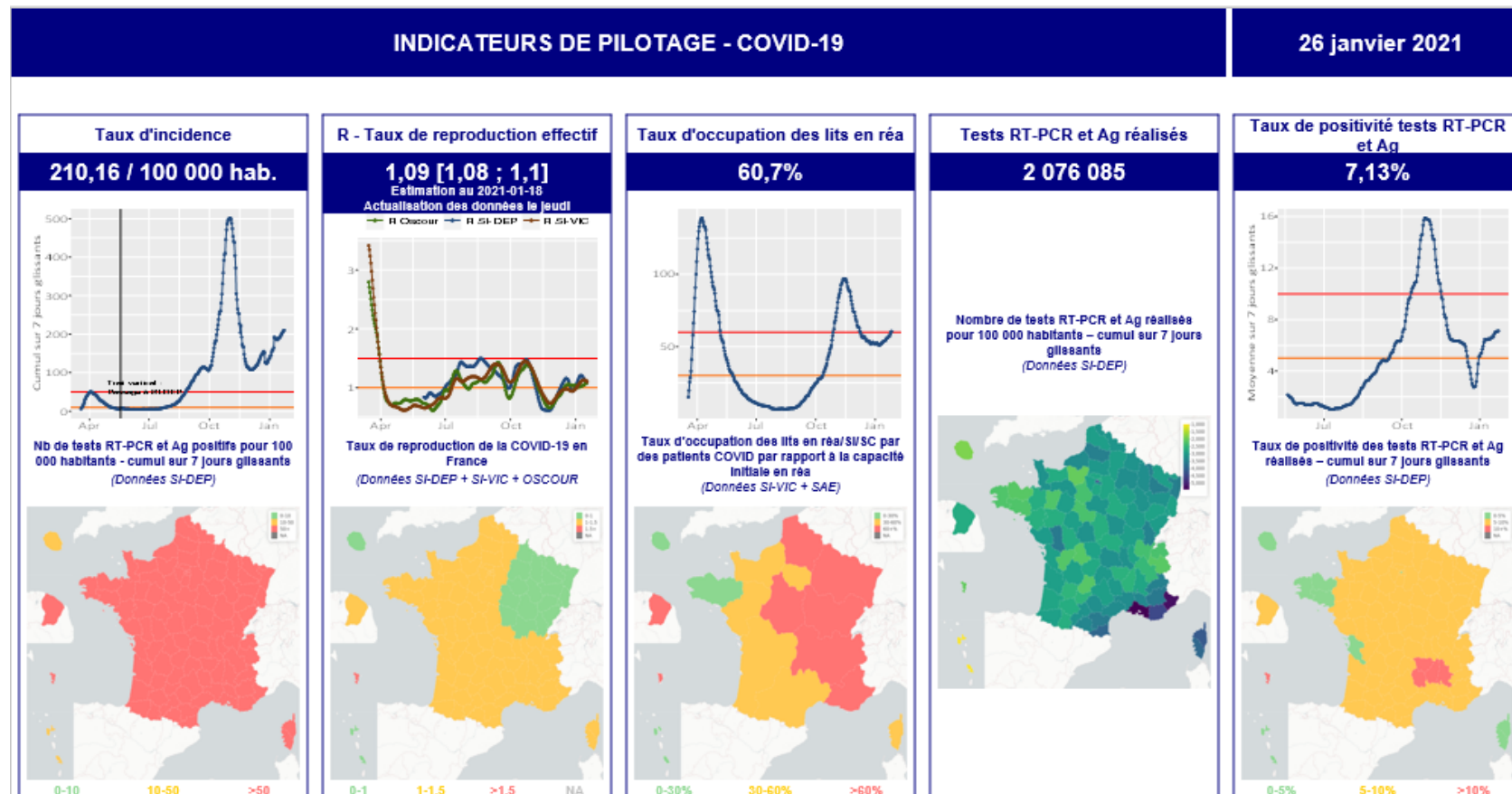
2.2 SUIVI DE LA SITUATION VACCINALE CONTRE LA COVID-19

PERSONNES ELIGIBLES A LA VACCINATION A DATE

- Les personnes âgées en EHPAD ou en unité de soin de longue durée.
- Tous les professionnels de santé, y compris libéraux, les pompiers et les aides-à-domicile de plus de 50 ans et/ou atteints de comorbidités.
- Les personnes handicapées vulnérables prises en charge dans les foyers d'accueil médicalisés et les maisons d'accueil spécialisées et les personnels y exerçant âgés de 50 ans et plus et/ou atteints de comorbidités.
- Les personnes vulnérables à très haut risque.
- Les personnes âgées de plus de 75 ans.

Région	Nombre d'injections au 26/01/21	Part de personnes vaccinées pour 100 habitants
Auvergne-Rhône-Alpes	132 511	1,66
Bourgogne-Franche-Comté	73 413	2,61
Bretagne	58 434	1,75
Corse	6 052	1,79
Centre-Val-de-Loire	49 285	1,92
Grand Est	102 762	1,85
Hauts-de-France	95 141	1,58
Île-de-France	187 301	1,53
Nouvelle Aquitaine	129 133	2,16
Normandie	72 742	2,19
Occitanie	117 357	1,99
Provence-Alpes-Côte-D'azur	92 491	1,83
Pays-de-la-Loire	61 189	1,62
Guyane	699	0,25
Guadeloupe	1 299	0,34
Martinique	1 849	0,50
Réunion	2 852	0,33
France	1 184 510	1,77

2.3 INDICATEURS DE PILOTAGE



Analyse de la situation – points d'attention

L'analyse des indicateurs issus de la base SI-DEP invite à la plus grande vigilance compte tenu d'une tendance à la hausse du nombre de cas confirmés, avec en moyenne 20 150 cas confirmés par jour entre le 17 et le 23 janvier 2021 (données consolidées).

Sur 7 jours glissants (du 17/01/21 au 23/01/21), le taux d'incidence augmente (210,2 / 100 000 habitants, soit +9,6% vs la semaine du 10/01 au 16/01). Le taux de dépistage (+2,3%) et le taux de positivité (+0,48 point) augmentent.

Sur la journée du samedi 23/01 (données consolidées, en date de prélèvement), 13 447 cas ont été confirmés vs 12 477 le samedi 16/01, soit +7,8%.

Concernant les données hospitalières (SI-VIC), les nombres de déclarations de nouvelles hospitalisations, de nouvelles admissions en réanimation et de nouveaux décès sur 7 jours glissants sont toujours en augmentation :

- 11 244 nouvelles hospitalisations du 20 au 26/01/21 vs. 10 328 du 13 au 19/01/21, soit +8,9%
- 1 769 nouvelles admissions en réanimation vs. 1 517, soit +16,6%
- 2 198 nouveaux décès vs. 1 913, soit +14,9%

Centre de crise :
centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr



SION RESTREINTE

Page 4 sur 7

2.4 REVUE SCIENTIFIQUE – POTENTIELLE AUGMENTATION DE LETALITE DE LA VARIANTE UK (VOC)

Alors que les preuves en faveur de la contagiosité accrue du VOC sont de plus en plus fortes, le gouvernement du **Royaume-Uni** a annoncé **le vendredi 22/01/21** une possible létalité accrue qui s'ajoute aux préoccupations existantes autour de cette variante.

Le taux de mortalité exprime le nombre de décès attribuables à la maladie sur l'ensemble de la population et la létalité le nombre de décès liés à une affection particulière parmi les personnes souffrant de cette affection (ici, l'infection par SARS-CoV-2).

Bien qu'une étude initiale de Public Health England (PHE) n'eût pas montré de différence significative pour le risque d'hospitalisation, plusieurs nouvelles analyses rapportent une létalité plus élevée du VOC comparé aux variantes non-VOC. [1]

Aucune étude n'est accessible au public au 25/01/21 et toutes ces analyses ont été transmises directement au NERVTAG (comité d'expert du ministère de la santé conseillant le gouvernement du Royaume-Uni) qui en fait le résumé dans son article du 22/01/21. Chaque analyse est unique car la méthode statistique ou la source de données est propre à chacune.

1. L'analyse de la **London School of Hygiene and Tropical Medicine** menée sur 1.2 millions de personnes testées et 2583 personnes décédées dont 384 décès dus au variant SGTF (discordance cible S, proxy du VOC particulièrement pertinent au Royaume-Uni [2]) suggère une **létalité accrue de 35% dans toutes les catégories d'âge (8-68% IC95)** (avec intervalle de confiance de 95%). Il n'est pas spécifié quelles sont ces catégories d'âge. Les chercheurs ont vérifié que la létalité n'était pas influencée par l'âge, le sexe, le biais induit par le proxy SGTF, la catégorie sociale sur critère géographique et la pression hospitalière (lits, équipement, personnel). [3]
2. L'analyse de l'**Imperial College London** utilise les mêmes données mais les analyse de deux façons différentes. La 1^{ère} démontre une **augmentation de la létalité de 36% (18-56% IC95) tandis que la 2^{ème} une augmentation de 29% (7-54% IC95)**. Le sur-risque semble constant à travers les classes d'âges. Cette étude à la particularité d'avoir vérifié qu'un nombre élevé de cycles de PCR (correspondant à une charge virale faible) n'influait pas les résultats. [4]
3. L'étude de cohorte rétrospective de **PHE**, moins ambitieuse et une fois actualisée au 19/01/21, estime une **létalité accrue de 65% (21-125% IC95)**. [5]

Il est toutefois important de noter que toutes ces études se basent sur des échantillons potentiellement non représentatifs de la totalité des malades de la COVID, en effet les **données**

n'incluent que les tests réalisés en population générale et non ceux réalisés dans le cadre de soins hospitaliers ou pour le personnel soignant.

La vie en collectivité et la densité de la population pourraient être des facteurs de risque de propagation plus importante du VOC. La létalité qui y est associée pourrait ainsi être majorée dans les classes d'âges à partir de 65 ans, du fait de la présence de personnes plus fragiles en institution qu'à domicile. Par exemple si les clusters en établissements pour personnes âgées étaient plus fréquents avec le VOC, l'analyse par tranche d'âge comparerait en réalité les personnes âgées d'institutions avec celles encore à domicile, moins fragiles [1]. Toutefois les analyses 1 et 2 montrent une augmentation de la létalité à travers toutes les classes d'âge, ce qui atténue le doute autour de ce biais.

Enfin, une analyse rapide portant sur une cohorte clinique de patients COVID-19 hospitalisés (CO-CIN) ne suggère pas de létalité accrue (-80%- +69% IC95). **Mais une augmentation de la létalité générale n'est pas nécessairement accompagnée par une augmentation de la létalité survenant à l'hôpital.** En effet, elle peut causer une augmentation du taux d'hospitalisation et donc un nombre plus important de décès, sans pour autant augmenter la létalité chez ceux suffisamment malades pour être hospitalisés. [1]

Au cours des prochaines semaines, au fur et à mesure que les données et les études se consolideront, les résultats gagneront en fiabilité.

Références :

[1] NERVTAG paper on COVID-19 variant of concern B.1.1.7 – 22/01/21 [Lien](#).

[2] PHE - Investigation of novel SARS-CoV-2 variant - Variant of Concern 202012/01 - Technical briefing 2 – 28/12/2021 [Lien](#).

[3] Davies, N., Diaz-Ordaz, K., Keogh, R. 2021. Relative fatality hazard in Pillar 2 tested individuals with VOC. - LSHTM – unpublished analysis.

[4] Ferguson, N. 2021. Non-parametric analysis of fatal outcomes associated with B.1.1.7. - Imperial College London - unpublished analysis.

[5] PHE, 2021. Unpublished analysis.

2.5 STRATEGIE DE REPONSE NATIONALE ET CHRONOLOGIE

➤ HISTORIQUE DES PRINCIPALES MESURES DE GESTION (REINITIALISE AU 01/01/2021)

02/01/2021 : Couvre-feu avancé à 18H dans 15 départements (Hautes Alpes, Alpes Maritimes, Ardennes, Doubs, Jura, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Haute-Saône, Vosges, Territoire de Belfort, Moselle, Nièvre et Saône-et-Loire)

10/01/2021 : Couvre-feu avancé à 18H dans 8 départements (Allier, Alpes-de-Haute-Provence, Bouches-du-Rhône, Cher, Côte-d'Or, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Vaucluse)

14/01/2021 : Annonce par le Premier Ministre de l'instauration d'un couvre-feu à 18 heures sur l'ensemble de la métropole à partir du 16 janvier ainsi qu'un renfort du contrôle sanitaire aux frontières.

➤ DIFFUSION DES MESSAGES DU MINISTERE DES SOLIDARITES LA SANTE

INFORMATION DES ARS, DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE

MESSAGES DIFFUSES*	DATE	OBJET
Pas de diffusion ce jour		

*Le CCS diffuse plusieurs type de messages : MINSANTE messages à destination des ARS ; MARS à destination des établissements de santé ; DGS-Urgent à destination des professionnels de santé libéraux. Les archives MINSANTE et MARS sont disponibles sur la plateforme d'échanges Symbiose

Chronologie des mesures de gestion Covid-19 : Janvier 2021

Mesures de gestion

Couvre feu à 18h
dans 15
départements

02/01

Première
administration du
vaccin Oxford - Astra
Zeneca par le
Royaume-Uni

04/01

La Commission
européenne et
l'Agence européenne
des médicaments ont
approuvé l'utilisation
du vaccin Moderna

05/01

06/01

Couvre feu à 18h dans
8 départements
supplémentaires

10/01

Couvre feu à 18H sur
l'ensemble du
territoire
métropolitain

16/01

Renforcement des
mesures de contrôle
sanitaire aux
frontières

18/01

Epidémiologie

International

Annonce d'un
reconfinement en
Angleterre et en Ecosse
jusqu'à mi-février