

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, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Cnam, Inserm, Insee.

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance, d'alerte et de prévention, analyse et publie les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires et de ses propres études et enquêtes. **Ce bilan est basé sur les données rapportées à Santé publique France jusqu'au 17 février 2021.**

► Points clés

En semaine 06, diminution des principaux indicateurs de suivi de l'épidémie mais maintien à un niveau très élevé de la circulation du SARS-CoV-2 dans un contexte fragile lié à la diffusion croissante de variants plus transmissibles et qui deviennent prédominants en métropole

- Circulation toujours intense du SARS-CoV-2 avec une tension forte et persistante sur le système hospitalier
- Diminution du nombre de nouveaux cas chez les personnes âgées de 75 ans et plus
- Métropole : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France et Hauts-de-France les plus touchées
- Outre-mer : stabilisation du taux d'incidence à un niveau très élevé à Mayotte

Variants

- Proportion élevée des suspicions de variants d'intérêt qui deviennent prédominants en métropole
- Suspicion de variant 20I/501Y.V1 : 36%, proportion supérieure à 30% dans 40 départements
- Suspicion de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 : 5%, proportion supérieure à 10% dans 8 départements

Mortalité

- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée

Prévention

- Vaccination : point au 16 février 2021
 - 2 357 946 personnes ayant reçu au moins une dose
 - Couverture vaccinale chez les résidents des EHPAD ou USLD : 74,4%
- Maintien de l'adoption des mesures barrières et de la limitation des contacts
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais
- Importance de l'identification et du contrôle des chaînes de transmission

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 06 (du 08 au 14 février 2021)

	S06	S05*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	127 661	139 874	-9%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	5,9%	6,3%	-0,4 point
Taux de dépistage (/100 000 habitants) du SARS-CoV-2 (SI-DEP)	3 206	3 299	-3%
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 836	2 955	-4%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	6 683	7 521	-11%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	9 921	11 063	-10%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 763	1 767	0%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres ESMS)	2 504	2 869	Non consolidée

* Donnée consolidées

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars 2020 au 16 février 2021

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	329 353
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres ESMS)	82 812



► Point de situation en semaine 06 (du 08 au 14 février 2021)

En semaine 06 (du 08 au 14 février 2021), les principaux indicateurs épidémiologiques de suivi de l'épidémie de COVID-19 amorçaient une diminution mais restaient toutefois à un niveau très élevé, témoignant de l'intensité de la circulation du SARS-CoV-2 sur le territoire et de la tension forte et persistante du système hospitalier. Avec la progression soutenue des variants plus transmissibles, ceux-ci deviennent prédominants et une aggravation de la situation épidémiologique dans les prochaines semaines fait partie des scénarios à envisager, comme en attestent certains travaux de modélisation.

Au niveau national, en semaine 06, 2 151 620 personnes ont été testées et 127 661 ont été confirmées positives au SARS-CoV-2, soit 18 237 nouveaux cas confirmés en moyenne chaque jour. Les indicateurs virologiques montraient une diminution du taux d'incidence (-9%), du taux de positivité (-0,4 point) et du taux de dépistage (-3%).

L'analyse des résultats des tests de criblage des variants d'intérêt disponibles collectés via SI-DEP montrait que 36% des tests positifs criblés en S06 correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 (UK) et 5% à une suspicion de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR). Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec de fortes disparités selon les départements : 40 départements présentaient une proportion supérieure à 30% de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) parmi les tests criblés et 8 présentaient une proportion supérieure à 10% de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR). Ces données indiquent que ces variants plus transmissibles deviennent actuellement prédominants en France menaçant ainsi l'équilibre obtenu en matière de transmission en S06.

En semaine 06, le nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque était en baisse par rapport à la semaine 05. L'âge moyen des cas et des personnes-contacts était en légère diminution. Plus d'un quart des nouveaux cas avait précédemment été identifié comme contact par le dispositif de contact-tracing. Cette proportion est en légère augmentation depuis la semaine 02. Dans le contexte de la diffusion de variants plus transmissibles, tous les efforts en cours pour identifier et casser les chaînes de transmission doivent être maintenus.

Les indicateurs de médecine ambulatoire étaient stables ou en diminution, de même que le recours aux urgences. Malgré une diminution des hospitalisations en semaine 06, le nombre de patients COVID-19 hospitalisés restait très élevé, avec 26 239 personnes hospitalisées au 16 février 2021, dont 3 348 en réanimation. Le maintien à un niveau très élevé du nombre d'hospitalisations, notamment en réanimation, reste préoccupant du fait de la tension du système de soins depuis plusieurs semaines, avec des situations hétérogènes selon les régions.

Le nombre hebdomadaire de décès, incluant les décès liés à la COVID-19 survenus en milieu hospitalier et dans les établissements sociaux et médico-sociaux (décès survenus à domicile non inclus), était en légère diminution en semaine 05, mais restait élevé avec 2 869 décès (vs 2 949 en S04, soit -3%).

En semaine 06, les personnes de 75 ans et plus restaient fortement touchées par le SARS-CoV-2. Toutefois, pour la seconde semaine consécutive, le taux d'incidence était en nette diminution dans cette classe d'âge (-29% par rapport à S04), ainsi que le taux de positivité (-1,9 point par rapport à S04). Plusieurs facteurs ont pu contribuer à la diminution des nouvelles contaminations dans cette classe d'âge particulièrement vulnérable. La part des personnes âgées de 65 ans et plus parmi les contacts à risque diminue depuis S01, ce qui pourrait refléter une attention particulière à éviter les situations d'exposition à risque des plus âgés. D'autre part, les campagnes de vaccination, qui ciblent particulièrement cette classe d'âge, ont permis d'augmenter leur couverture vaccinale. Ainsi, selon les données issues de Vaccin Covid, 22,5% de la population âgée de 75 ans et plus avait reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 au 16 février 2021 ; il en était de même pour 74,4% des résidents d'EHPAD ou d'USLD.

Au total, au 16 février 2021, 3,5% de la population française avait reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19.

Il reste essentiel que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. L'utilisation des outils numériques (TousAntiCovid) est recommandée pour renforcer les mesures de suivi des contacts et d'isolement rapide.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
Variants d'intérêt : analyse des résultats des tests de criblage saisis dans SI-DEP.....	13
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	15
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	22
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	25
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	26
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	28
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	37
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	43
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE	48
Enquête GERES CAPP-VaCov sur les intentions de vaccination des professionnels de santé.....	48
SITUATION INTERNATIONALE.....	51
VARIANTS D'INTÉRÊT DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL.....	54
SYNTHÈSE	57
SOURCES DES DONNÉES	62

Les données de « *Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques* », « *Surveillance des professionnels en établissements de santé* » et « *Signalement d'infections à SARS-CoV-2 nosocomiales* » sont présentées une semaine sur deux.

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

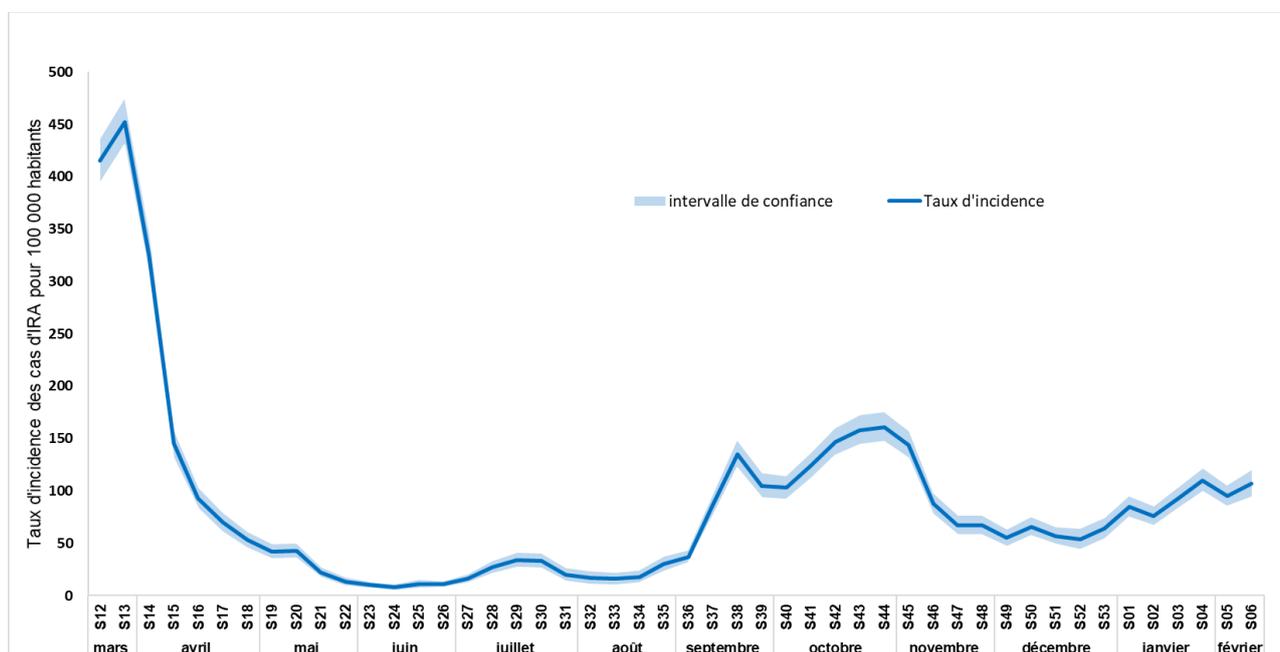
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le Réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes chez lesquelles sont réalisés des prélèvements. Les résultats des deux dernières semaines seront consolidés dans les prochaines semaines.

• En semaine 06 (du 08 au 14 février 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 107/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [94-120]) en France métropolitaine ; il est comparable à celui de la semaine 05 : 95/100 000 habitants (IC95% : [85-105]) (Figure 1).

• Sur les 24 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, 1 s'est avéré positif pour le SARS-CoV-2, 5 étaient positifs pour un rhinovirus, 1 pour un virus respiratoire syncytial (VRS) et 2 pour un métapneumovirus. Aucun virus grippal n'a été détecté.

• Depuis la semaine 37-2020, sur les 788 prélèvements effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés sur prélèvement nasopharyngé, 276 (35%) étaient positifs pour un rhinovirus, 125 (16%) pour le SARS-CoV-2, 18 (2%) pour un métapneumovirus et 11 (1%) pour un VRS. Deux prélèvements se sont avérés positifs pour un virus grippal de type B/Victoria en semaine 49-2020 et en semaine 02-2021.

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



Semaine 06 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, **180 199 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 15 février 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 06** (du 08 au 14 février 2021), **2 836 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. Ce nombre était en baisse par rapport à la semaine précédente (2 955 actes en S05 soit -4%). Cette diminution intervient après quatre semaines de stabilisation.

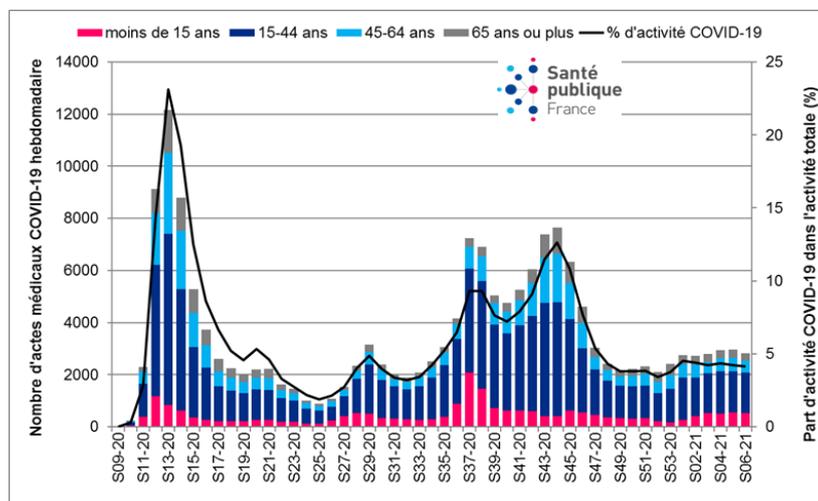
- La majorité des actes a été enregistrée en Île-de-France (18%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (14%), Auvergne-Rhône-Alpes (12%), Hauts-de-France (11%), Nouvelle-Aquitaine (10%) et Grand Est (10%).

- Cette baisse était observée dans toutes les classes d'âge, à l'exception des enfants de 0 à 4 ans (+2% soit +4 actes) : 5-14 ans : -8%, 15-44 ans : -1%, 45-64 ans : -13%, 65 ans et plus : -4%. **La répartition du nombre d'actes par classe d'âge restait néanmoins comparable à celle de la semaine précédente** : 0-4 ans : 6%, 5-14 ans : 12%, 15-44 ans : 55%, 45-64 ans : 16%, 65-74 ans : 4%, 75 ans et plus : 6% (Figure 2).

- Au niveau régional, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était en hausse en Grand Est (+20% soit +47 actes), Pays de la Loire (+13% soit +18 actes), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+4% soit +15 actes) et Normandie (+3% soit +6 actes), et stable ou en baisse dans les autres régions.

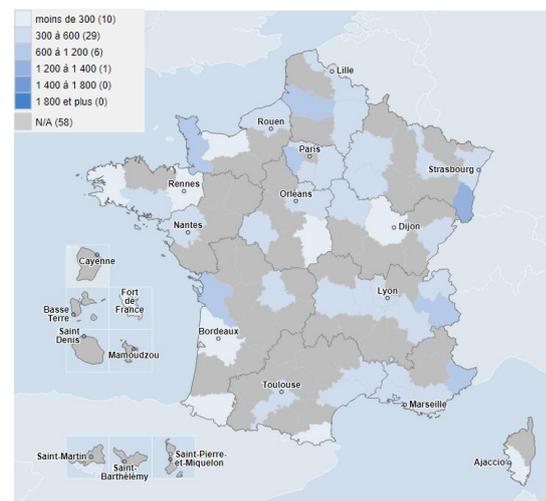
- La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était **stable** à 4,2% (vs 4,3% en S05) (Figure 2).

Figure 2. Nombre hebdomadaire d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 24 février 2020, France



Source : SOS Médecins

Figure 3. Taux hebdomadaire d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes médicaux SOS Médecins, par département, semaine 06-2021, France



Source : SOS Médecins

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

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

La surveillance virologique basée sur les laboratoires permet de déterminer et suivre l'évolution, dans le temps et par région ou département, des taux d'incidence (nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population), des taux de positivité (nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 rapporté au nombre de personnes testées) et des taux de dépistage (nombre de personnes dépistées rapporté à la population).

Du 21 janvier au 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). Pendant cette période, toutes les personnes 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 de cas confirmés pendant cette période.

Depuis le 13 mai 2020, la surveillance repose sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), dont la montée en charge a été progressive. SI-DEP vise au suivi exhaustif de toutes les personnes testées en France pour le diagnostic et le dépistage de la COVID-19 dans les laboratoires de ville, les laboratoires hospitaliers et par les autres professionnels de santé. Sont pris en compte dans les indicateurs SI-DEP les tests RT-PCR, les tests antigéniques réalisés en laboratoire (TDR, depuis le 17 octobre) ainsi que ceux réalisés hors laboratoire (TROD, depuis le 16 novembre). Du fait de l'intégration incomplète des TA TROD dans la base SI-DEP lors de l'introduction de ces tests, le décompte des cas confirmés a pris en compte les cas de COVID-19 confirmés par TA et transmis par l'Assurance maladie par la base ContactCovid (soit 41 291 cas jusqu'au 19 novembre 2020). Les tests RT-LAMP sont ici assimilés à des tests RT-PCR.

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).

Les données intégrées dans le système SI-DEP permettent 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 systématique de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

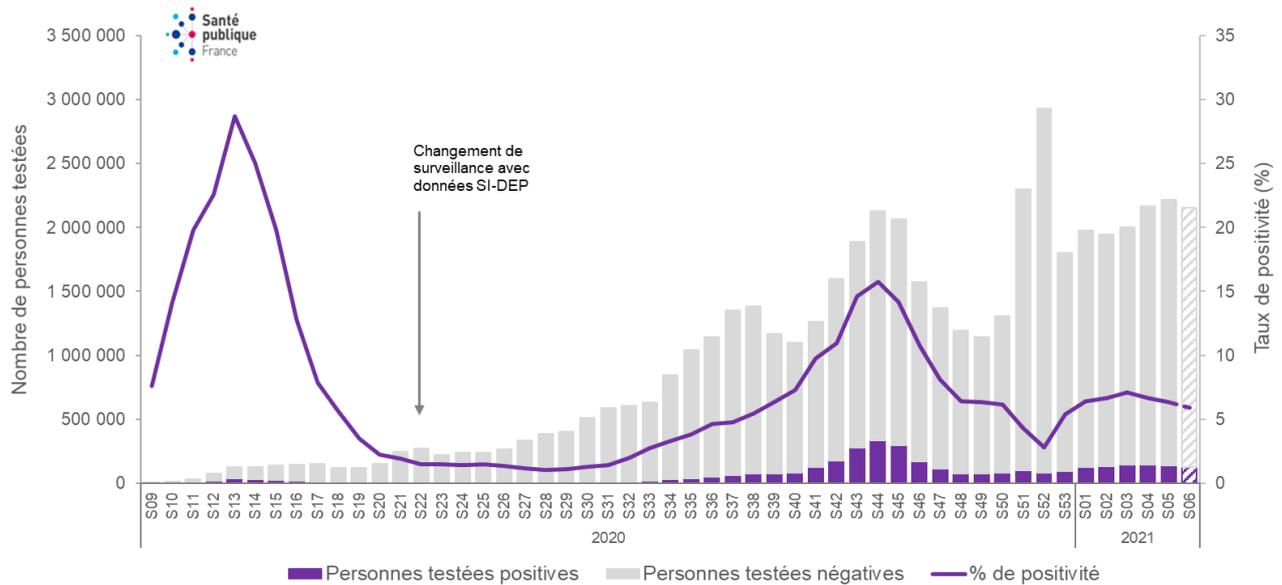
Cas confirmé de COVID-19 : une personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir [définition de cas](#)).

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

- En semaine 06, 2 151 620 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 2 214 136 en S05, soit -3%). Un total de **127 661 nouveaux cas confirmés** a été rapporté, nombre **en diminution** par rapport à la semaine 05 où 139 874 nouveaux cas avaient été signalés, soit -9% (Figures 4 et 5).

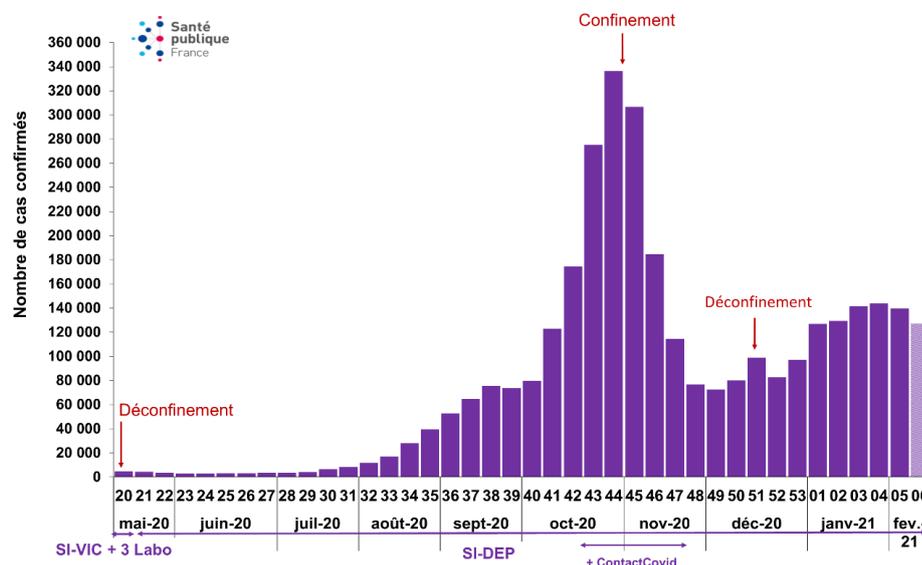
- Au 17 février 2021, **un total de 3 514 147 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 17 février 2021)



Semaine 06 : données non consolidées
 Sources S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 : SI-DEP

Figure 5. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 14 février 2021, France (données au 17 février 2021)



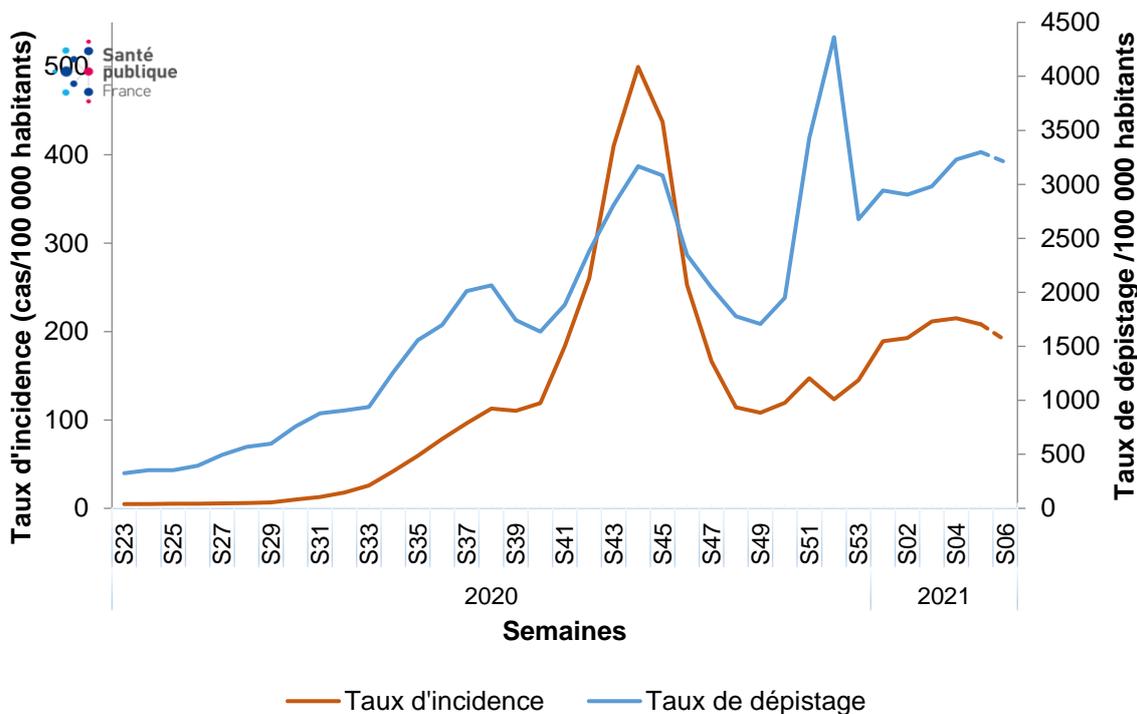
Semaine 06 : données non consolidées

- En S06, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **5,9%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), **légèrement inférieur** au taux consolidé de la semaine précédente (6,3% en S05, soit -0,4 point) (Figure 4).

- **Le taux national d'incidence** des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **190 cas/100 000 habitants** en S06, **en diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (208 cas/100 000 habitants en S05, -9%) (Figure 6).

- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **3 206/100 000 habitants**, **en légère diminution** par rapport à celui de S05 (3 299/100 000 habitants, -3%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 17 février 2021)



*Semaine 06 : données non consolidées
Source SI-DEP*

- **La proportion des tests effectués en S06** et intégrés dans la base SI-DEP de Santé publique France le jour même ou le lendemain du prélèvement était de **95%**, stable par rapport à la semaine précédente.

Analyse par classe d'âge

- **En semaine 06**, au niveau national, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 116 chez les 0-14 ans, 240 chez les 15-44 ans, 192 chez les 45-64 ans, 138 chez les 65-74 ans et 197 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).

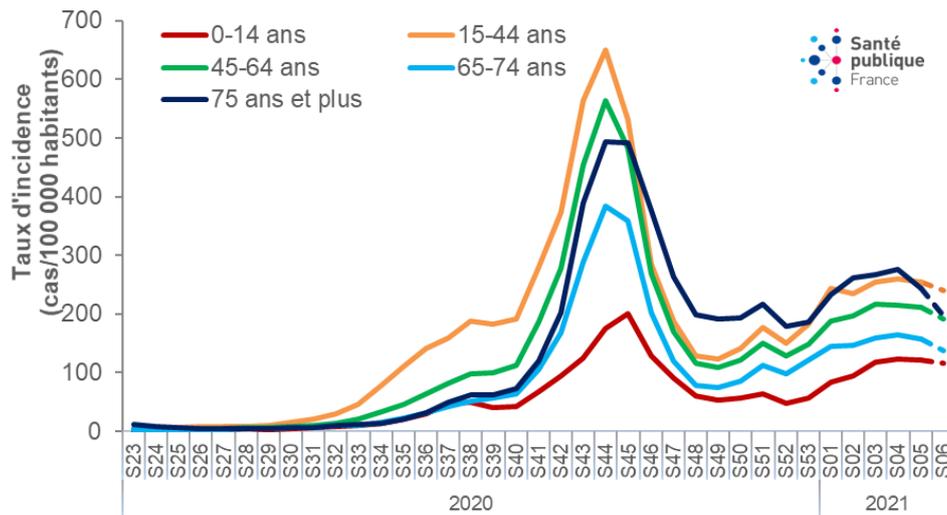
- **Le taux d'incidence a diminué par rapport à S05 dans toutes les classes d'âge.** La diminution la plus importante était chez les 75 ans et plus (-19%), suivis par les 65-74 ans (-13%), les 45-64 ans (-9%), les 15-44 ans (-6%) et 0-14 ans (-5%) (Figure 7a).

- Comparativement à la S05, le **taux de dépistage était en diminution dans toutes les classes d'âge excepté chez les 0-14 ans** où ce taux était en augmentation (+9%) (Figure 7b). La diminution la plus importante était chez les 75 ans et plus (-7%) suivi par les 65-74 ans (-5%), les 45-64 ans (-4%) et les 15-44 ans (-3%).

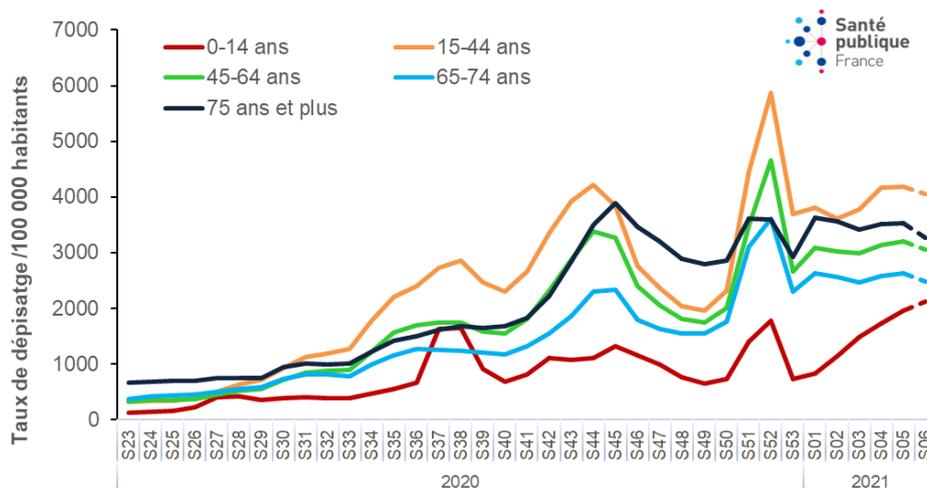
- **Le taux de positivité** des personnes testées était en **diminution par rapport à la S05 dans toutes les classes d'âge.** La diminution la plus importante était chez les 75 ans et plus (-0,9 point) suivis par les 0-14 ans (-0,8 point), les 65-74 ans (-0,5 point), les 45-64 ans (-0,4 point) et les 15-44 ans (-0,2 point) (Figure 7c).

Figure 7. Évolution des taux d'incidence (7a), de dépistage (7b) et de positivité (7c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23-2020, France (données au 17 février 2021)

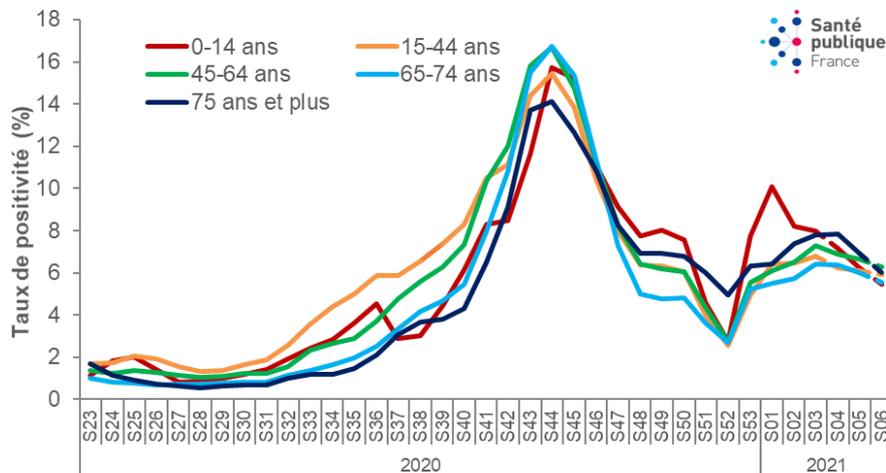
7a



7b



7c



Semaine 06 : données non consolidées

Source : SI-DEP

Dépistage selon la présence de symptômes

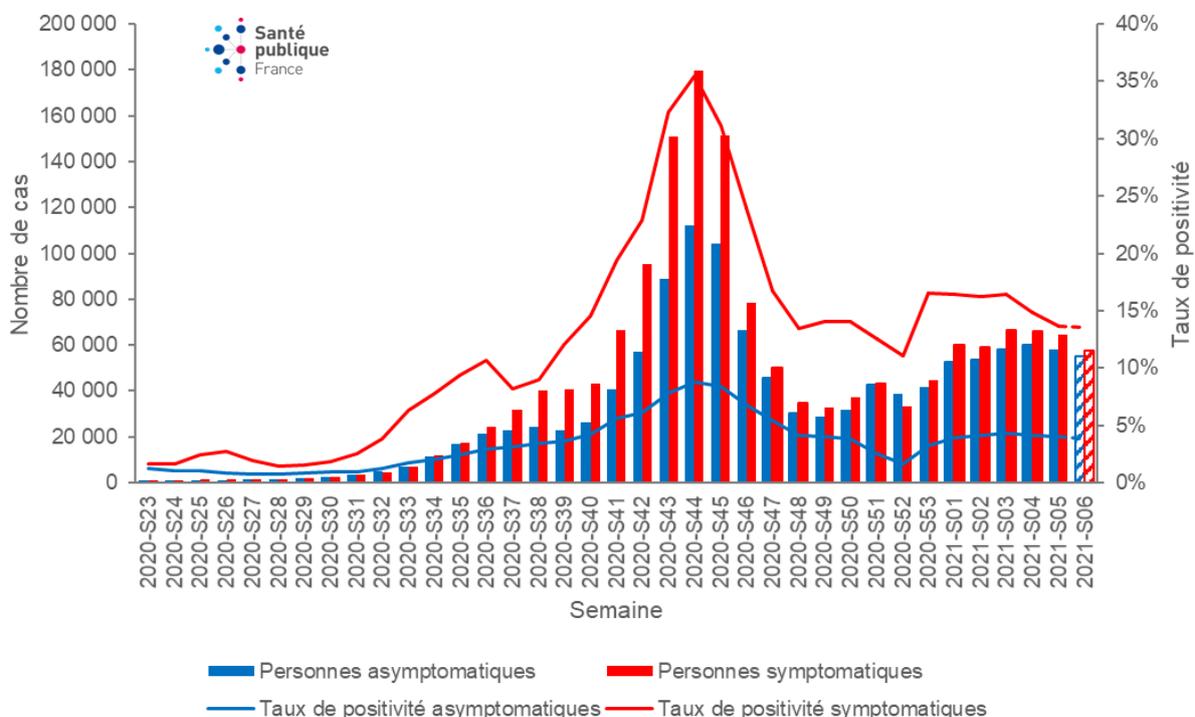
● En semaine 06, l'information sur les symptômes est disponible pour 1 872 291 personnes testées. Parmi elles (quel que soit le résultat du test), 77% se déclaraient sans symptômes, proportion stable par rapport à S05 (75%). Le nombre de personnes testées était stable par rapport à la semaine 05 chez les personnes asymptomatiques : 1 446 865 (vs 1 453 299 en S05, soit -0,4%), et en diminution chez les personnes symptomatiques : 425 426 (vs 472 913 en S05, soit -10%).

● **51% des cas confirmés présentaient des symptômes** (données disponibles pour 112 472 cas). Cette proportion était en **légère diminution** par rapport à S05, où elle était de 53% (Figure 8).

● Comparativement à S05, **une diminution du nombre de cas était observée chez les personnes testées symptomatiques** (57 530 vs 64 713 en S05, soit -11%) **et chez les personnes testées asymptomatiques** (54 942 vs 58 152 en S05, soit -6%) (Figure 8).

● **Le taux de positivité était de 13,5% chez les personnes symptomatiques**, stable par rapport à S05 (13,7%). Il était de **3,8% chez les asymptomatiques** (4,0% en S05) (Figure 8).

Figure 8. Évolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes (2 853 411 cas décrits), par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 17 février 2021)



Semaine 06 : données non consolidées

Source : SI-DEP

► 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 France métropolitaine**, 123 803 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 06, en diminution par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S05 avec 135 999 nouveaux cas, soit -9%). Le **taux de positivité** était de **5,9%**, en légère baisse par rapport à S05 (6,3% en S05, soit -0,4 point). Le **taux d'incidence** des cas confirmés **était en diminution** avec **191 cas/100 000 habitants** (vs 210 en S05, -9%). Le **taux de dépistage** était de **3 239/100 000 habitants**, comparable à celui de la semaine précédente (3 331 en S05, -3%).

- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés était, en semaine 06, **au-dessus du seuil de 100/100 000 habitants dans 88 départements métropolitains** (92 départements en S05). Les départements présentant les taux d'incidence (/100 000 habitants) les plus élevés étaient les Alpes-Maritimes (577), les Bouches-du-Rhône (347), la Moselle (282), le Var (281), l'Aisne (262) et Paris (256) (Figure 9a).

- Les taux de positivité les plus élevés en S06 étaient rapportés dans les Alpes-Maritimes (10,3%), seul département dépassant le seuil des 10%, puis dans la Drôme (8,8%), l'Ardèche (8,3%), l'Aisne et l'Ain (8,1%) et en Seine-Saint-Denis (8%) (Figure 9b).

- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage (/100 000 habitants)** en S06 étaient Paris (5 625), les Alpes-Maritimes (5 589), les Bouches-du-Rhône (5 193), la Moselle (4 765), la Haute-Corse (4 655), les Hauts-de-Seine (4 503) et le Var (4 177) (Figure 9c).

En Outre-mer

- **À Mayotte**, les indicateurs **restaient élevés** en S06 avec un taux d'incidence de 856/100 000 habitants, comparable à celui de la semaine 05 (864), un taux de positivité en augmentation (30% vs 26% en S05, soit +4 points) et un taux de dépistage en baisse (2 812 vs 3 356 en S05, soit -16%)

- **À La Réunion**, les indicateurs étaient **stables**, avec un taux d'incidence de 72/100 000 habitants (65 en S05) et un taux de positivité de 3,6% (3,6% en S05).

- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient en **hausse** avec un taux d'incidence de 48/100 000 habitants (36 en S05) et un taux de positivité de 4,9% (3,4% en S05).

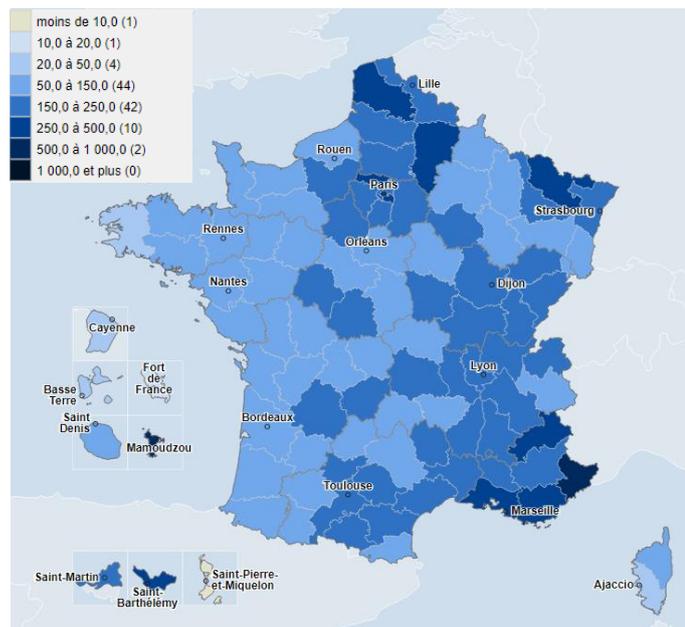
- **En Martinique**, les indicateurs étaient en **stables**, avec un taux d'incidence de 19/100 000 habitants (20 en S05) et un taux de positivité de 1,8% (1,6% en S05).

- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient en **hausse** avec un taux d'incidence de 218/100 000 habitants (212 en S05) et un taux de positivité de 6,2% (5% en S05).

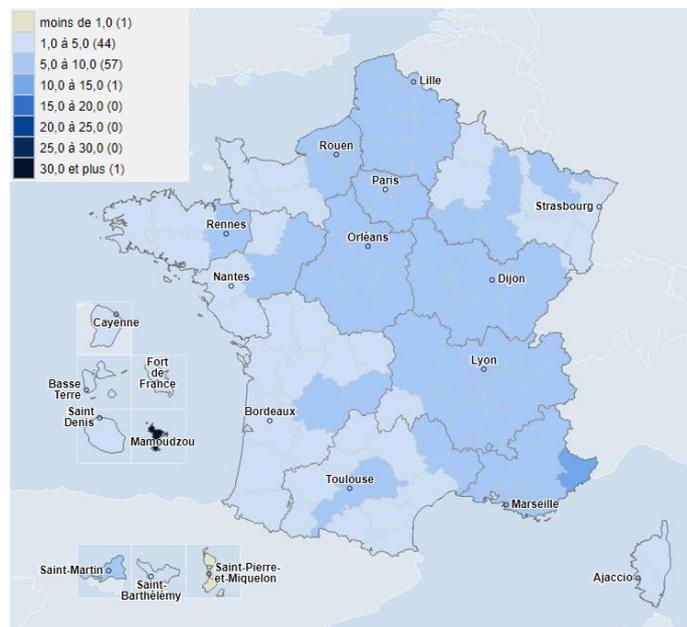
- **En Guyane**, la **diminution** des indicateurs se poursuit avec un taux d'incidence de 39/100 000 habitants (71 en S05) et un taux de positivité de 2,4% (3,9% en S05).

Figure 9. Taux d'incidence (/100 000 habitants) (9a), de positivité (9b) et de dépistage (nombre de tests/100 000 habitants) (9c) pour le SARS-CoV-2 du 8 au 14 février 2021, par département, France (données au 17 février 2021)

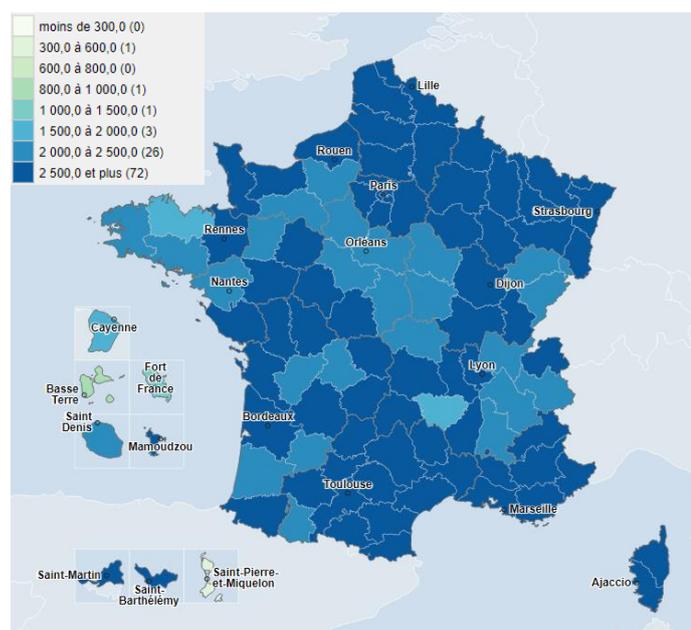
9a



9b



9c



Source : SI-DEP

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

► Variants d'intérêt : analyse des résultats des tests de criblage saisis dans SI-DEP

De nombreux variants du SARS-Cov-2 circulent aujourd'hui sur le territoire, dont certains sont qualifiés de « variants d'intérêt » car leur impact (en termes de transmissibilité, de virulence ou d'échappement immunitaire potentiel) justifie la mise en place d'une surveillance et de mesures de gestion spécifiques au niveau national, dans l'objectif de contenir leur progression.

Afin de faciliter ce suivi, l'application SI-DEP a évolué depuis le 25 janvier 2021 et intègre dorénavant les résultats des tests RT-PCR de criblage, qui disposent d'amorces spécifiques permettant la détection des principales mutations qui caractérisent les variants. Ces tests de criblage sont utilisés en seconde intention, après l'utilisation d'un test RT-PCR classique de première intention pour le diagnostic d'une infection à SARS-CoV-2.

L'analyse des premiers résultats permet de suspecter la présence d'un variant 20I/501Y.V1 (Royaume-Uni), celle d'un variant 20H/501Y.V2 (Afrique du Sud) ou 20J/501Y.V3 (Brésil) (sans distinction) ou de conclure à l'absence de variant d'intérêt.

- **Au niveau national**, en semaine 06, sur les 148 880 tests de première intention positifs (test RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans SI-DEP, 45% étaient associés à un test de criblage lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 66 191 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **36%** (23 888) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1 (UK)** et **5%** (3 338) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 (ZA)** ou **20J/501Y.V3 (BR)**.

- La proportion de tests positifs criblés variait peu selon la classe d'âge : de 42,1% chez les 20-29 ans à 47,7% chez les 0-9 ans (Tableau 1).

- La plus forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) était observée chez les 0-9 ans (44,6%) puis chez les 30-39 ans (40,8%). Cette proportion diminuait ensuite avec l'âge pour atteindre 20,3% chez les 90 ans et plus.

- La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) était plus élevée chez les 20-29 ans (6,2%) et les 60-69 ans (5,7%). Cette proportion était plus faible chez les personnes âgées de 70 ans et plus (entre 3,3% et 3,5%).

Tableau 1. Proportion de suspicion de variant d'intérêt parmi les tests de criblage positives 20I/501Y.V1 (UK), 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) en fonction des classes d'âges (données au 17 février 2021)

Âge	Nb de tests (RT-PCR et TAG)	Nb de tests positifs (RT-PCR et TAG)	PCR de criblage (N)	PCR de criblage (%)	20I/501Y.V1 (N)	20I/501Y.V1 (%)	20J/501Y.V2 ou 20H/501Y.V3 (N)	20J/501Y.V2 ou 20H/501Y.V3 (%)
0-9	112 779	6 329	3 021	47,7	1 347	44,6	148	4,9
10-19	317 896	19 187	8 828	46,0	3 509	39,7	478	5,4
20-29	327 987	21 795	9 184	42,1	3 406	37,1	568	6,2
30-39	353 768	22 379	9 645	43,1	3 934	40,8	504	5,2
40-49	326 423	22 131	9 885	44,7	3 847	38,9	500	5,1
50-59	286 686	20 008	9 108	45,5	3 323	36,5	425	4,7
60-69	215 963	14 697	6 781	46,1	2 204	32,5	385	5,7
70-79	146 395	9 532	4 094	43,0	1 103	26,9	139	3,4
80-89	108 622	8 172	3 560	43,6	789	22,2	123	3,5
90 et plus	62 814	4 623	2 069	44,8	421	20,3	68	3,3
Inconnu	236	27	16	59,3	5	31,3	0	0
Tous	2 259 569	148 880	66 191	44,5	23 888	36,1	3 338	5,0

Pour chaque classe d'âge de 10 ans, les indicateurs suivants sont présentés, dans l'ordre : nombre total de tests (RT-PCR + tests antigéniques), Nombre de tests positifs ; nombre de PCR de criblage ; % de PCR de criblage rapportée au total des tests positifs ; nombre de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) ; % de suspicions de variant 20I/501Y.V1(UK) ; nombre de suspicions de variants 20J/501Y.V2 (ZA) ou 20H/501Y.V3 (BR) ; % de de suspicions de variants 20J/501Y.V2 (ZA) ou 20H/501Y.V3 (BR).
Données de criblage du Vaucluse et du Gard non incluses dans ce tableau.

- Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Sur les 94 départements pour lesquels les données étaient interprétables, 40 départements présentaient une proportion supérieure à 30% de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK), dont 12 départements avec une proportion supérieure à 50%. Cette proportion était comprise entre 10% et 30% pour 44 départements et inférieure à 10% pour dix départements.

- Huit départements présentaient une proportion supérieure à 10% de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR), dont un département – la Moselle – où cette proportion était de 40% (Figures 10 et 11)

Figure 10. Proportion de suspicion de variant d'intérêt 20I/501Y.V1 (UK) parmi les tests de criblage positifs, par département, France (données au 17 février 2021)

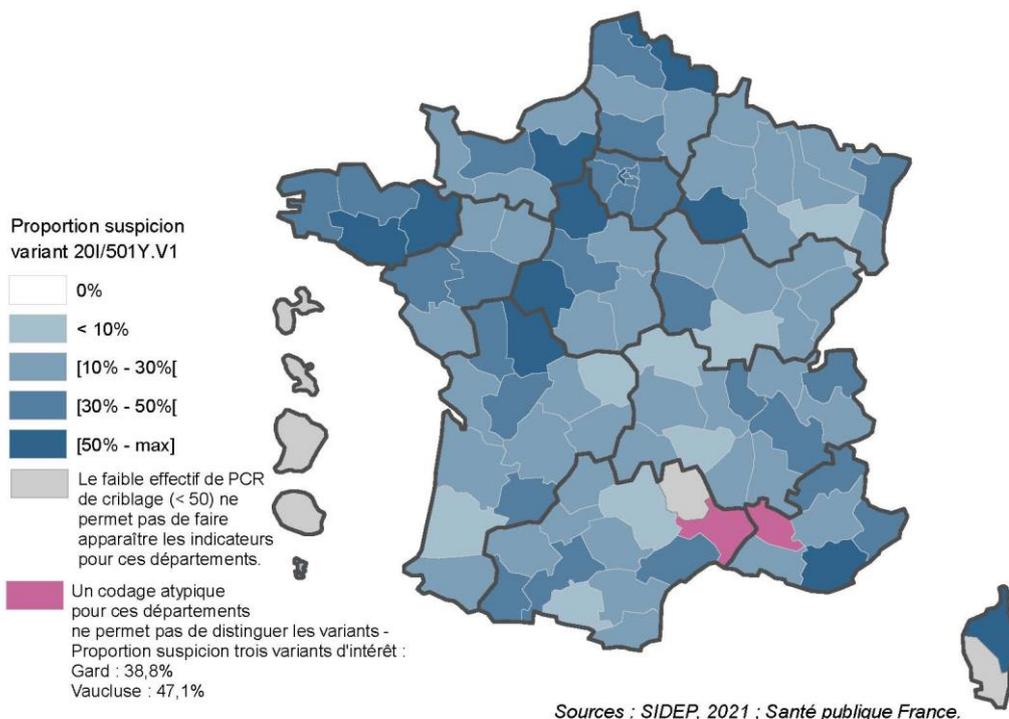
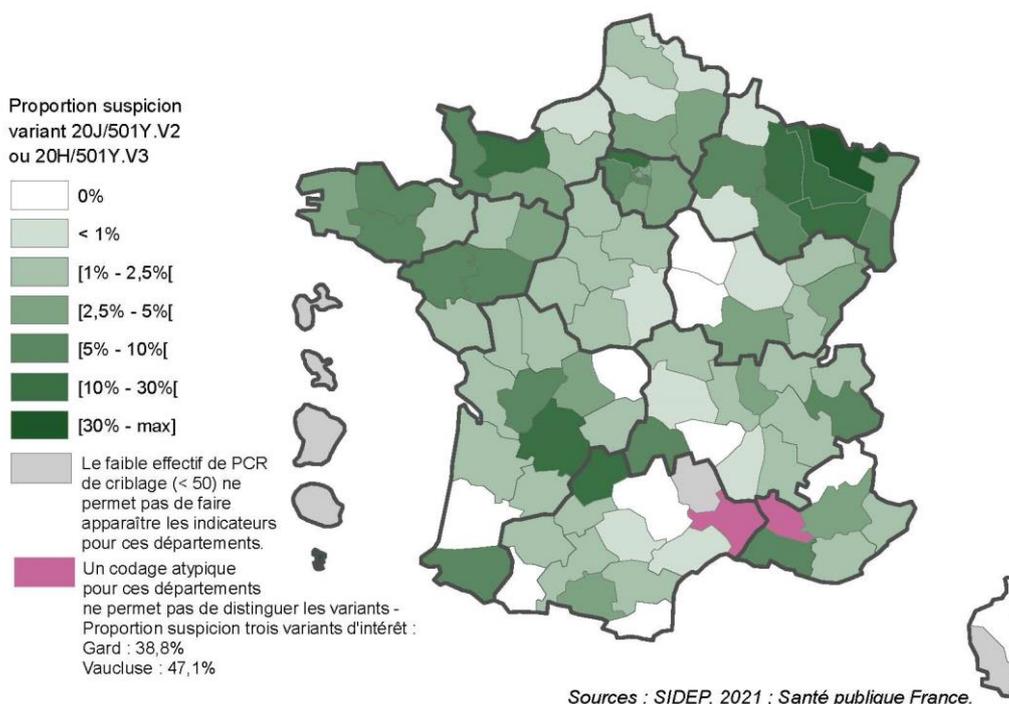


Figure 11. Proportion de suspicion de variant d'intérêt 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) parmi les tests de criblage positifs, par département, France (données au 17 février 2021)



ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

Le suivi des personnes contacts des cas de SARS-CoV-2 vise à : 1- limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas ; 2 - détecter et briser les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes-contacts à risque et leur isolement ; 3- repérer d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle. Cette stratégie repose sur une organisation en trois niveaux mobilisant les professionnels de santé de médecine de ville et des établissements de santé, l'Assurance maladie et les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France. Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale de l'assurance maladie) dans le cadre des actions de suivi des contacts (base de données individuelles ContactCovid) complètent les données de surveillance pour évaluer la situation épidémiologique.

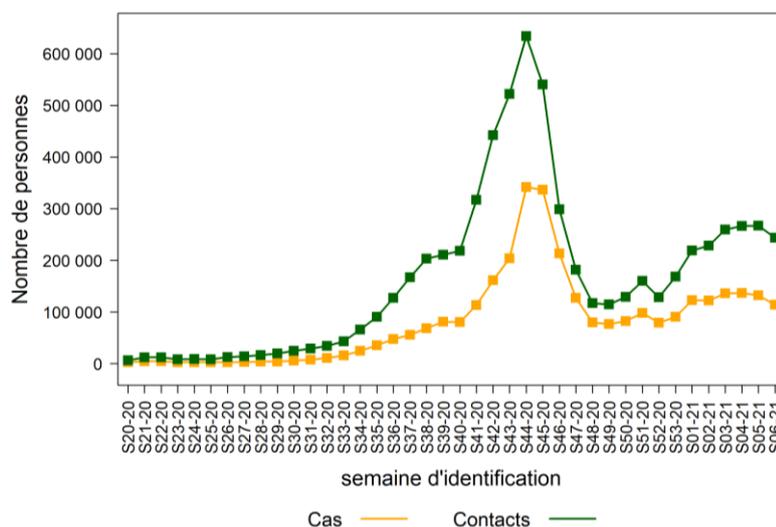
La [définition des contacts à risque](#) est disponible sur le site de Santé publique France.

À Mayotte, le contact-tracing est mis en œuvre autour de tous les cas enregistrés dans SI-DEP. Cependant, pour des raisons structurelles, toutes les données ne figurent pas dans ContactCovid, et ne reflètent donc pas l'activité complète de contact-tracing sur le département. Les bilans de données sont réalisés par l'ARS (incluant les données de ContactCovid).

► Évolution du nombre de cas et de personnes-contacts à risque identifiés

- Au cours de la semaine 06, le nombre total de nouveaux cas a diminué (113 696 cas vs 132 342 en S05, soit -14,1%), ainsi que le nombre total de nouvelles personnes-contacts à risque : 243 529 vs 267 067 en S05, soit -8,8% (Figure 12).
- La situation épidémique de Mayotte ne permet pas de disposer d'indicateurs de Contact Tracing actualisés en semaine 06.
- **Le pourcentage de nouveaux cas diagnostiqués par test antigénique était stable** (24,5% vs 25,5% en S05). Toutes les régions ont diagnostiqué davantage de cas par tests RT-PCR que par tests antigéniques, mais ces derniers ont représenté jusqu'à 36% des diagnostics confirmés en Île-de-France en semaine 06.

Figure 12. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai 2020 au 14 février 2021, France



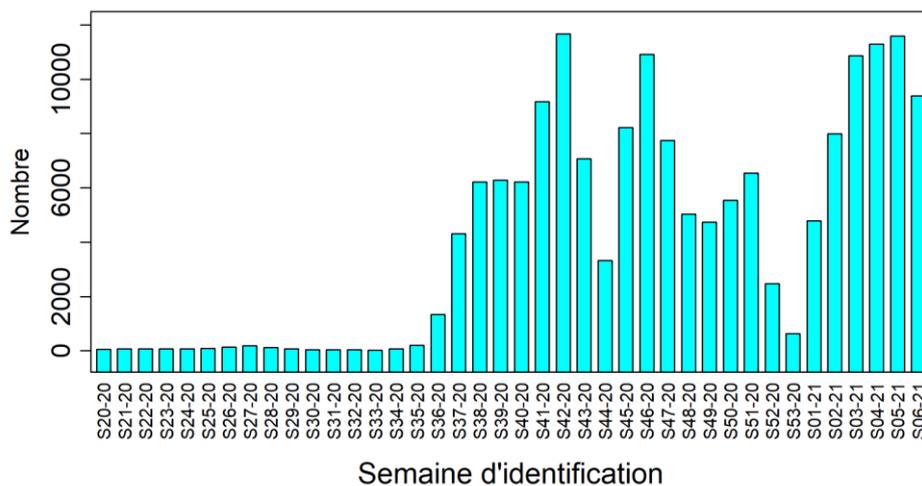
*Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique.

Sources : ContactCovid, Cnam

- En semaine 06, l'âge moyen des cas était en légère diminution à 42 ans, après avoir varié entre 44 et 46 ans entre S46-2020 et S05-2021. Il était également en légère diminution à 31 ans pour les personnes-contacts, contre 33 ans en S04 et S05. Parmi les **personnes-contacts à risque**, la part des 65 ans et plus était en diminution depuis le début de l'année (7,1% en S06 vs 9,4% en S01).

- Au cours de la semaine 06, 9 385 cas ayant eu **un lien avec le milieu scolaire** ont été rapportés, en diminution de 19% par rapport à S05 (Figure 13). La moitié de ces cas était des adolescents âgés de 10 à 18 ans et un tiers était âgé de plus de 18 ans. Il s'agit d'élèves, d'enseignants et de personnels travaillant dans les établissements scolaires. Cet indicateur fait partie de l'interrogatoire habituel des cas par les agents de l'Assurance maladie. Les cas sont interrogés sur la fréquentation d'une collectivité et, s'ils répondent affirmativement, la nature de la collectivité, dont les établissements scolaires, leur est proposée.

Figure 13. Nombre de cas rapportés ayant fréquenté un milieu scolaire (avant ou après le début des signes), par semaine, du 13 mai 2020 au 14 février 2021, France



Source : ContactCovid – Cnam

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

Tous les cas confirmés de COVID-19 signalés à l'Assurance maladie reçoivent en premier lieu un message SMS leur demandant de préparer un entretien téléphonique et d'établir la liste de leurs personnes-contacts à risque. Ces personnes-contacts sont informées par un SMS contenant un lien cliquable qui renvoie vers un site internet présentant leurs droits et l'ensemble des informations portant sur les mesures sanitaires à respecter. Les personnes-contacts qui ne vont pas au bout de la démarche sur le site internet ou celles pour lesquelles l'Assurance maladie ne dispose pas de numéro de téléphone portable continuent à être appelées. Ainsi, une personne-contact prise en charge par l'Assurance maladie pour ce suivi correspond soit à une personne ayant reçu un SMS et ayant été au bout du processus sur le site internet, soit à une personne contactée par téléphone.

- En semaine 06, **la proportion de cas et de personnes-contacts à risque ayant pu être investigués par l'Assurance maladie est restée à un niveau élevé** (95% pour les cas et 97% pour les personnes-contacts).
- La proportion des cas investigués était la plus basse à La Réunion (81%), et la plus haute en Martinique (100%).
- La proportion des personnes-contacts à risque investiguées était égale ou supérieure à 93% dans toutes les régions.
- À l'échelle nationale, la proportion de cas ayant pu être investigués restait plus importante chez ceux âgés de moins de 75 ans ($\geq 93\%$) que chez ceux âgés de 75 ans et plus (88%).

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

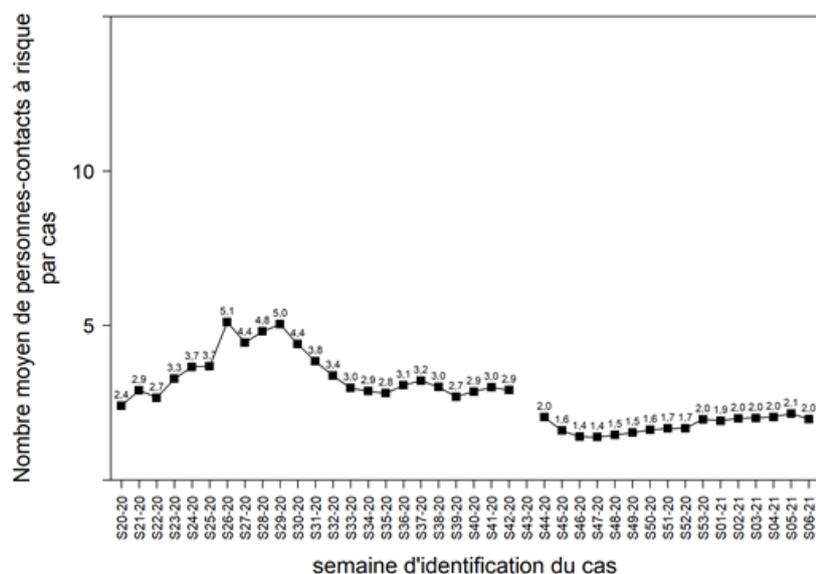
- **Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas est resté stable à 2,0** en S06 (Figure 14). Au niveau régional, cette valeur s'échelonnait entre 1,7 (Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur) et 4,1 (La Réunion).

- 45,8% des cas ne rapportaient aucune personne-contact à risque (stable par rapport à S05). Par ailleurs, 9,1% des cas rapportaient plus de 5 personnes-contacts à risque.

- Parmi les cas déclarant au moins une personne-contact à risque, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était de 3,6.

- **Les sujets âgés de 14 à 44 ans représentaient 36,5% du total des cas ne rapportant aucun contact à risque**, contre 25,0% pour les 65 ans et plus. En revanche, les sujets âgés de 65 ans et plus ne représentaient que 6,2% des cas rapportant plus de 5 personnes-contacts à risque, contre 57,4% pour les 14-44 ans.

Figure 14. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, par semaine, du 13 mai 2020 au 14 février 2021, France



Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020

Sources : ContactCovid, Cnam

► Caractéristiques des contacts à risque en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts

- En semaine 06, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas restait le plus faible chez les cas âgés de 75 ans et plus (0,6 personne-contact à risque par cas, stable par rapport à S05) et le plus élevé chez les cas âgés de 15 à 44 ans (2,4 personnes-contacts à risque par cas, stable par rapport à S05).
- Les cas âgés de moins de 65 ans avaient peu de contacts avec des personnes âgées de 65 ans et plus ($\leq 9,2\%$) (Figure 15).
- Pour la majorité des classes d'âge des cas et des personnes-contacts, le nombre de contacts à risque était globalement stable par rapport à la S05. Les contacts à risque rapportés entre personnes de moins de 10 ans (et, dans une moindre mesure, de moins de 19 ans) étaient en diminution (Figure 16). Cependant, un délai important de consolidation des données de contacts à risque a été observé pour cette classe d'âge au cours des dernières semaines dans ContactCovid. Au moins une partie de cette apparente diminution pourrait donc être due à ce délai de consolidation.

Figure 15. Proportion de contacts de 65 ans et plus, suivant l'âge du cas index, du 13 mai 2020 au 14 février 2021, France

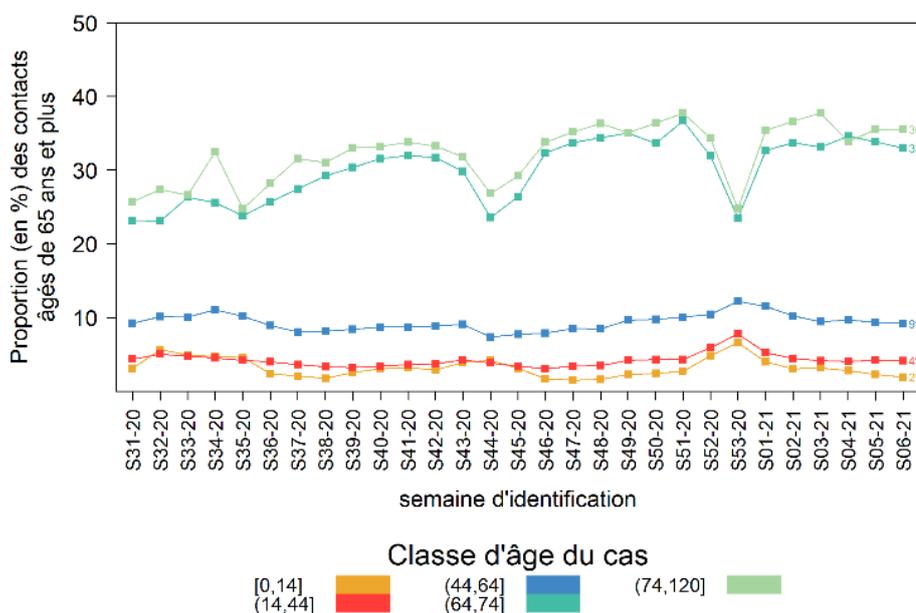
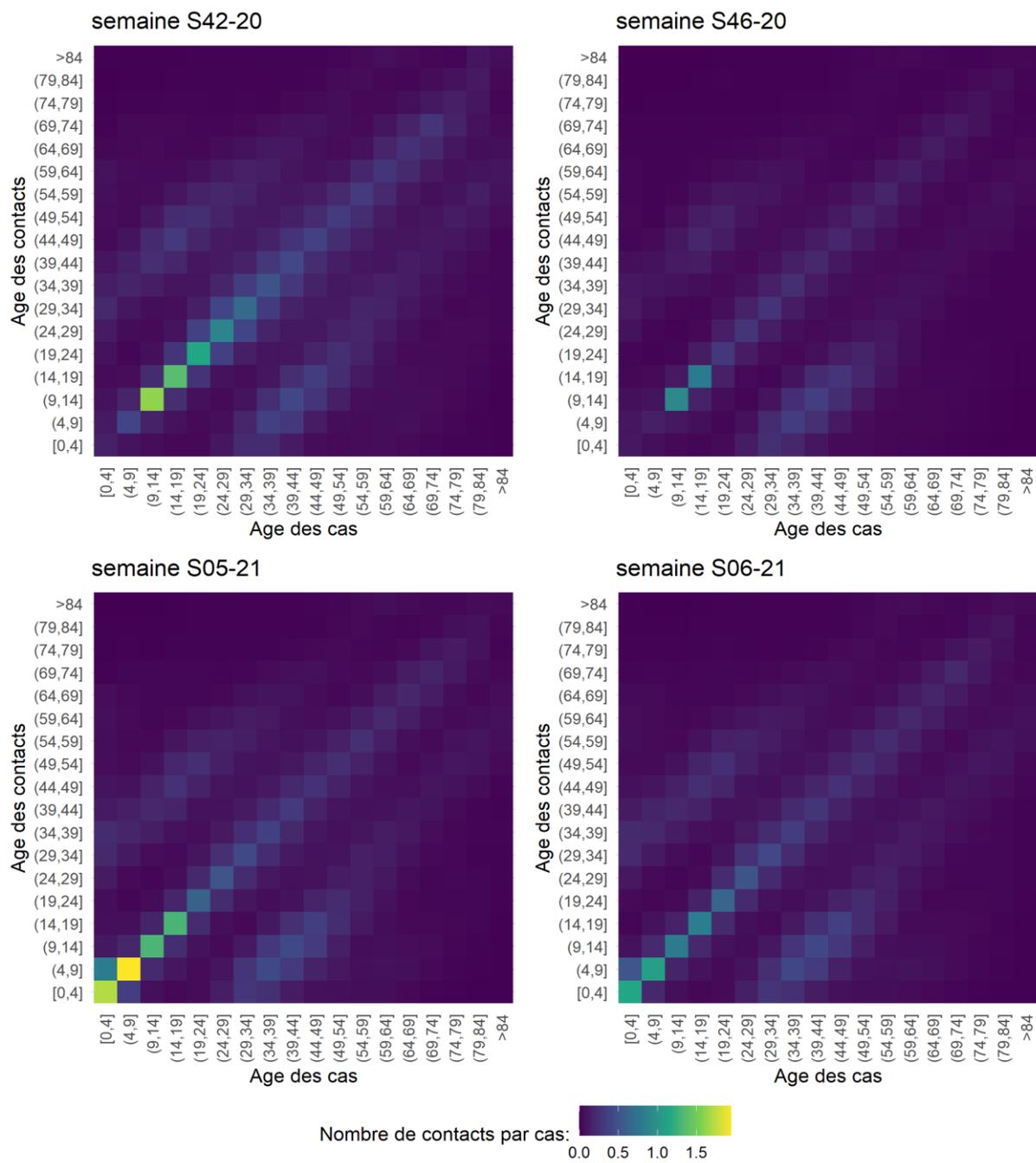


Figure 16. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts, pour les semaines 42-2020 (semaine de début d'un couvre-feu dans certains territoires), 46-2020 (deuxième confinement), 05 et 06-2021, France



Note de lecture. Cette figure représente, pour une semaine donnée, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts. Cette figure est un proxy du rapprochement et de la fréquentation entre classes d'âge, présentée pour des semaines clés dans l'évolution de l'épidémie : situation au début des couvre-feux ou d'un confinement par exemple. La couleur des cases s'échelonne de violet sombre (faible interaction) à jaune (forte interaction). Les délais de consolidation des données peuvent induire des ajustements sur les valeurs rapportées durant la semaine n-1.

Valeurs calculées quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.

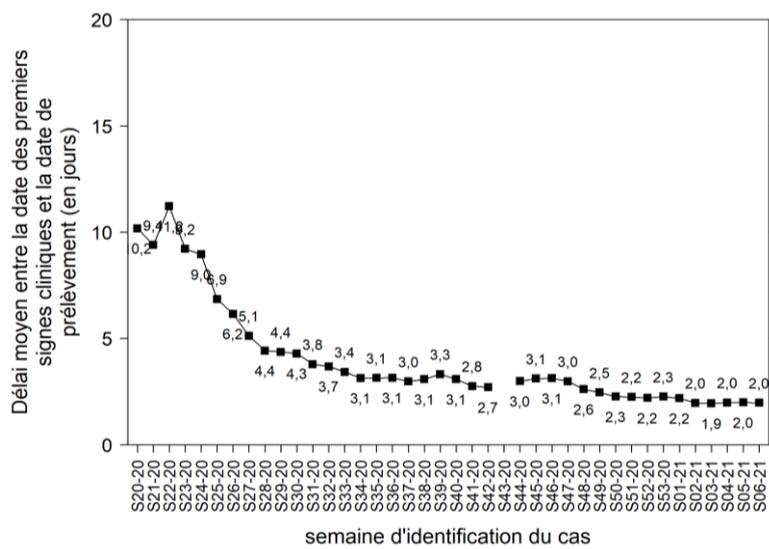
Sources : ContactCovid, Cnam.

► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En semaine 06, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour diagnostic par RT-PCR ou tests antigéniques renseignés (soit 52,5% des cas), **le délai moyen de diagnostic reste estimé à 2,0 jours** (Figure 17). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

- Au niveau régional, les délais de diagnostic s'échelonnaient entre 1,6 jour (Hauts-de-France, comme en S05) et 4,2 jours (Guyane). Le faible nombre de cas dans les départements d'outre-mer rend cependant cet indicateur très volatil dans ces départements, et sujet à des variations importantes.

Figure 17. Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques, par semaine, du 13 mai 2020 au 14 février 2021, France



Note : le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et une date de prélèvement renseignées. En semaine 06, cela représente 52,5% des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine à l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un Point épidémiologique à l'autre.

Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020.

Sources : ContactCovid, Cnam

► Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque

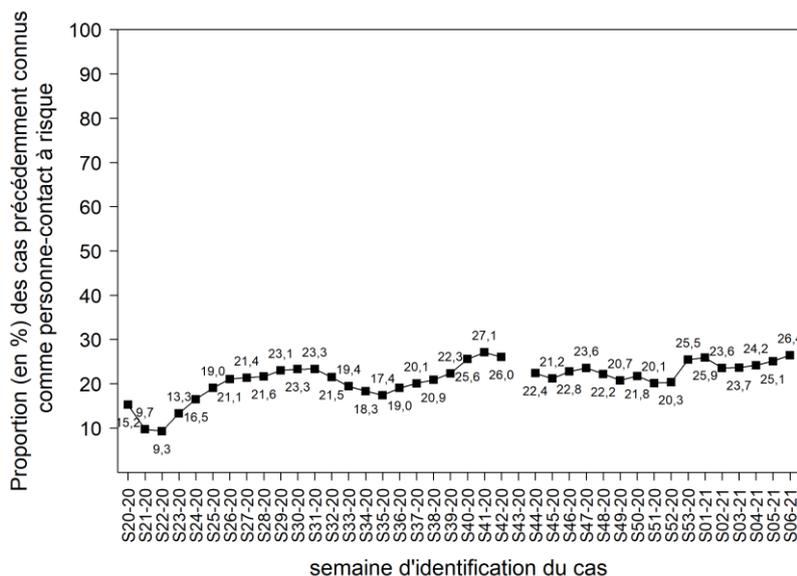
- Au niveau national, **la proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque d'un autre cas augmente progressivement depuis la S02** (26,4% en S06 vs 25,1% en S05) (Figure 18). Cette proportion était la plus basse en Guyane (14,8%), et la plus haute en Normandie, comme en S05 (33,0%) (Figure 19).

- **La proportion des personnes-contacts devenues des cas** est passée de 12,3% (personnes-contacts identifiées en S04, valeur consolidée) à 10,9% (personnes-contacts identifiées en S05), mais cette dernière valeur est amenée à légèrement augmenter après consolidation en semaine n+1. Ce nombre était près de deux fois plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques (12,6%) que de cas asymptomatiques (7,1%).

- 3,4% des personnes-contacts de 10 ans et moins identifiées en S05 étaient devenues cas.

- **14,4% des personnes-contacts** (identifiées en S05) **de cas classés comme « variants »** dans ContactCovid (c'est-à-dire 13 716 cas en S05) **étaient devenues cas**, vs 10,5% lorsque les cas n'étaient pas classés « variants », sans qu'il puisse être distingué s'il s'agissait de l'effet d'un meilleur suivi de ces personnes-contacts ou/et d'une plus grande transmissibilité des variants du SARS-CoV-2, et sous réserve de la sensibilité et de la spécificité de cette information dans la base ContactCovid.

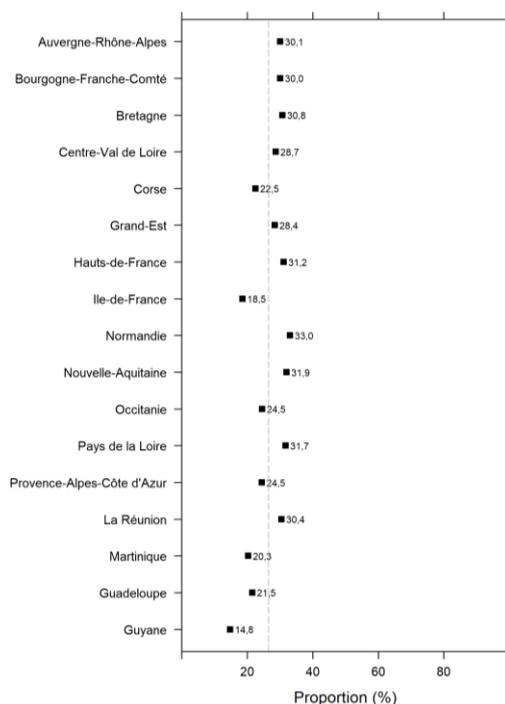
Figure 18. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 14 février 2021, France



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. Indicateur non estimable en semaine 43-2020.

Source : ContactCovid – Cnam

Figure 19. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque durant la semaine 06 (du 08 au 14 février 2021), par région, France



Note : délai moyen calculé quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.

La ligne verticale correspond à la moyenne nationale.

Source : ContactCovid – Cnam

► Mobilité des cas et des personnes-contacts

- A partir de la semaine 06, les informations concernant les voyageurs hors de France ou en France hors de leur région d'origine sont distinctes. Ainsi, **1,1% des cas revenaient d'un voyage hors de France** au cours des deux dernières semaines et **2,0% des cas avaient voyagé en France hors de leur région de résidence habituelle**.

- La proportion de personnes-contacts qui n'appartenaient pas au même foyer que le cas index poursuivait sa légère augmentation à **63,8%** en S06, contre 62,5% en S05 et 61,5% en S04.

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

► Données cumulées depuis début mars 2020

- Du 1^{er} mars 2020 au 14 février 2021, **26 725** 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 de la Santé (Tableau 2).
- Il s'agissait de **16 483 (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD et autres EHPA) **et 10 242 (38%) dans les autres ESMS** (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 2).
- Parmi les **16 483 signalements en EHPA**, 13 806 (84%) épisodes comprenaient **au moins un cas confirmé** parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 26 725 signalements en ESMS, **186 226 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents (Tableau 2). Parmi les **24 234 décès survenus dans les établissements**, 24 046 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 2. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'ESMS, chez les résidents et le personnel, rapportés entre le 1er mars 2020 et le 14 février 2021, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	16 483	7 312	1 158	1 772	26 725
Cas confirmés ⁶	162 007	19 771	1 300	3 148	186 226
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	9 457	366	0	38	9 861
Décès ⁷ établissements	24 046	132	0	56	24 234
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	77 711	15 051	1 381	1 511	95 654

¹Établissement d'hébergement pour personnes âgées

²Établissement d'hébergement pour personnes handicapées

³Établissement de l'Aide sociale à l'enfance

⁴Autres établissements

⁵Signalement d'au moins un cas de COVID-19 confirmé ou possible

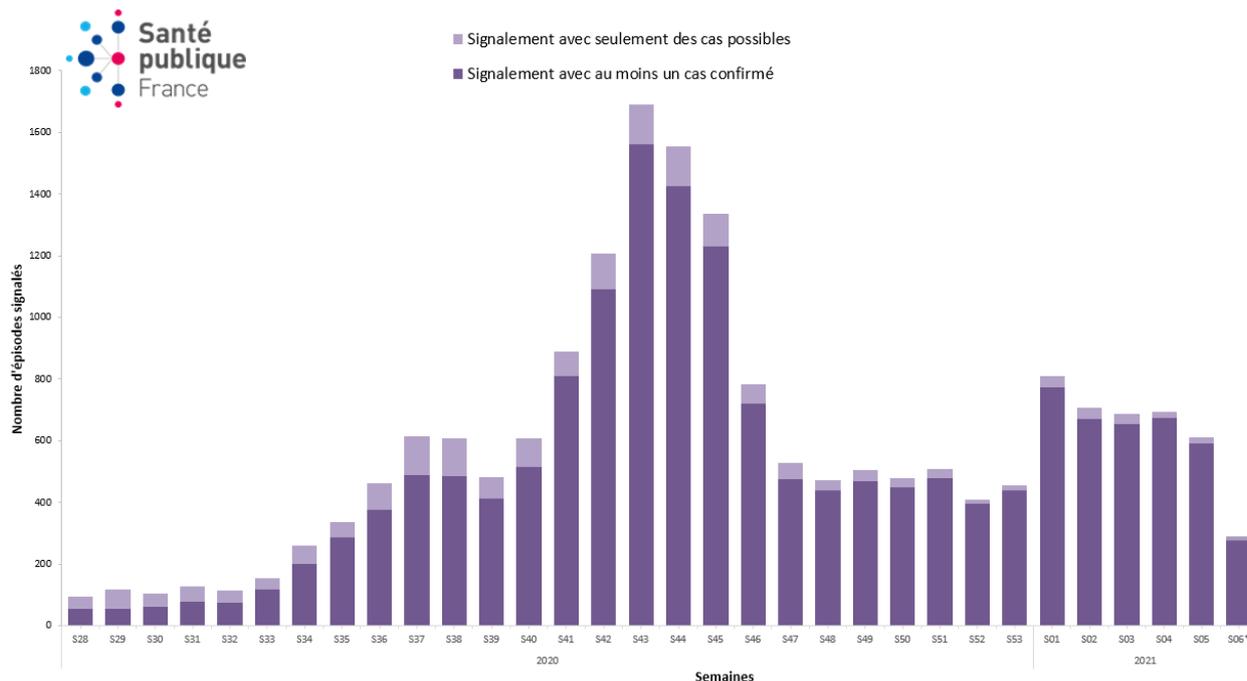
⁶Cas de COVID-19 biologiquement confirmés

⁷Cas possibles et confirmés décédés

► Données recueillies depuis début juillet 2020

- Depuis début juillet 2020, **le nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS** a augmenté pour atteindre un pic en S43 avec **1 692** signalements enregistrés, puis il a diminué entre les semaines 44 et 48 et s'est stabilisé les semaines suivantes. Une augmentation du nombre de signalements a été enregistrée en semaine 01-2021 et **une stabilisation est observée depuis la semaine 02**. En **semaine 05**, on constate une **légère diminution** du nombre de signalements avec 612 signalements enregistrés et 291 en semaine 06 (données non consolidées) (Figure 20).
- La proportion d'EHPA par région ayant signalé au moins un nouvel épisode en S06 sur le territoire métropolitain est comprise entre 1% et 4%.
- Depuis le 20 juillet, parmi les 10 446 EHPA, 6 328 (61%) ont déclaré au moins un épisode. Parmi les 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 2 895 (33%) ont déclaré au moins un épisode.

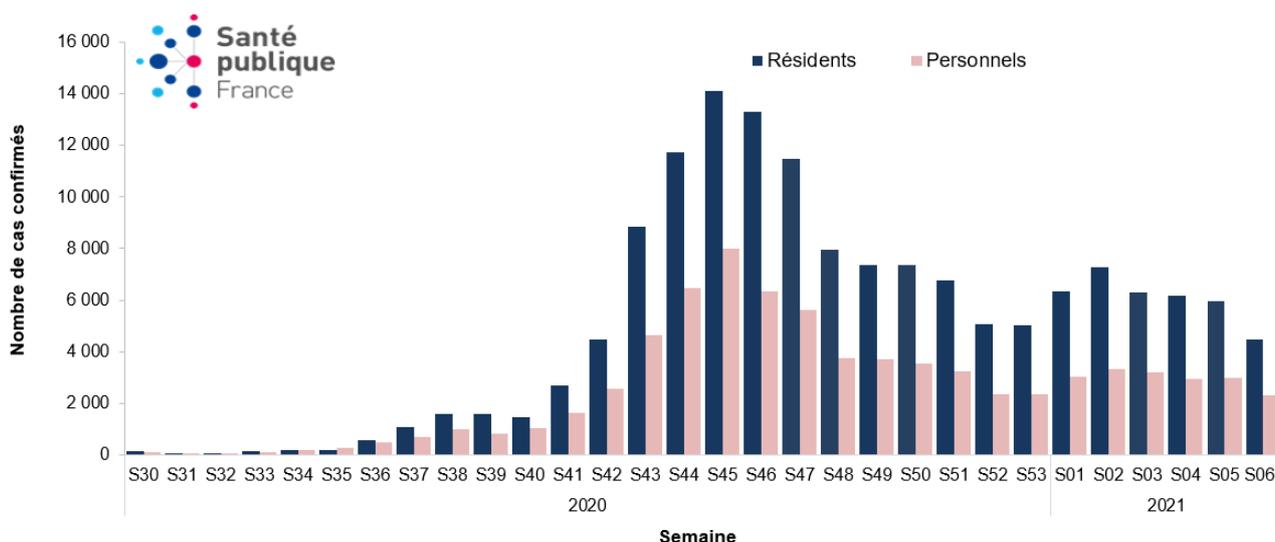
Figure 20. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 en ESMS, par date de début des signes du premier cas, entre le 06 juillet 2020 et le 14 février 2021, France



* Semaine 06 : données non consolidées

● Depuis fin juillet, le nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS a augmenté, pour atteindre un pic en semaine 45-2020 (22 086 cas) et a diminué jusqu'en semaine 53 (7 407 cas). Le nombre de cas confirmés a de nouveau augmenté en semaines 01 et 02-2021 et s'est stabilisé depuis, avec 9 126 cas enregistrés en semaine 04 et 9 000 cas en semaine 05. En semaine 06, 6 759 cas ont été enregistrés (données non consolidées) (Figure 21).

Figure 21. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 14 février 2021, France

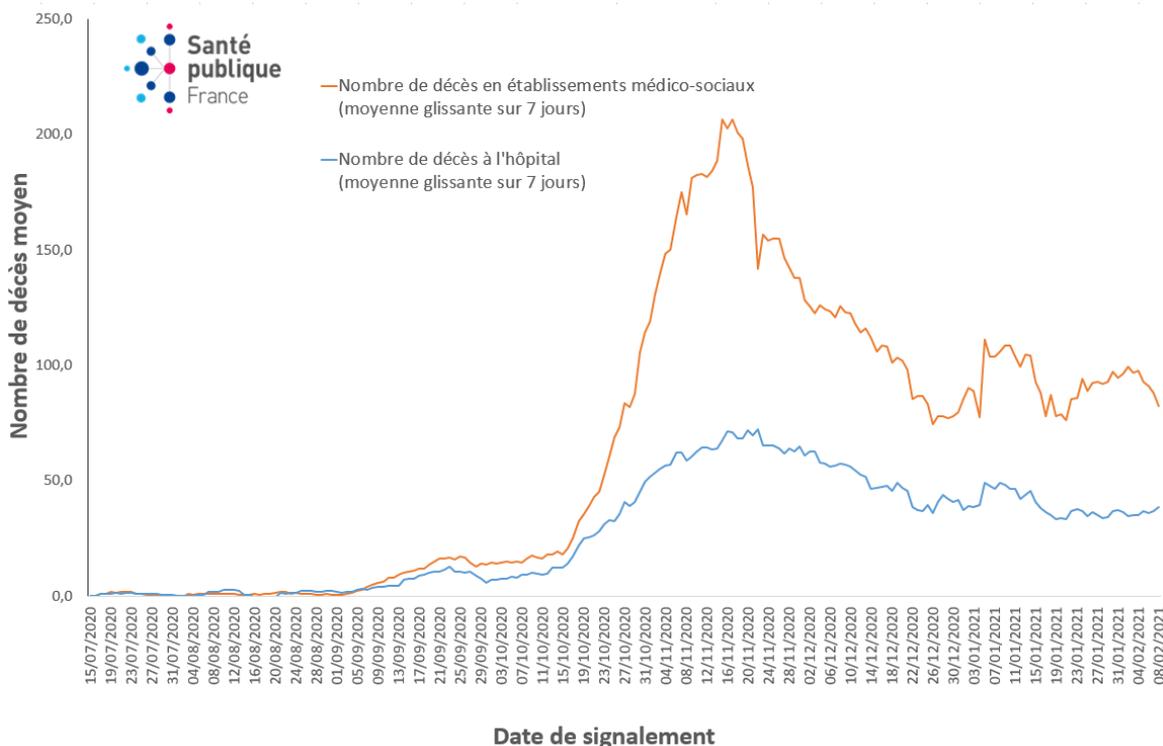


Semaine 06 : données non consolidées

● Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36-2020, **le nombre de décès en établissement d'accueil dans les ESMS** a augmenté de la semaine 37 à la semaine 46 (S46 : 1 490 décès), a diminué jusqu'en semaine 48 puis s'est **stabilisé**. En semaine 06-2021, 258 décès ont été enregistrés (données non consolidées).

● Le nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès dans l'ensemble des ESMS **semble se stabiliser pour les décès en établissement et ceux à l'hôpital** depuis le 22 janvier 2021 (Figure 22). La consolidation des données permettra de confirmer l'évolution observée.

Figure 22. Nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents en ESMS, par date de signalement du décès, rapportés entre le 15 juillet 2020 et le 14 février 2021, France*



* Dernières données de décès le 08 février 2021 pour l'estimation de la moyenne glissante sur 7 jours.

PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **362 479 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 16 février 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période) (Figure 23).

- **En semaine 06** (du 08 au 14 février 2021), **6 683 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (7 521 passages en S05). Ce chiffre était en baisse de -11% après deux semaines de hausse et deux semaines de stabilisation consécutives (Figure 23).

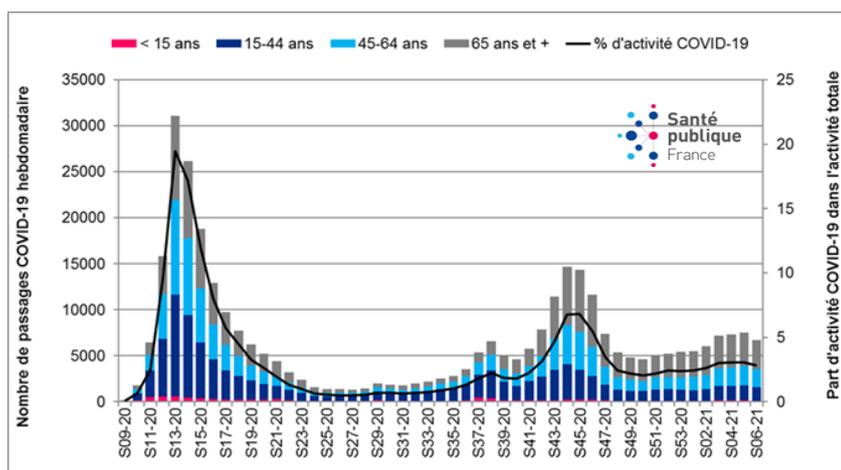
- La part d'activité était également en légère baisse (2,8% en S06 vs 3,0% en S05). Le nombre d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 était stable (58% en S06 et S05).

- Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en baisse dans toutes les classes d'âge : 0-4 ans : -6%, 5-14 ans : -22%, 15-44 ans : -10%, 45-64 ans : -8%, 65 ans et plus : -13%. La **répartition du nombre de passages par classe d'âge** était **comparable à la semaine précédente** : 0-4 ans : 1%, 5-14 ans : 1%, 15-44 ans : 22%, 45-64 ans : 29%, 65-74 ans : 17%, 75 ans et plus : 30% (Figure 23).

- **Au niveau régional**, le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en hausse dans trois régions : Corse (+33% soit +9 passages), La Réunion (+42% soit +13 passages) et Mayotte (+82% soit +65 passages).

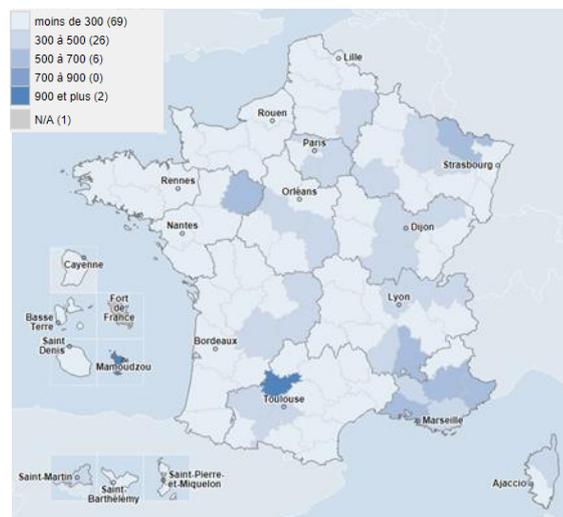
- En semaine 06, comme les semaines précédentes, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité était enregistrée en Île-de-France (20%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (18%), Auvergne-Rhône-Alpes (13%), Grand Est (9%) et Occitanie (9%).

Figure 23. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 24 février 2020, France



Source : OSCOUR®

Figure 24. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 06-2021, France



Source : OSCOUR®

Pour en savoir + 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 produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests RT-PCR, incluant les tests RT-LAMP, et antigéniques 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 être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.

• L'estimation du nombre de reproduction effectif en **France métropolitaine** est **au-dessous de 1 de façon significative dans les trois sources de données** (Tableau 3 et Figure 25) :

- À partir des **données virologiques (SI-DEP)**, l'estimation du nombre de reproduction au 13 février est de **0,93** (IC95% [0,92-0,93]) ;
- À partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)**, l'estimation au 13 février est de **0,92** (IC95% [0,90-0,94]) ;
- À partir des **données d'hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC)**, l'estimation au 14 février est de **0,86** (IC95% [0,84-0,88]).

► Régions métropolitaines

• Au 13 février 2021, les estimations des **R -effectifs à partir des données virologiques SI-DEP** sont significativement supérieures à 1 dans deux régions métropolitaines : **Hauts-de-France et Île-de-France**. Les estimations dans dix autres régions métropolitaines sont significativement inférieures à 1 (Tableau 3).

• À partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)**, aucune région métropolitaine ne présentait une estimation du nombre de reproduction significativement supérieure à 1. Seule la région Corse présentait un nombre de reproduction supérieur à 1 de façon non significative. Les estimations dans sept autres régions métropolitaines étaient inférieures à 1 significativement.

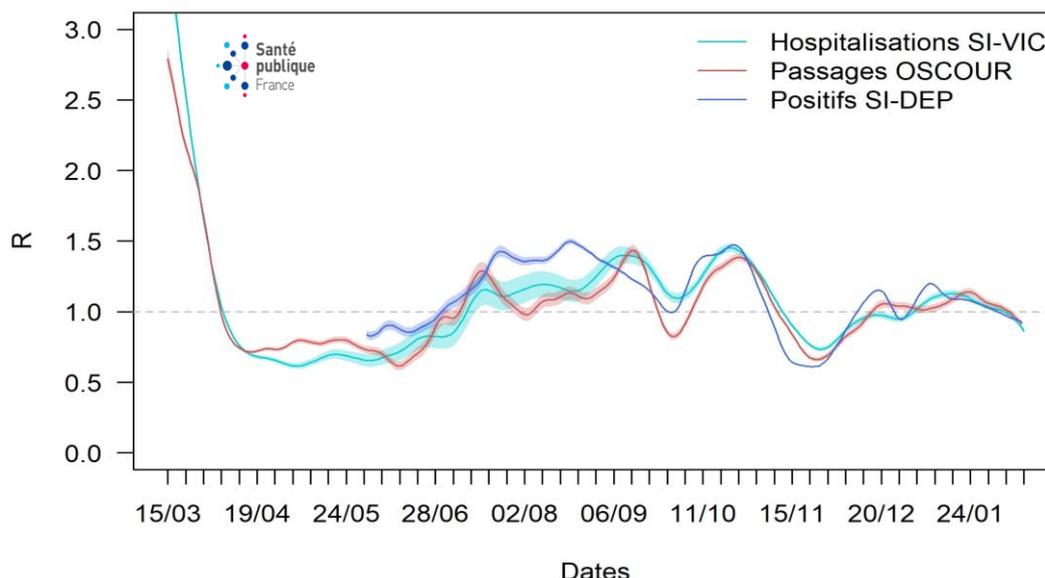
• À partir des **hospitalisations pour COVID-19** rapportées dans **SI-VIC**, aucune région ne présentait un nombre de reproduction supérieur à 1. Les estimations des nombres de reproduction au 14 février étaient inférieures à 1 de façon significative dans 11 des 13 régions métropolitaines.

► Régions d'outre-mer

Au 13 février, les estimations **du nombre de reproduction à partir des données virologiques SI-DEP** sont significativement supérieures à 1 en **Guadeloupe**, à **La Réunion** et à **Mayotte** (Tableau 3). Les nombres de reproduction estimés à partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)** excèdent 1 significativement à **La Réunion** et à **Mayotte**. Enfin, les estimations du 14 février à partir des **hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC)** étaient significativement supérieures à 1 à **Mayotte** et de façon non significative à La Réunion.

[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;178:1505-12.

Figure 25. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP), des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), du 15 mars 2020 au 13 février 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 3. Nombre de reproduction effectif du 13 février 2021 à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), et nombre de reproduction effectif du 14 février à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) par région, France

Territoire	Régions	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	0,90 (0,88-0,91)	0,90 (0,84-0,97)	0,89 (0,84-0,94)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,85 (0,83-0,88)	0,83 (0,75-0,92)	0,79 (0,71-0,86)
	Bretagne	0,88 (0,85-0,91)	0,87 (0,72-1,02)	0,75 (0,65-0,87)
	Centre-Val de Loire	0,87 (0,84-0,90)	0,85 (0,74-0,97)	0,88 (0,78-0,98)
	Corse	0,92 (0,82-1,02)	1,21 (0,86-1,62)	0,84 (0,54-1,20)
	Grand Est	0,89 (0,87-0,90)	0,89 (0,82-0,97)	0,82 (0,76-0,88)
	Hauts-de-France	1,08 (1,07-1,10)	0,92 (0,84-1,00)	0,85 (0,79-0,91)
	Ile-de-France	1,01 (1,00-1,02)	0,97 (0,92-1,03)	0,87 (0,82-0,91)
	Normandie	0,85 (0,83-0,88)	0,80 (0,68-0,92)	0,88 (0,79-0,98)
	Nouvelle-Aquitaine	0,78 (0,76-0,79)	0,85 (0,77-0,93)	0,83 (0,75-0,90)
	Occitanie	0,87 (0,85-0,88)	0,95 (0,88-1,03)	0,84 (0,78-0,91)
	Pays de la Loire	0,86 (0,84-0,89)	0,79 (0,70-0,89)	0,73 (0,65-0,83)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,95 (0,93-0,96)	0,99 (0,93-1,05)	0,98 (0,93-1,03)
	France métropolitaine	0,93 (0,92-0,93)	0,92 (0,90-0,94)	0,86 (0,84-0,88)
France ultramarine	Guadeloupe	1,17 (1,00-1,35)	NC	NC
	Guyane	0,46 (0,38-0,55)	0,94 (0,53-1,46)	0,50 (0,26-0,82)
	La Réunion*	1,19 (1,10-1,29)	1,51 (1,10-1,99)	1,38 (0,98-1,84)
	Martinique	0,95 (0,73-1,18)	NA	NC
	Mayotte	1,13 (1,08-1,17)	1,58 (1,32-1,86)	1,32 (1,12-1,54)

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

* 20% de cas importés

Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

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

• Depuis le 1^{er} mars 2020, **2 038** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

• Parmi les **329 353 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars 2020 (Tableau 4) :
 – l'âge médian des patients est de 73 ans et 53% sont des hommes ;
 – **58 578** patients sont décédés : **75%** étaient âgés de 75 ans et plus et **58%** étaient des hommes ;
 – **244 238** patients sont retournés à domicile.

• Le **16 février 2021, 26 239 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France** (vs 27 677 en S05, -5%), dont **3 348 en services de réanimation** (vs 3 342 en S05, +0%) (Figures 26 et 27).

Tableau 4. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en réanimation) le 16 février 2021 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

	Le 16 février 2021				Depuis le 1 ^{er} mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	26 239		3 348		244 238		58 578	
Classes d'âge *								
Total	26 039		3 321		242 241		58 255	
0-14 ans	62	<1	9	<1	2 795	1	5	<1
15-44 ans	985	4	170	5	29 249	12	408	1
45-64 ans	4 140	16	1 072	32	61 020	25	4 594	8
65-74 ans	5 613	22	1 288	39	47 669	20	9 498	16
75 et +	15 239	59	782	24	101 508	42	43 750	75
Régions *								
Total	26 195		3 338		244 207		58 552	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	3 627	14	414	12	35 427	15	8 652	15
Bourgogne-Franche-Comté	1 567	6	155	5	13 380	5	3 622	6
Bretagne	712	3	53	2	4 450	2	1 051	2
Centre-Val de Loire	1 025	4	127	4	7 270	3	1 871	3
Corse	50	<1	9	<1	601	<1	140	<1
Grand Est	2 502	10	308	9	26 861	11	7 748	13
Hauts-de-France	2 622	10	323	10	22 481	9	5 822	10
Île-de-France	5 014	19	731	22	63 548	26	14 260	24
Normandie	1 283	5	135	4	8 083	3	2 128	4
Nouvelle-Aquitaine	1 425	5	188	6	10 633	4	2 630	4
Occitanie	1 706	7	277	8	13 332	5	3 029	5
Pays de la Loire	874	3	90	3	8 137	3	1 918	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 458	13	448	13	25 041	10	5 257	9
Outre-mer								
La Réunion	85	<1	35	1	837	<1	57	<1
Martinique	8	<1	2	<1	399	<1	45	<1
Mayotte	177	<1	29	<1	713	<1	70	<1
Guadeloupe	31	<1	5	<1	826	<1	175	<1
Guyane	29	<1	9	<1	2188	<1	77	<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.

Source : SI-VIC

Figure 26. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 16 février 2021)

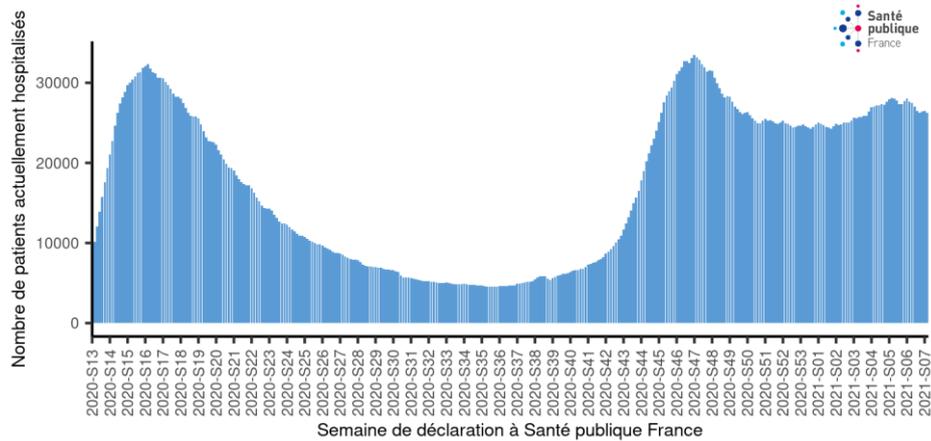
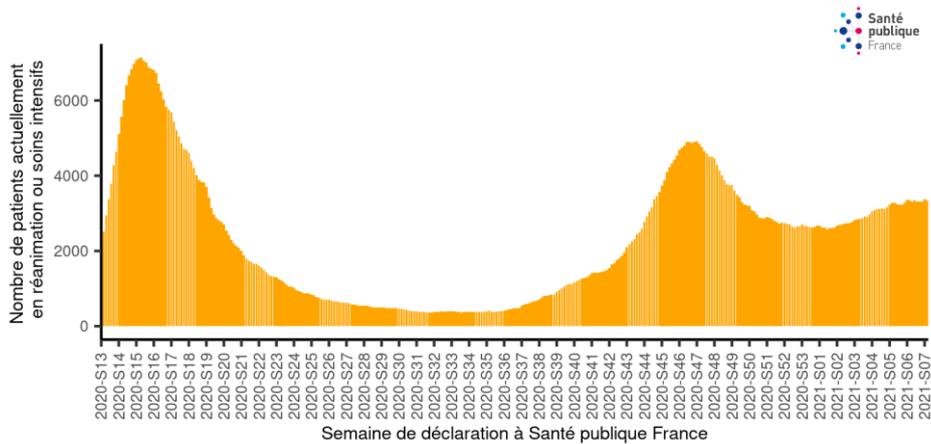
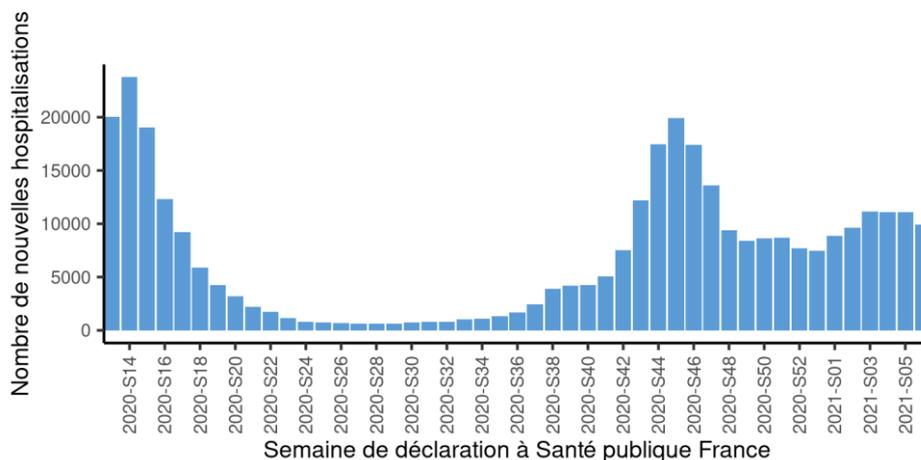


Figure 27. Nombre de patients COVID-19 en services de réanimation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 16 février 2021)



- Après une stabilisation observée à partir de la semaine 04, le nombre de déclarations de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 était en diminution en semaine 06 : **9 921 nouvelles hospitalisations** déclarées en S06 vs **11 063** en S05, soit -10 % (Figure 28). Le **taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19** était de **14,8/100 000 habitants** en S06 vs **16,5** en S05.

Figure 28. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 14 février 2021)



Source : SI-VIC

- En France métropolitaine en semaine 06, le **taux hebdomadaire d'hospitalisations** était en diminution dans l'ensemble des régions de France métropolitaine, excepté en Centre-Val de Loire (+0%) où il est resté stable. Dans les **Hauts-de-France** la diminution n'était que de 3%.

- Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (28,6/100 000 habitants), en **Bourgogne-Franche-Comté** (19,3), en **Auvergne-Rhône-Alpes** (16,2), dans les **Hauts-de-France** (16,2), le **Grand Est** (15,9) et en **Île-de-France** (15,7). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 14,8 pour 100 000 habitants (Figure 29).

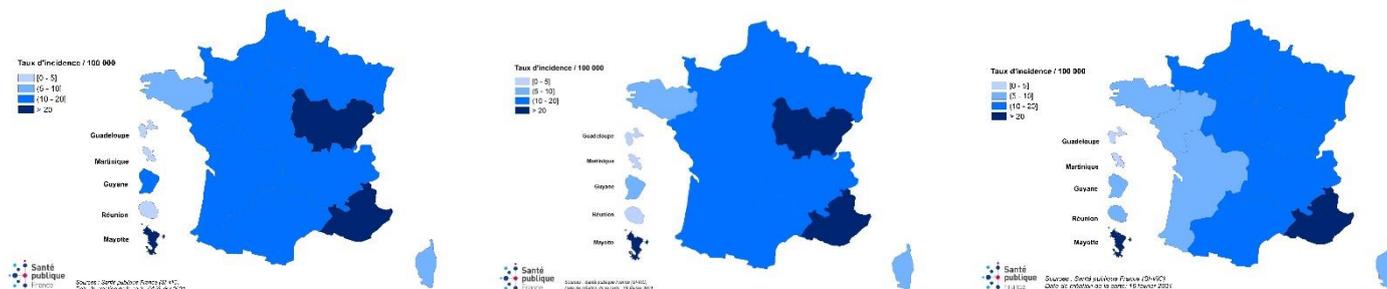
- En Outre-mer, le **plus fort taux d'hospitalisations** en semaine 06 était observé à **Mayotte** avec 72,3/100 000 habitants, en **augmentation** par rapport à la S05 (38,3, soit +89%). Une **hausse** était également observée à **La Réunion** (5,7 vs 2,9 en S05, soit +24 hospitalisations). Les taux d'hospitalisations étaient en baisse dans les autres régions ultramarines.

Figure 29. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 25 janvier au 14 février 2021 (S04 à S06), France

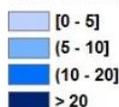
du 25 au 31 janvier 2021

du 1^{er} au 07 février 2021

du 08 au 14 février 2021



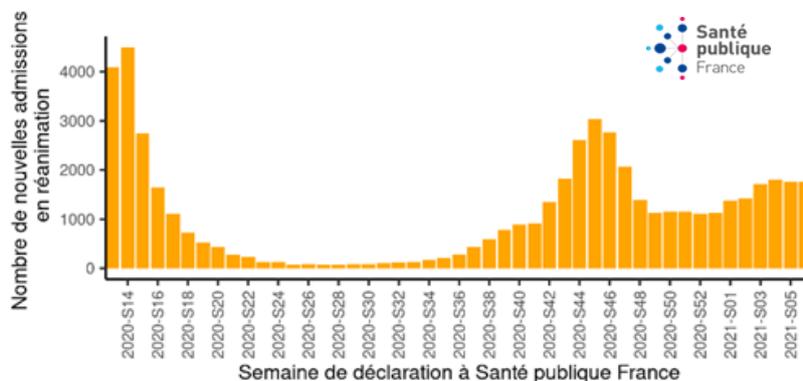
Taux d'incidence / 100 000



Source : SI-VIC

● Après avoir augmenté entre les semaines 01 et 04, le nombre de déclarations de **nouvelles admissions en services de réanimation** de patients COVID-19 s'est stabilisé depuis la semaine 05 : **1 763** nouvelles admissions en services de réanimation ont été déclarées en S06 contre **1 767** en S05, soit -0,2% (Figure 30). **Le taux hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de réanimation est resté stable à 2,6/100 000 habitants en S06.**

Figure 30. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 14 février 2021)



Source : SI-VIC

● **En France métropolitaine** en semaine 06, le **taux hebdomadaire de nouvelles admissions en services de réanimation** était en **augmentation** dans les régions **Corse (+120%, soit +6 admissions), Centre-Val de Loire (+15%), Auvergne-Rhône-Alpes (+9%)** et **Hauts-de-France (+3%)**. Il était stable ou avait diminué dans les autres régions de France métropolitaine.

● Les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de réanimation** en métropole étaient rapportés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,4/100 000 habitants), Île-de-France (3,3), Bourgogne-Franche-Comté (3,2), Corse (3,2), Hauts-de-France (2,9), Auvergne-Rhône-Alpes (2,8)** et **Grand Est (2,7)**. Les autres régions de France métropolitaine rapportaient des taux inférieurs à 2,6 pour 100 000 habitants (Figure 31).

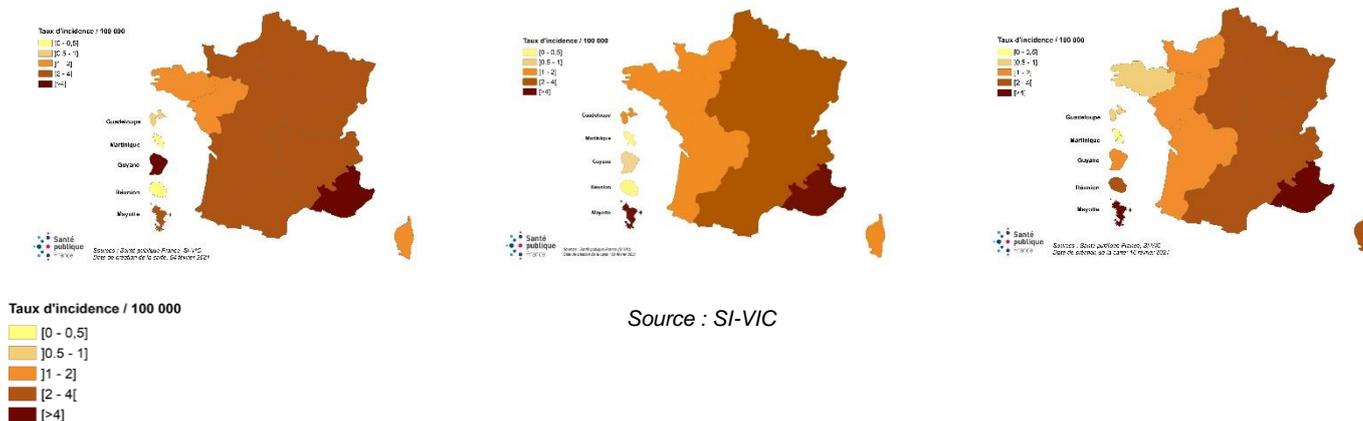
● **En Outre-mer, le plus fort taux hebdomadaire d'admissions en services de réanimation** en semaine 06 était observé à **Mayotte (12,2/100 000 habitants), en augmentation** par rapport à la S05 (+180% soit +22 admissions). Une **augmentation** était également observée à **La Réunion (2,8 vs 0,3 en S05, soit +21 admissions)**. Les effectifs réduits des admissions en services de réanimation dans les autres régions ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

Figure 31. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 25 janvier au 14 février 2021 (S04 à S06), France

du 25 au 31 janvier 2021

du 1^{er} au 07 février 2021

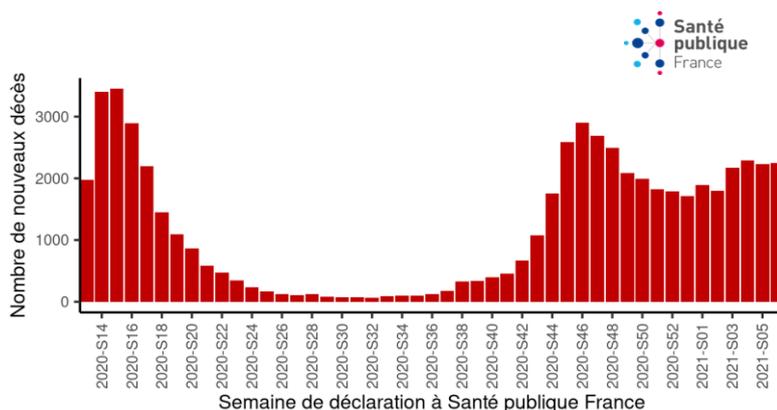
du 08 au 14 février 2021



Source : SI-VIC

- Après avoir augmenté entre les semaines 02 et 04, le nombre de **déclarations de décès** de patients COVID-19, survenus au cours d'une hospitalisation, était stable par rapport à la semaine 05 : **2 246** décès en S06 vs **2 233** en S05, soit +0,6% (Figure 32).

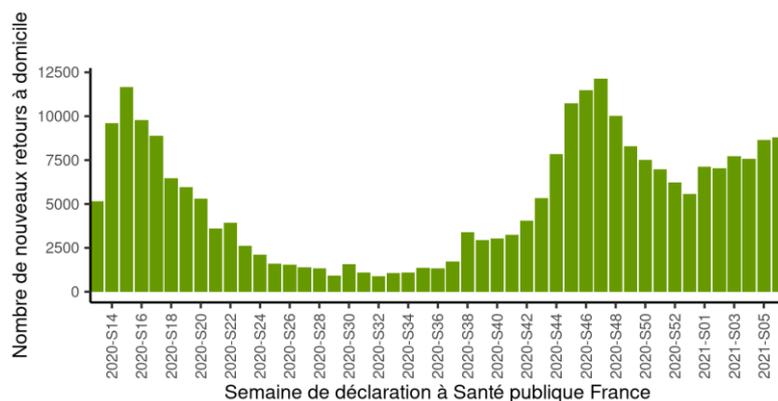
Figure 32. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 14 février 2021)



Source : SI-VIC

- Le nombre de déclarations de **retours à domicile de patients COVID-19** après une hospitalisation était stable en S06 : **8 800** vs **8 652** en S05, soit +2% (Figure 33).

Figure 33. Nombre hebdomadaire de nouveaux retours à domicile de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 14 février 2021)



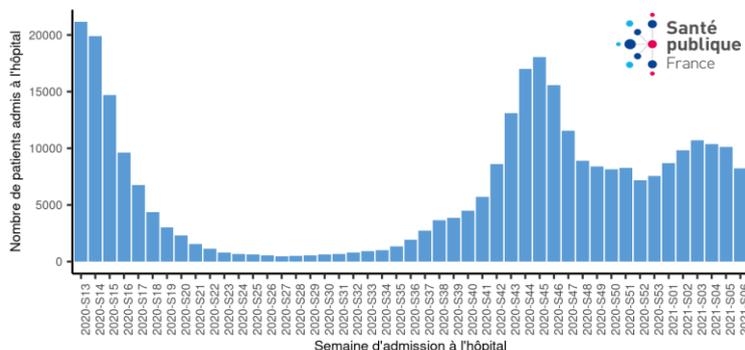
Source : SI-VIC

NB. Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en services de 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 28, 30, 32 et 33) sont présentés par date de déclaration. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients **COVID-19** hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figures 34 et 35) ou par date de décès (Figure 36). Toutefois, les données de la S06 ne sont pas consolidées.

- Le nombre de nouvelles hospitalisations est resté stable en S05 (-2% par rapport à S04, données consolidées). Les données de S06 ne sont pas encore consolidées (-19% entre S05 et S06) (Figure 34).

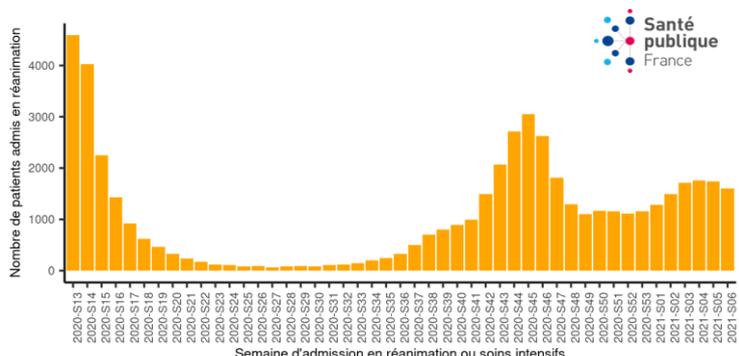
Figure 34. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis à l'hôpital, par semaine d'admission à l'hôpital, depuis le 23 mars 2020, France (données au 16 février 2021)



Semaine 06 : données non consolidées / Source : SI-VIC

- Le nombre de nouvelles admissions en services de réanimation est resté stable en semaine 05 (-1% par rapport à S04, données consolidées). Les données de S06 ne sont pas encore consolidées (-8% entre S05 et S06) (Figure 35).

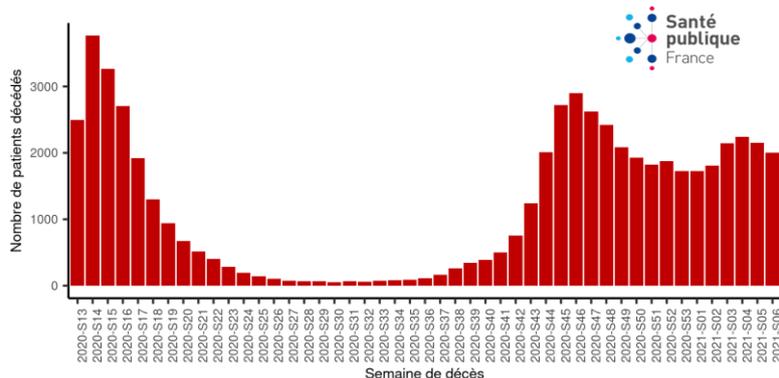
Figure 35. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis en services de réanimation pendant leur hospitalisation, par semaine d'admission en services de réanimation, depuis le 23 mars 2020, France (données au 16 février 2021)



Semaine 06 : données non consolidées / Source : SI-VIC

- Le nombre de décès a légèrement diminué en S05 (-4% par rapport à S04, données consolidées). Les données de S06 ne sont pas encore consolidées (-7% entre S05 et S06) (Figure 36).

Figure 36. Nombre hebdomadaire de décès à l'hôpital de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 23 mars 2020, France (données au 16 février 2021)



Semaine 06 : données non consolidées / Source : SI-VIC

► Caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation

La surveillance des cas graves de COVID-19 repose sur un réseau sentinelle de 226 services de réanimation situés en France métropolitaine et dans les DROM. Cette surveillance a été réactivée le 05 octobre 2020, en même temps que celle des cas graves de grippe. Elle a pour objectif de décrire les caractéristiques des cas graves de COVID-19 ou de grippe admis en réanimation mais n'a pas vocation à les dénombrer (voir [le protocole de la surveillance et la fiche de recueil](#)). Les données de surveillance des cas graves de grippe sont disponibles dans le [Bulletin grippe hebdomadaire](#).

• Entre le 05 octobre 2020 et le 16 février 2021, parmi les **6 659 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19, 71% étaient des hommes** ; l'âge médian des patients était de **68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [59-74]), et 62% étaient âgés de 65 ans et plus ; 95 étaient des professionnels de santé.

• **89% des patients admis en réanimation présentaient au moins une comorbidité**, et cette proportion était de **84% parmi ceux âgés de moins de 65 ans**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'**hypertension artérielle** (45%), l'**obésité** (IMC \geq 30kg.m⁻²) (45% des cas signalés dont l'IMC était renseigné) et le **diabète** (31%) (Tableau 5).

• Parmi les 5 052 patients pour lesquels l'information était renseignée, 46% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 5 359 patients : 46% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 42% d'une ventilation invasive et 3% d'une assistance extracorporelle (ECMO/ECCO₂R) au cours de leur séjour en réanimation.

• **1 220 décès** ont été rapportés à ce jour, dont 5 chez des professionnels de santé. **L'âge médian des personnes décédées était de 74 ans** (IIQ : [67-79]) ; 82% étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 1 199 patients ; parmi eux, 1 133 (94%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (52%), l'obésité (40% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (38%) (Tableau 5). Entre le 05 octobre 2020 et le 16 février 2021, 3 798 sorties de réanimation ont été rapportées.

Tableau 5. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 16 février 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance Sentinelle, France

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=6 659)		Cas décédés en réanimation (n=1 220)	
	n	%	n	%
0-14 ans	19	<1	0	-
15-44 ans	397	6	21	2
45-64 ans	2 129	32	195	16
65-74 ans	2 443	37	442	36
75 et +	1 629	25	561	46
Non renseigné	42		1	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	723	11	66	6
Au moins une comorbidité	5 773	89	1 133	94
Hypertension artérielle	2 938	45	628	52
Obésité (IMC \geq 30) ³	2 633	45	423	40
Diabète	2 024	31	396	33
Pathologie cardiaque	1 618	25	454	38
Pathologie pulmonaire	1 368	21	301	25
Pathologie rénale	559	9	173	14
Immunodépression	464	7	131	11
Cancer	456	7	136	11
Pathologie neuromusculaire	220	3	66	6
Pathologie hépatique	155	2	55	5
Autre	972	15	197	16
Non renseigné	163		21	

¹Un patient peut présenter plusieurs comorbidités parmi celles listées dans le tableau.

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

³La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients dont l'IMC est renseigné (n=5 867 et n=1 054 pour les cas décédés)

► Signalement d'infections à SARS-CoV-2 nosocomiales

Depuis 2001, le signalement externe des infections nosocomiales permet aux établissements de santé (ES) d'alerter l'Agence régionale de Santé (ARS), le Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) et Santé publique France de la survenue d'infections émergentes et/ou épidémiques lorsqu'elles sont associées aux soins. Depuis 2012, ce signalement est dématérialisé via l'outil e-SIN. Les cellules régionales de Santé publique France ont également accès à ces signalements. Depuis mars 2020, les ES peuvent signaler des cas (isolés ou groupés) de COVID-19 nosocomiaux, c'est-à-dire survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un ES.

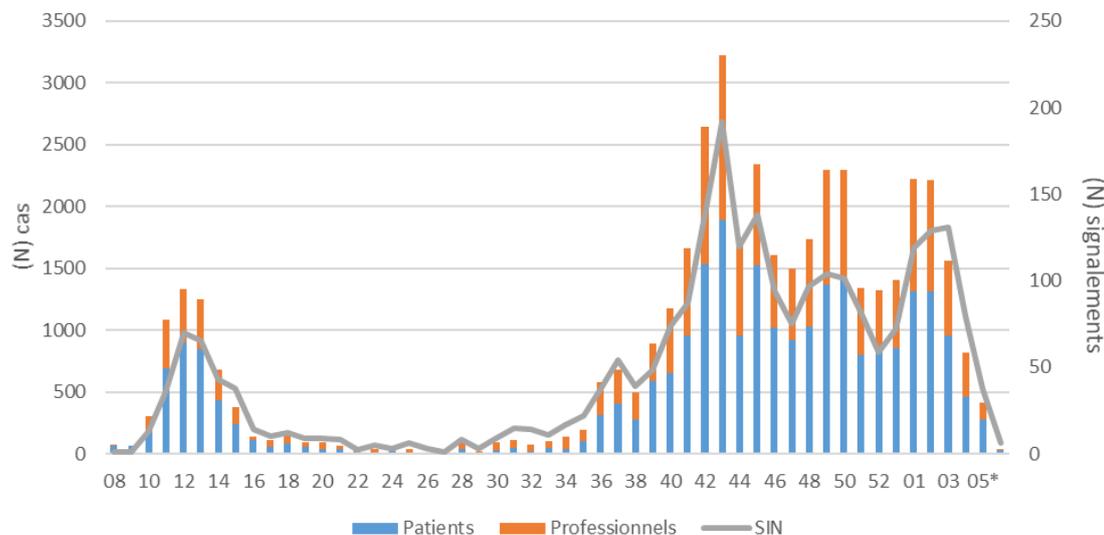
- Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 14 février 2021, **3 609 signalements de COVID-19 nosocomiaux** ont impliqué 44 401 cas : 26 839 patients (186 décès liés), 17 552 professionnels et 10 visiteurs. Parmi ces signalements, 43 (1,2%) faisaient mention qu'un variant serait impliqué : 22 signalements (0,6%) faisaient mention du variant 501Y.V1, 2 signalements du variant 501Y.V2, et 19 signalements sans précision du variant.

Parmi les signalements nosocomiaux, **2 562 correspondaient à des cas groupés** (au moins 3 cas liés).

- Depuis la fin décembre, une nouvelle reprise des signalements de cas groupés de COVID-19 nosocomiaux est observée. Les données des dernières semaines ne sont pas consolidées (Figure 37).

- Les **signalements de cas groupés** de COVID-19 nosocomiaux correspondaient à **42 929 cas** : 25 847 patients (164 décès liés), 17 072 professionnels et 10 visiteurs. Parmi les signalements de cas groupés survenus en établissements de santé (n=2 562), la part des professionnels reste stable dans le temps, représentant 40% de l'ensemble des cas (Figure 37).

Figure 37. Nombre de patients et de professionnels positifs pour le SARS-CoV-2 (cas) parmi les signalements de cas groupés de COVID-19 nosocomiaux et évolution du nombre de signalements de cas groupés de COVID-19 nosocomiaux (SIN), par semaine du premier cas, entre le 1^{er} janvier 2020 et le 14 février 2021, France (N=42 929)



*Semaines 05 et 06 : données non consolidées

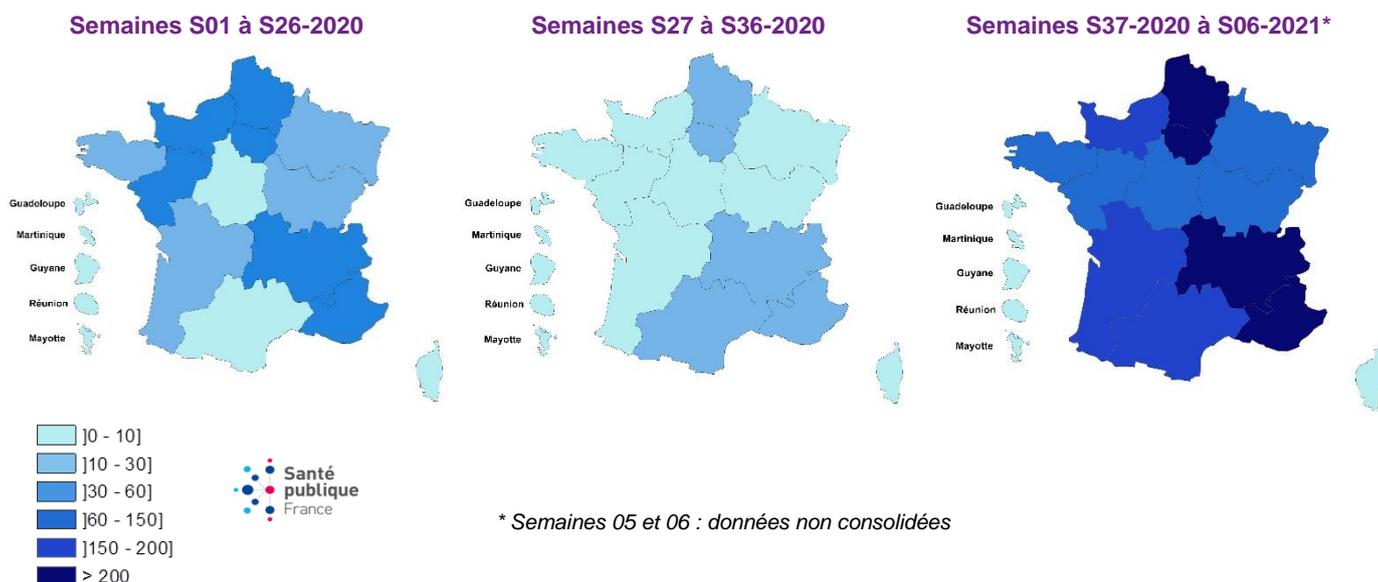
- Parmi les cas groupés, lorsque l'information est disponible (n=1 883), le cas index est un patient pour plus de la moitié des épisodes (n=1 079, 57%), un professionnel pour 34% (n=645) et un visiteur/la famille pour 6% (n=118) des épisodes. L'origine du cas groupé est parfois multifactorielle.

- Parmi les 1 807 signalements (71%) pour lesquels l'information est disponible, les hypothèses pour expliquer les contaminations peuvent être multiples. Près de 41% (n=732) de ces signalements évoquent la découverte fortuite d'un cas, 40% (n=720) des mesures barrières non optimales (incluant les difficultés d'application des bonnes pratiques), 20% (n=361) les pauses et transmissions entre les personnels, 19% (n=343) les visiteurs/familles, 14% (n=248) l'utilisation des chambres doubles, 12% (n=224) un patient déambulant.

- Pour les 2 281 signalements (89%) pour lesquels l'information est disponible, les mesures correctives décrites peuvent être multiples : mise en place de dépistages (n=1 869, 82%), renforcement des mesures barrières (n=1 062, 47%), mise en place de précautions complémentaires gouttelettes (n=387, 17%) et installation d'un secteur COVID (n=387, 17%).

- Depuis la semaine 37, les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France et Hauts-de-France ont rapporté le plus grand nombre de signalements de cas groupés (985 au total) représentant presque la moitié des signalements en France sur la même période (2 076). Ces quatre régions ont enregistré plus de 200 signalements chacune. Les régions Nouvelle-Aquitaine, Normandie et Occitanie ont réalisé entre 150 et 200 signalements chacune pendant cette période. Les autres régions métropolitaines à l'exclusion de la Corse ont enregistré chacune entre 60 et 150 signalements de cas groupés. La Corse et les départements d'outre-mer ont enregistré moins de 5 signalements sur la période (Figure 38).

Figure 38. Cas groupés de COVID-19 nosocomiaux, par région et par période, entre le 1^{er} janvier 2020 et le 14 février 2021 (N=2 562), France



SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

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

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 16 février 2021, **82 812 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **58 578** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **24 234** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 14 février 2021).

- **94% des cas de COVID-19 décédés étaient âgés de 65 ans ou plus.**

- Au niveau national, après consolidation des données, **le nombre hebdomadaire de décès était légèrement diminué en semaine 05**, avec 2 869 décès vs 2 949 en S04 (-2,7%). **En semaine 06, 2 504 décès ont été recensés** mais les données n'étant pas consolidées, l'évolution ne peut pas encore être interprétée.

- En ESMS : une légère diminution des décès était constatée en S05 (-3,8%). Entre S05 et S06, l'évolution ne peut pas être interprétée, les données n'étant pas consolidées.

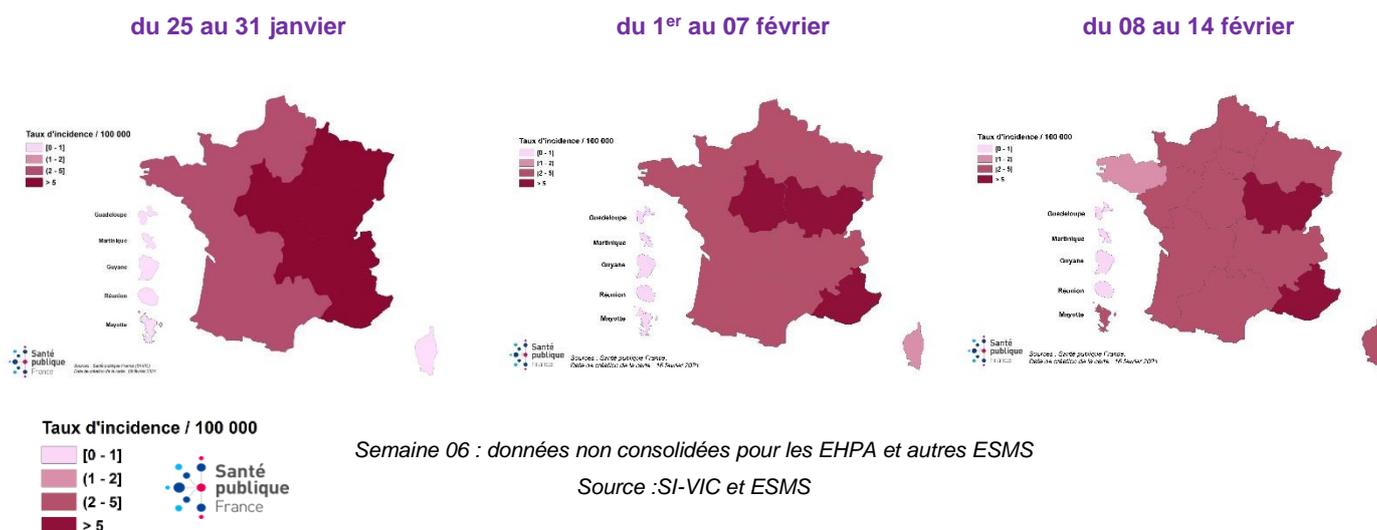
- En hospitalisation : une stabilisation des décès était notée en S05 (-2,4%). Cette stabilisation se poursuit en S06 (+0,6%, données consolidées).

- Après consolidation des données, à l'échelle nationale le **taux hebdomadaire de décès** en S05 était de **4,3 pour 100 000 habitants** (vs 4,4 en S04). En S06 (données non consolidées), ce taux était de 3,7.

- **En semaine 06 (données non consolidées)**, les **plus forts taux de décès** dus à la COVID-19 **par région** rapportés à la population étaient toujours observés en Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,9/100 000 habitants), Bourgogne-Franche-Comté (5,7), Grand Est (4,7) et Centre-Val de Loire (4,5) (Figure 39).

- Entre les semaines 04 et 05 (données consolidées), **le taux de décès a augmenté** en Corse (+150%, soit +3 décès), Bretagne (+18%), Hauts-de-France (+15%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+14%), Pays de la Loire (+12%) et Île-de-France (+5%). Ce taux était en diminution ou était stable dans les autres régions de France métropolitaine. En semaine 06, bien que les données ne soient pas consolidées, une augmentation du taux de décès est observée à Mayotte (+450%, soit +9 décès).

Figure 39. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 25 janvier au 14 février 2021 (S04 à S06), par région, France



► 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, 35 404 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 6).

- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92,7% des personnes avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 54% de ces décès.
- 54% de ces certificats de décès contenaient une mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée.

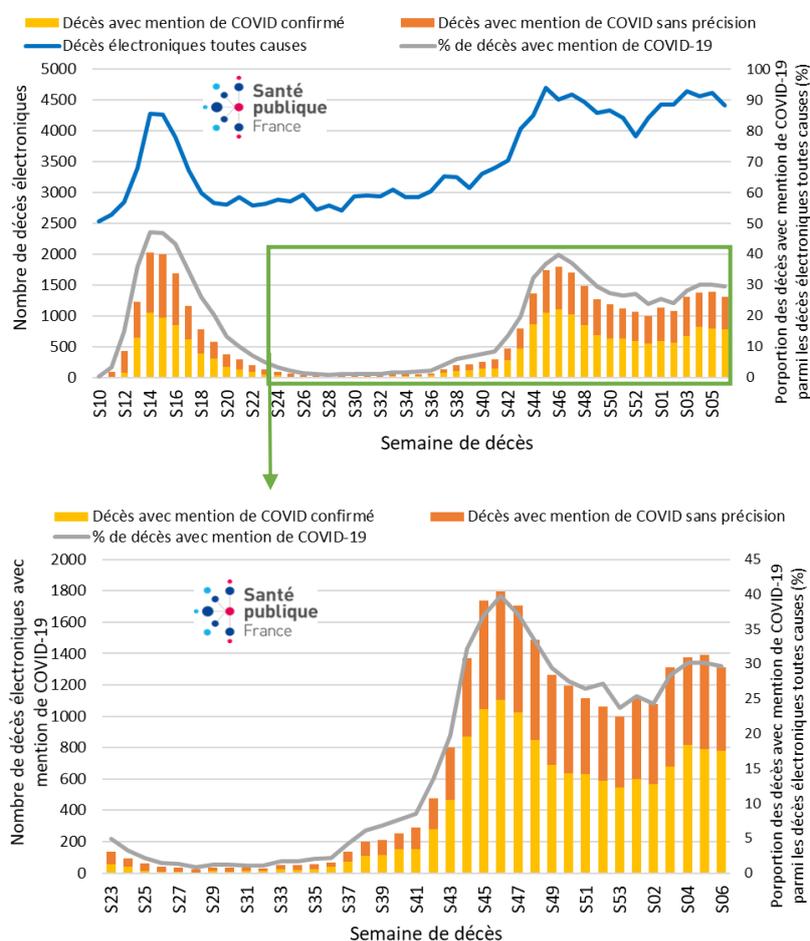
- Des comorbidités étaient renseignées pour 23 152 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 35% de ces décès et une mention d'hypertension artérielle pour 22%.

- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 2% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité (ou pas de comorbidité renseignée) et étaient âgées de moins de 65 ans.

- **Pour la semaine 06 (du 08 au 14 février 2021), 1 310 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 29,7% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 40). **Ce nombre de décès était en légère diminution par rapport à la semaine précédente** (-79 décès, soit -6% par rapport à S05). La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 59,7%.

- Parmi les 1 310 personnes décédées au cours de la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 1 030 (79%) étaient âgées de 75 ans et plus, 190 (14%) de 65 à 74 ans et 84 (6%) de 45 à 64 ans. Six personnes décédées étaient âgées de 15 à 44 ans.

Figure 40. Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 14 février 2021, France (données au 16 février 2021)



Sources : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 6. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 15 février 2021, France (données au 16 février 2021)

Sexe	n	%
Hommes	19 241	54
Femmes	16 162	46

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	1	25	3	75	4	0
15-44 ans	71	34	140	66	211	1
45-64 ans	658	28	1 700	72	2 358	7
65-74 ans	1 465	29	3 528	71	4 993	14
75 ans ou plus	10 057	36	17 781	64	27 838	79
Tous âges	12 252	35	23 152	65	35 404	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	8 144	35
Hypertension artérielle	5 101	22
Diabète	3 725	16
Pathologie respiratoire	3 003	13
Pathologie rénale	3 000	13
Pathologies neurologiques *	1 993	9
Obésité	1 280	6
Immunodéficience	512	2

* Ce groupe inclut les pathologies neurovasculaires et neuromusculaires.

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 à partir de la S40-2020** (du 28 septembre au 04 octobre 2020) **jusqu'en S05-2021** (du 1^{er} au 07 février 2021), avec une hausse jusqu'en S45 (du 02 au 08 novembre), puis une diminution amorcée à partir de la S47 (du 16 au 22 novembre) (Figure 41). À partir de la semaine 53-2020, les effectifs de décès sont repartis à la hausse jusqu'en semaine 03-2021, avec un **excès de mortalité au niveau national atteignant +22%** (Tableau 7). **En semaines 04 et 05-2021, une diminution des effectifs semble à nouveau s'amorcer**, qui sera à confirmer avec la consolidation des données. Du fait du délai habituel de transmission des données, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 05-2021 sera précisée la semaine prochaine.

Tableau 7. Estimation de la proportion (%) de l'excès de décès par rapport à la mortalité attendue, tous âges confondus, dans l'échantillon de 3 000 communes, de la semaine 43-2020 à la semaine 04-2021, France

	2020											2021			
Semaine	S43	S44	S45	S46	S47	S48	S49	S50	S51	S52	S53	S01	S02	S03	S04
%	+21	+26	+33	+31	+25	+21	+20	+19	+15	+12	+15	+18	+17	+22	+17

Estimations non consolidées pour les semaines S02 à S04-2021

Sources : Santé publique France, Insee

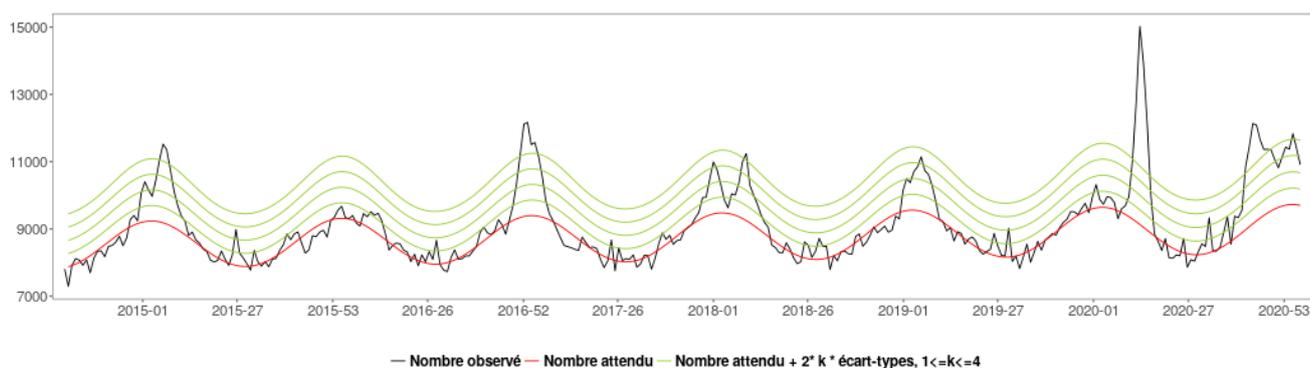
● **Au niveau régional** (Figure 42), la dynamique du nombre de décès sur les dernières semaines reste **hétérogène**. Alors que le nombre de décès en Normandie est en hausse en semaine 05, il reste stable en Provence-Alpes-Côte d'Azur. En Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et, dans une moindre mesure, dans les Hauts-de-France, en Centre-Val de Loire et en Occitanie, les effectifs de décès sont en baisse en semaine 05 par rapport à la semaine précédente. Enfin, on note un excès modéré à la limite haute des marges de fluctuation habituelles en Nouvelle-Aquitaine (semaines 01 à 03) et en Île-de-France (semaines 53-2020 et entre S02 et S05-2021). Ces dynamiques restent à confirmer dans les prochaines semaines avec la consolidation des données.

● Au total, **le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu** en S02 dans 9 régions, en S03 dans 10 régions et **dans 9 régions en S04 et S05** : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Ile-de-France, Normandie, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

● Ces excès concernent principalement **les personnes de 65 ans ou plus**.

NB. 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, en particulier sur les semaines 02 à 05-21, 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 de la mortalité attribuable à l'épidémie de COVID-19.**

Figure 41. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 22-2014 à la semaine 05-2021, France



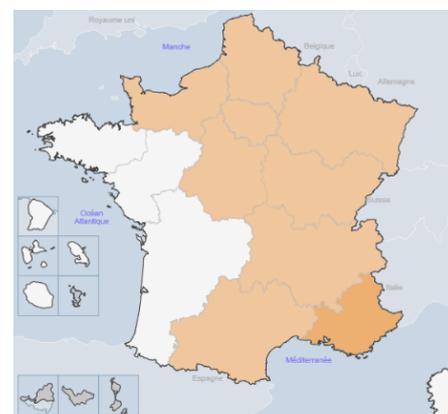
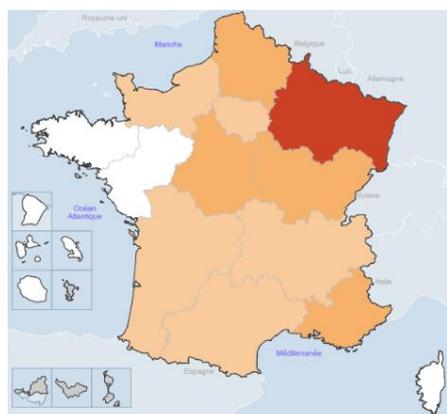
Sources : Santé publique France, Insee

Figure 42. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 03, 04 et 05-2021, par région, France (données au 16 février 2021)

du 18 au 24 janvier 2021

du 25 au 31 janvier 2021

Du 1^{er} au 07 février 2021



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

Sources : Santé publique France, Insee

Les données détaillées, notamment départementales, sont dorénavant publiées dans le Point hebdomadaire *Surveillance sanitaire de la mortalité* des bulletins SurSaUD®.

Pour en savoir + sur les évolutions de la mortalité toutes causes, consulter la page des [Bulletins SURSAUD®](#)

► Mortalité à l'échelle européenne

- Parmi les 27 pays ou régions qui participent au [consortium EuroMOMO](#) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité est notée depuis le début du mois d'octobre 2020, qui s'est accrue à partir de S43 jusqu'en S46 (Figure 43). Avec la consolidation des données issues des différents pays, on note que le nombre de décès reste en plateau à un niveau élevé depuis la semaine 46 jusqu'en semaine 52, avant de repartir à la hausse jusqu'en semaine 03. Une diminution semble s'amorcer en semaines 04 et 05, qui concerne toutes les classes d'âge (à confirmer avec la consolidation des données de chaque pays/région) (Figure 43).
- Au total, un excès de mortalité était observé dans 19 pays/régions en S01-2021, dans 17 pays/régions en S02-2021, dans 16 pays/régions en S03-2021 et dans 15 pays/régions en S04-2021 (Angleterre, Écosse, Suède, Danemark, Pays-Bas, Allemagne (Hesse), France, Italie, Malte, Israël, Autriche, Suisse, Slovénie, Espagne et Portugal) (Figure 44).

Figure 43. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 27 pays/régions européens, de la semaine 03-2017 à la semaine 05-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 10 février 2021)

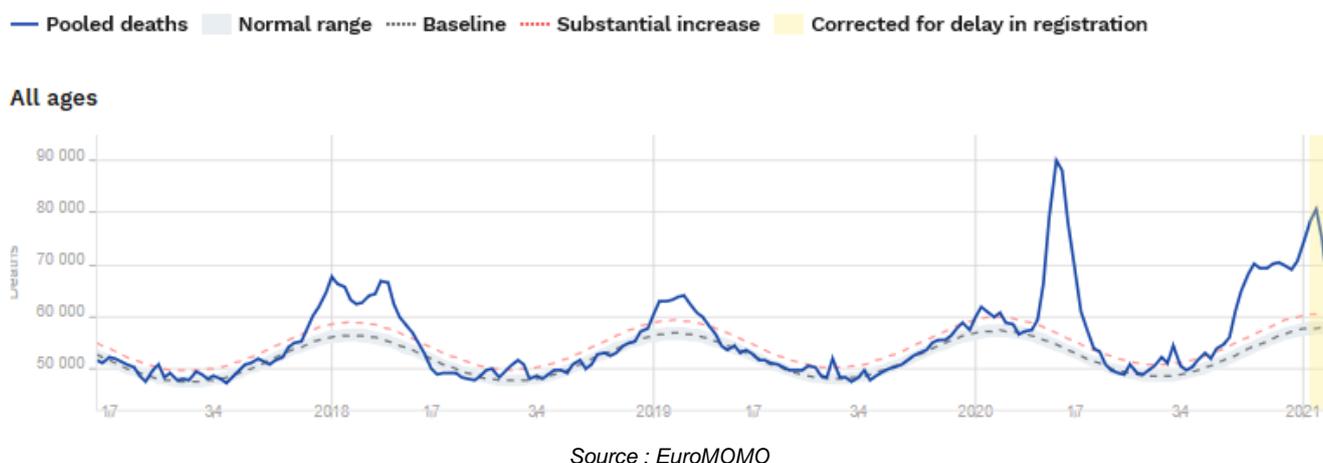
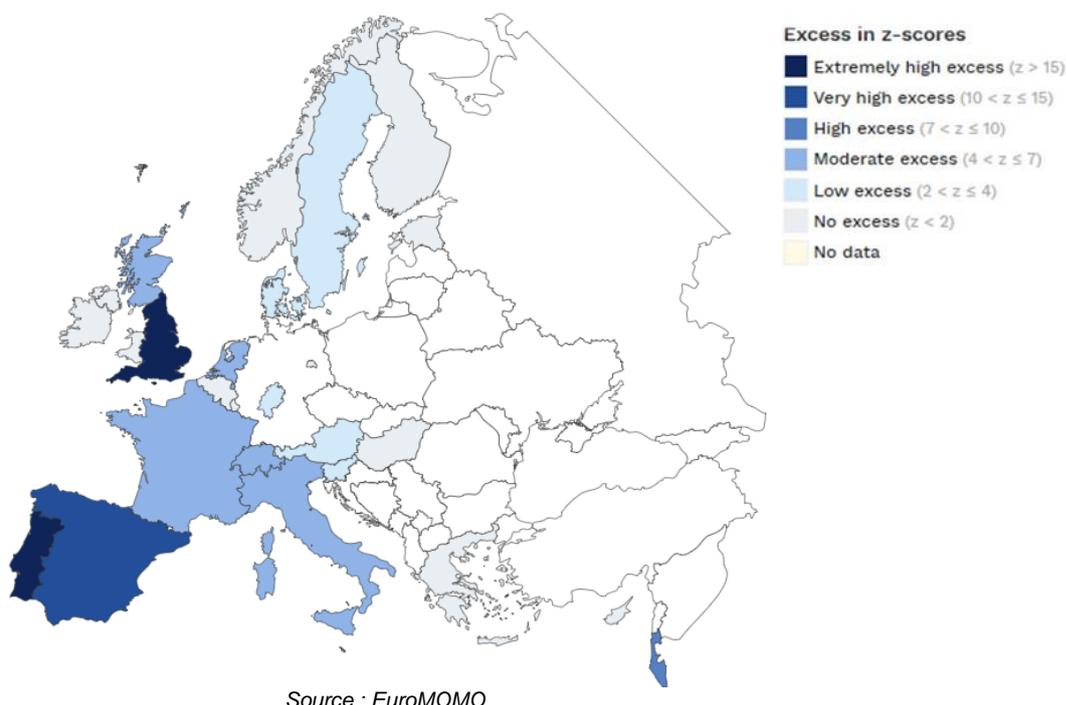


Figure 44. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 04-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 10 février 2021)



VACCINATION CONTRE LA COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Elle est désormais ouverte à l'ensemble des personnes appartenant aux catégories suivantes : les personnes âgées en Ehpad ou en unité de soins de longue durée (USLD) ; les professionnels de santé, y compris libéraux ; les sapeurs-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 et les personnes âgées de plus de 75 ans.

La campagne de vaccination s'accompagne du suivi des nombres de personnes vaccinées ainsi que des couvertures vaccinales. Le système d'information Vaccin Covid, permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19, a été mis en œuvre le 04 janvier 2021. Il est administré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et alimenté par les professionnels de santé réalisant les vaccinations. Depuis le 27 janvier 2021, l'estimation des nombres de personnes vaccinées en France contre la COVID-19 est issue de cette source de données.

► En population générale

● Le 16 février 2021, **2 357 946 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 816 990 personnes ont été vaccinées par deux doses** (données par date d'injection, données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, 3,5% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 1,2% a reçu deux doses.

Les répartitions des personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 présentées par région, par tranche d'âge et par sexe figurent dans les Tableaux 8, 9, 10.

Tableau 8. Nombres de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 16 février 2021, par région, France

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	279 564	3,5	84 728	1,1
Bourgogne-Franche-Comté	136 793	4,9	48 843	1,8
Bretagne	131 703	3,9	45 356	1,4
Centre-Val de Loire	104 855	4,1	34 882	1,4
Corse	17 716	5,1	5 036	1,5
Grand Est	208 438	3,8	74 119	1,3
Hauts-de-France	154 290	2,6	62 049	1,0
Ile de France	329 939	2,7	107 061	0,9
Normandie	142 526	4,3	65 897	2,0
Nouvelle-Aquitaine	262 925	4,4	90 745	1,5
Occitanie	243 794	4,1	85 233	1,4
Pays de la Loire	131 773	3,5	49 365	1,3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	191 470	3,8	60 572	1,2
France métropolitaine	2 335 786	3,6	813 886	1,3
Guadeloupe	2 047	0,5	371	0,1
Guyane	2 011	0,7	409	0,1
La Réunion	11 383	1,3	1 219	0,1
Martinique	3 737	1,0	1 094	0,3
Mayotte	2 977	1,1	9	0,0
Saint-Barthélemy	1	0,0	0	0,0
Non précisé	4	non applicable	2	non applicable
France entière	2 357 946	3,5	816 990	1,2

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

Du fait de défaut de saisie dans la base Vaccin Covid, les nombres de personnes vaccinées et donc les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés (notamment en Île-de-France et dans les DROM)

- Conformément aux recommandations de vaccination, l'analyse par tranche d'âge montre que les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées chez les personnes les plus âgées. Au total, 22,5% des personnes âgées de 75 ans et plus ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (Tableau 9).

Tableau 9. Nombres de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 16 février 2021, par classe d'âge, France

Classes d'âge	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
18-24	12 654	0,2	3 436	0,1
25-29	28 281	0,8	9 625	0,3
30-39	84 766	1,0	33 460	0,4
40-49	131 402	1,5	57 139	0,7
50-59	314 556	3,6	184 822	2,1
60-64	138 056	3,4	76 920	1,9
65-69	97 785	2,5	43 849	1,1
70-74	117 338	3,4	40 610	1,2
75-79	448 845	20,2	94 546	4,3
80 ans et +	983 879	23,7	272 541	6,6
inconnu*	384	non applicable	42	non applicable
France	2 357 946	3,5	816 990	1,2

* Inconnu et incluant les personnes vaccinées et mentionnées comme âgées de moins de 18 ans
Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

Tableau 10. Nombres de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 16 février 2021, par sexe, France

Sexe	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Homme	937 389	2,9	302 685	0,9
Femme	1 419 395	4,1	514 033	1,5
Inconnu	1 162	non applicable	272	non applicable
France	2 357 946	3,5	816 990	1,2

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

► Résidents en Ehpad ou en USLD

Les résidents en Ehpad ou en USLD comptent parmi les personnes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 car ils sont particulièrement touchés par cette maladie. Les résidents en Ehpad ou en USLD ne peuvent cependant pas être identifiés en tant que tels dans la base Vaccin Covid.

Sont ainsi définis comme résidents en Ehpad ou en USLD vaccinés contre la COVID-19 :

- des personnes vaccinées dans un Ehpad ou dans un USLD et âgées de 65 ans ou plus, ou
- des personnes vaccinées et identifiées a priori par la Cnam comme résident en Ehpad ou en USLD.

Les indicateurs ainsi définis présentent des limites, avec des risques de sous-estimation en cas d'erreur de codage sur le lieu de la vaccination, si des résidents ont été vaccinés dans un autre service (ex : transfert d'un patient) ou si le résident est âgé de moins de 65 ans. À l'inverse, des surestimations sont possibles notamment si des personnes non-résidentes d'Ehpad ou d'USLD et âgées de 65 ans et plus ont été vaccinées dans ces structures.

- Au 16 février 2021 (données par date d'injection), **466 094 résidents en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France. Il est ainsi estimé que **74,4% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19.

Les couvertures vaccinales régionales de la première dose varient entre 65,0% et 99,0% en France métropolitaine (Tableau 11). Les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions, notamment dans celles présentant des défauts de saisie dans Vaccin Covid.

- Il est estimé que **218 558 résidents des Ehpad et USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, ce qui correspond à 34,9% de ces résidents en France.

Tableau 11. Nombres de résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% des résidents) au 16 février 2021, par région, France

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	51 582	65,0	19 046	24,0
Bourgogne-Franche-Comté	23 021	67,9	12 333	36,4
Bretagne	36 387	86,7	18 581	44,3
Centre-Val de Loire	22 201	73,9	12 009	40,0
Corse*	2 073	>99,0	1 216	58,9
Grand Est	39 216	73,4	20 109	37,6
Hauts-de-France	32 264	65,7	12 614	25,7
Ile de France	49 535	73,0	19 081	28,1
Normandie	30 601	87,9	20 943	60,2
Nouvelle-Aquitaine	57 792	79,4	27 128	37,3
Occitanie	48 552	78,4	22 356	36,1
Pays de la Loire	38 285	80,6	18 562	39,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	32 776	69,6	13 538	28,8
France métropolitaine	464 285	74,7	217 516	35,0
Guadeloupe	297	20,9	121	8,5
Guyane	140	63,1	85	38,3
La Réunion	1 031	67,4	647	42,3
Martinique	313	18,0	189	10,9
Non précisé	28	non applicable	0	non applicable
France entière	466 094	74,4	218 558	34,9

* Surestimation possible due à un dénominateur imprécis
Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

► Professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD

Sont inclus les professionnels travaillant en Ehpad ou en USLD, qu'ils soient professionnels de santé ou non. Les professionnels en Ehpad ou en USLD ne peuvent cependant pas être identifiés en tant que tels dans la base Vaccin Covid.

Sont ainsi définis comme professionnels en Ehpad ou en USLD vaccinés contre la COVID-19 :

- des personnes vaccinées dans un Ehpad ou dans un USLD et âgées de moins de 65 ans ;

- des personnes vaccinées et identifiées à priori par la Cnam comme professionnel exerçant en Ehpad ou en USLD.

Les indicateurs ainsi définis présentent des limites, avec des risques de sous-estimation en cas d'erreur de codage sur le lieu de la vaccination, si des professionnels ont été vaccinés dans un autre service, si des professionnels ont plus de 65 ans. À l'inverse, des surestimations sont possibles, notamment si des personnes non professionnelles de l'Ehpad ou de l'USLD ont été vaccinées dans l'Ehpad. L'estimation de couverture vaccinale sera également surestimée si des personnels intérimaires ou personnels de société de sous-traitance, stagiaires ou intervenants occasionnels âgés de moins de 65 ans ont été vaccinés en Ehpad ou en USLD, car ils ne sont pas pris en compte dans les dénominateurs utilisés pour la couverture vaccinale).

● Au 16 février 2021 (données par date d'injection), **158 101 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France. Il est ainsi estimé que **33,8% des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19.

Les couvertures vaccinales de la première dose varient selon les régions métropolitaines entre 27,1% et 47,4% (Tableau 12). Cependant, les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions, notamment dans celles présentant des défauts de saisie dans Vaccin Covid.

● Il est estimé que **68 793 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, ce qui correspond à 14,7% de ces professionnels en France.

Tableau 12. Nombres de professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% des professionnels) au 16 février 2021, par région, France

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	15 724	25,1	5 422	8,7
Bourgogne-Franche-Comté	7 490	28,8	4 232	16,3
Bretagne	13 626	40,7	5 599	16,7
Centre-Val de Loire	8 040	37,2	3 974	18,4
Corse	544	29,8	314	17,2
Grand Est	15 005	37,7	7 110	17,9
Hauts-de-France	11 034	30,3	3 710	10,2
Ile de France	15 175	33,4	5 411	11,9
Normandie	12 603	47,4	7 788	29,3
Nouvelle-Aquitaine	19 528	36,4	8 573	16,0
Occitanie	16 166	33,6	6 891	14,3
Pays de la Loire	12 341	33,8	5 138	14,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10 270	31,7	4 394	13,5
France métropolitaine	157 546	33,9	68 556	14,8
Guadeloupe	273	11,3	126	5,2
Guyane	0	0,0	0	0,0
La Réunion	262	24,5	111	10,4
Martinique	0	0,0	0	0,0
Non précisé	20	non applicable	0	non applicable
France entière	158 101	33,8	68 793	14,7

► Par type de vaccin

La majorité des personnes vaccinées l'ont été avec le vaccin Pfizer-BioNTech, qui a été distribué dès le début de la campagne vaccinale en France (Tableau 13).

Tableau 13. Nombres de personnes vaccinées par type de vaccin pour la première dose et la seconde dose en France

	Pfizer/BioNTech (N)	%#	Moderna (N)	%#	Astrazeneca (N)	%#	Total
Vacciné par première dose	2 171 067	92,1	119 623	5,1	67 256	2,9	2 357 946
Vacciné par seconde dose	809 564	99,1	7 426	0,9	0	0,0	816 990
Première dose ou seconde dose*	2 980 631	93,9	127 049	4,0	67 256	2,1	3 174 936

* exprimé en doses de vaccin

Dans ce tableau, les pourcentages se lisent par ligne. En raison des arrondis, la somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100%.
Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

Sont disponibles en open data sur la plateforme [Geodes](#) ainsi que sur [data.gouv.fr](#), le nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin, par âge et sexe (depuis le 27 janvier 2021), le nombre de personnes ayant reçu deux doses, par âge et sexe (28 janvier 2021), le nombre de résidents en Ehpad ou en USLD vaccinés contre la COVID-19 ayant reçu au moins une dose et deux doses (02 février 2021) ainsi que leurs couvertures vaccinales (03 février 2021), les nombres de professionnels exerçant en Ehpad ou USLD et les couvertures vaccinales (09 février 2021). Ces données sont présentées aux niveaux national, régional et départemental et sont mises à jour quotidiennement.

La liste des centres de vaccination est disponible sur le lien suivant : <https://sante.fr/carte-vaccination-covid>

Pour en savoir + sur la vaccination : [Vaccination Info Service](#)

SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE

► Enquête Santé publique France CoviPrev

Les données proviennent de l'**Enquête Santé publique France CoviPrev**, [enquêtes Internet](#) répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de 2 000 personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (Access panel), de mars 2020 à janvier 2021.

En vague 20 (18-20 janvier 2021), l'enquête CoviPrev a montré :

- Une baisse de l'**adoption systématique de toutes les mesures en lien avec la limitation de l'interaction sociale**. L'adoption systématique du masque en public est restée élevée (85%) et stable depuis le début du deuxième confinement ;
- Une **augmentation des intentions de se faire vacciner** contre la COVID-19 dans toutes les tranches d'âge. Les 65 ans et plus exprimaient la plus forte intention de se faire vacciner (72%) ;
- **Une situation toujours dégradée de la santé mentale des personnes interrogées**, avec un maintien à des **niveaux élevés des états dépressifs, des états anxieux et des troubles du sommeil**.

Tous les résultats ont été publiés dans le [Point épidémiologique du 28 janvier 2021](#).

Une nouvelle enquête s'est déroulée du **15 au 17 février 2021**. Les résultats seront publiés dans le Point épidémiologique de la semaine prochaine.

► Enquête GERES CAPP-VaCov

Cette enquête sur les connaissances, attitudes, pratiques et préférences sur la vaccination COVID-19 est réalisée par des membres du Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (GERES), de l'École des hautes études en santé Publique (EHESP) et de la chaire PréVacCI de l'université Jean-Monnet de Saint-Étienne (institut Présage), avec le soutien de Santé publique France (SpF).

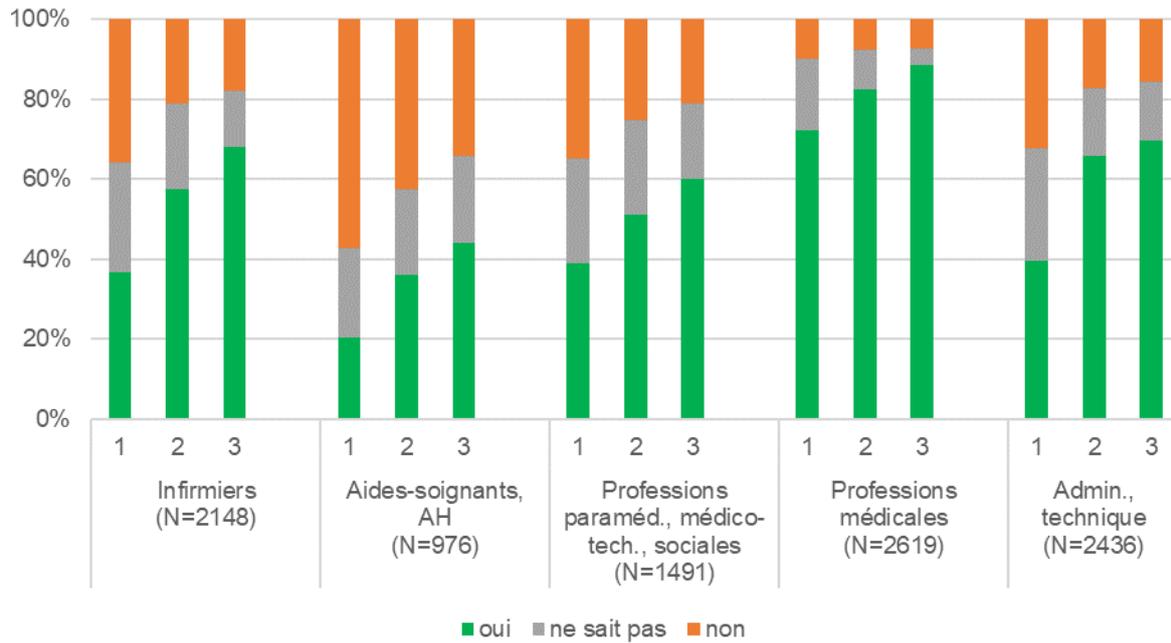
L'enquête, transversale, a été réalisée par questionnaire anonyme auto-administré en ligne, avec l'appui de différents réseaux et ordres professionnels, entre le 18 décembre 2020 et le 1^{er} février 2021. L'échantillon constitué (9 580 personnes) n'est pas représentatif, mais la répartition des participants par sexe (77% de femmes) et par classe d'âge (59% de 25 à 49 ans) est proche de celle attendue. Les réponses sont parvenues de toutes les régions métropolitaines, les régions et départements d'outre-mer sont en revanche sous-représentés.

Les réponses ont été analysées sur trois périodes successives : du 18 décembre 2020 au 04 janvier 2021 (jusqu'à l'ouverture de la vaccination au personnel de santé de plus de 50 ans), du 05 au 14 janvier (jusqu'aux annonces gouvernementales de généralisation du couvre-feu à 18h et d'extension de la vaccination à l'ensemble des personnes de plus de 75 ans et à celles porteuses de certaines maladies chroniques), et du 15 janvier au 1^{er} février 2021. Durant l'enquête, seuls les vaccins à ARN messenger sont devenus disponibles en France.

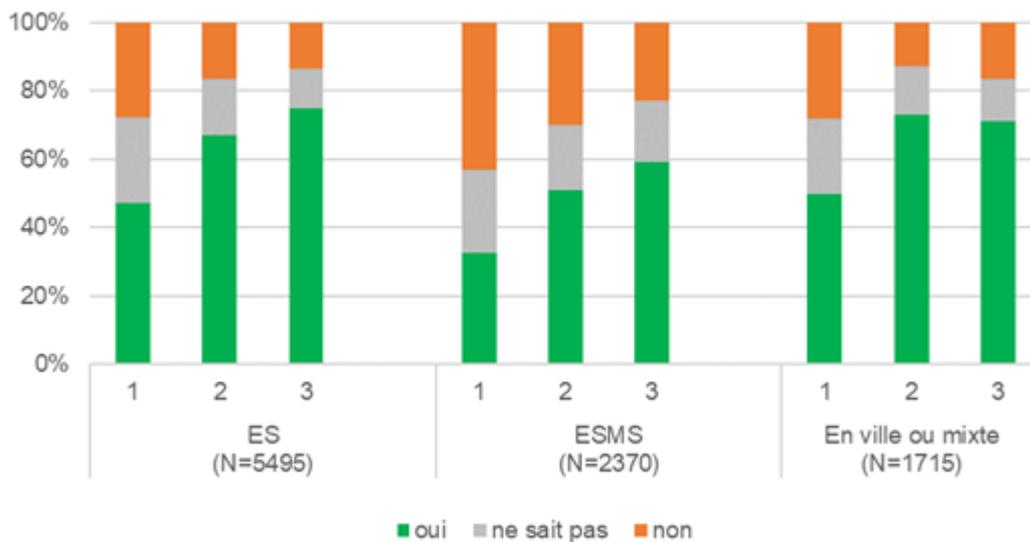
- L'analyse des intentions de vaccination selon trois modalités (oui, non, ne sait pas) montre une **acceptabilité différente selon la catégorie professionnelle**, les aides-soignants et agents hospitaliers rapportant la plus faible intention de se faire vacciner (entre 20% et 44% selon la période) et les professions médicales la plus élevée (entre 72% et 89% selon la période). Une **nette progression de l'acceptabilité** est observée à travers les trois périodes, quelle que soit la catégorie professionnelle (Figure 45a). Les mêmes évolutions s'observent pour les trois modes d'exercice considérés (Figure 45b). Les intentions de vaccination des personnels des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), incluant les EHPAD, restent cependant inférieures à celles des personnels exerçant en ville et dans les établissements de santé ou ayant un exercice mixte.

Figures 45. Évolution des intentions vaccinales contre la COVID-19 entre le 18 décembre 2020 et le 1^{er} février 2021, selon le groupe professionnel (a) et le mode d'exercice (b). Période 1 : 18 décembre 2020-04 janvier 2021 ; période 2 : 05-14 janvier 2021 ; période 3 : 15 janvier-1^{er} février 2021.

45a.



45b.



Source : Enquête CAPP-VaCov

AH : agents hospitaliers. Professions médicales : médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, biologistes. Admin. : personnel administratif, y compris cadres, directions et assistants. ES : établissements de santé. ESMS : établissements sociaux et médico-sociaux.

• Cette progression des intentions de se faire vacciner se confirme en analyse multivariée après prise en compte des caractéristiques des participants. L'âge croissant, le genre masculin, les professions médicales, la région (intention plus élevée en Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Normandie et Nouvelle-Aquitaine, moins élevée en Provence-Alpes-Côte d'Azur, par rapport aux autres régions), la vaccination antigrippale saisonnière au cours de l'année précédente, la présence d'un facteur de risque de COVID-19 grave, le travail hors secteur des EHPAD et le fait de ne pas encore avoir été infecté par le SARS-CoV-2 sont indépendamment associés à l'intention plus fréquente de se faire vacciner contre la COVID-19.

• Les résultats de cette enquête montrent, sur les six semaines de collecte d'informations en décembre 2020 et janvier 2021, **une augmentation nette de l'intention à se faire vacciner** contre la COVID-19 des professionnels de santé, quels que soient la catégorie professionnelle et le mode d'exercice.

Pour plus d'informations, consulter le site du GERES <https://www.geres.org>

En présence de signes de dépression (tristesse, perte d'intérêt, d'énergie) ou d'anxiété (tension, irritabilité), il est important de s'informer et d'en parler afin d'être conseillé sur les aides et les solutions disponibles. Il ne faut pas hésiter à prendre conseil auprès de son médecin ou à appeler le 0 800 130 00 pour demander à être orienté vers une écoute ou un soutien psychologique.

Pour plus d'information sur la santé mentale et les ressources disponibles :

<https://www.psycom.org/>

<https://www.santepubliquefrance.fr/coronavirus/sante-mentale>

Retrouvez tous les **outils de prévention** destinés aux professionnels de santé et au grand public sur le site de [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr).

Des informations sur la **vaccination** contre la COVID-19 sont également disponibles et mises à jour régulièrement dans les volets [Professionnels](#) et [Grand public](#) du site Vaccination Info Service.fr

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



Respecter une distance d'au moins deux mètres avec les autres



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



Portez un masque chirurgical ou en tissu de catégorie 1 quand la distance de deux mètres ne peut pas être respectée



Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)



Aérer les pièces le plus souvent possible, au minimum quelques minutes toutes les heures



Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

SITUATION INTERNATIONALE

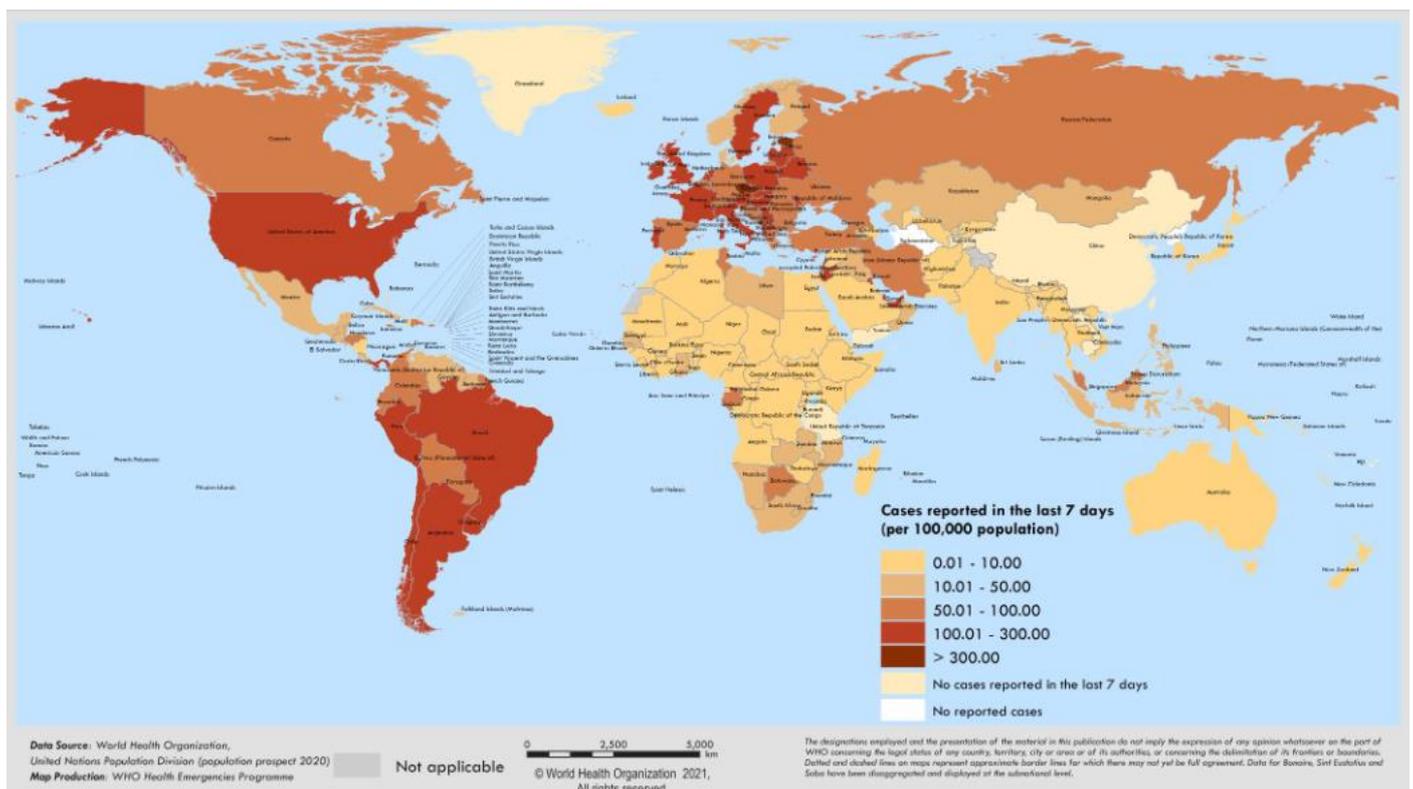
Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **108 822 960 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés **dans le monde - dont 2 403 641 décès** - au 17 février 2021. 2,7 millions de nouveaux cas ont été signalés dans le monde en semaine 06, soit une **baisse** par rapport à la semaine précédente (-16%) pour la cinquième semaine consécutive. Le nombre de décès est également en baisse avec 81 000 décès (-10%).

► Foyers majeurs

- Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Amériques** (1 315 480 cas et 44 385 décès rapportés en semaine 06) et en **Europe** (968 943 cas et 28 404 décès). Ces régions sont à l'origine, respectivement, de 48% et 36% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 55% et 35% des nouveaux décès en S06 (Figure 46, Tableau 14).

- Les pays qui signalent le plus grand nombre de nouveaux cas en S06 sont : **les États-Unis** (+673 630 nouveaux cas), **le Brésil** (+318 290), **la France** (+127 661), **la Russie** (+104 602) et **le Royaume-Uni** (+97 271).

Figure 46. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 06 (du 08 au 14 février 2021)



Source : OMS

► Tendances

• Comparativement à la semaine 05, les indicateurs sont en baisse ou stables dans toutes les régions OMS sauf dans la région Méditerranée orientale où le nombre de cas est en hausse (Tableau 14). **Une baisse de 13 à 20% du nombre de nouveaux cas** est rapportée dans les autres régions. La diminution la plus marquée du nombre de nouveaux cas est rapportée dans les régions Afrique et Pacifique occidental (-20% chacune par rapport à la semaine précédente). **Des baisses importantes du nombre de nouveaux décès** sont signalées dans les régions Afrique et Europe, avec respectivement 21% et 19% de décès en moins par rapport à la semaine 05. Ce nombre reste stable dans la région Amériques.

Tableau 14. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 06 et évolution par rapport à la semaine 05

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+ 68 115	+ 1 315 480	+ 154 414	+ 968 943	+ 170 445	+ 49 577
Tendance	-20% 	-16% 	-13% 	-18% 	+7% 	-20% 
Décès rapportés	+ 2 558	+ 44 385	+ 2 340	+ 28 404	+ 2 519	+ 1 134
Tendance	-21% 	-2% 	-9% 	-19% 	-9% 	-13% 

Les flèches vertes représentent une diminution du nombre de cas de 5% ou plus par rapport à la semaine précédente. Les flèches noires représentent une évolution (diminution ou augmentation) inférieure à 5%. La flèche rouge indique une augmentation du nombre de cas de 5% ou plus par rapport à la semaine précédente.

Source : OMS

► Par région

• Dans la région des **Amériques**, le nombre de nouveaux cas hebdomadaires a dépassé 1,3 million en S06, et on compte plus de 44 000 nouveaux décès. Les États-Unis restent le pays rapportant le plus grand nombre de cas dans la région, avec 673 630 nouveaux cas, soit 204 cas/100 000 habitants (-23% par rapport à S05) et 21 412 nouveaux décès rapportés (-5%). Les autres pays connaissant les plus grands nombres de nouveaux cas et de décès sont le Brésil, qui compte 318 290 nouveaux cas, soit 150 cas/100 000 habitants (-3%) et 7 455 décès (+1%), et le Mexique, avec 66 083 nouveaux cas, soit 51 cas/100 000 habitants (-7%) et 8 267 décès (+7%). Pour plus de détails sur la région Amériques, [cliquez ici](#).

• La région **Europe** continuait d'enregistrer en S06 une baisse du nombre de cas et de décès pour la quatrième semaine consécutive, avec plus de 960 000 de nouveaux cas et plus de 28 000 nouveaux décès. Les pays de la région Europe ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux cas étaient la France, qui rapportait 127 661 nouveaux cas, soit 190 cas/100 000 habitants (-9%), la Russie avec 104 602 nouveaux cas, soit 72 cas/100 000 habitants (-11%) et le Royaume-Uni avec 97 271 cas, soit 143 cas/100 000 habitants (-27%). Les plus grands nombres de décès ont été signalés au Royaume-Uni (4 816 décès ; -26%), en Russie (3 465 ; 0%) et en Allemagne (3 443 ; -25%). Pour plus de détails sur la région Europe, [cliquez ici](#).

• En région **Afrique**, plus de 68 000 nouveaux cas et un peu plus de 2 500 décès ont été rapportés en S06. Le nombre de cas et de décès hebdomadaires était en baisse pour la quatrième semaine consécutive. Les trois pays rapportant le plus grand nombre de nouveaux cas étaient l'Afrique du Sud avec 16 363 cas, soit 28 cas/100 000 habitants (-33% par rapport à la semaine 05), la Zambie avec 7 027 cas soit 38 cas/100 000 habitants (-13%) et le Nigeria avec 6 422 cas, soit 3 cas/100 000 habitants (-26%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès en semaine 06 étaient l'Afrique du Sud (1 641 décès ; -26%), le Nigeria (100 ; +45%) et le Malawi (100 ; -33%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

• En **région Asie du Sud-Est**, le nombre de cas et de décès continuait d'être à la baisse, une tendance observée depuis septembre 2020. On dénombrait plus de 150 000 nouveaux cas et plus de 2 300 nouveaux décès. Les pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés étaient l'Inde avec 78 577 cas, soit 6 cas/100 000 habitants (-2%), l'Indonésie avec 63 693 cas, soit 23 cas/100 000 habitants (-21%) et le Sri Lanka avec 6 276 cas, soit 29 cas/100 000 habitants (+19%). Les trois pays cumulant le plus de décès dans la semaine 06 étaient l'Indonésie (1 543 décès ; -7%), l'Inde (646 ; -11%) et le Bangladesh (76 ; -4%). Pour plus de détails sur la région Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

● En **région Méditerranée orientale**, plus de 170 000 nouveaux cas et un peu plus de 2 500 décès ont été signalés. Les pays comptant le plus grand nombre de nouveaux cas étaient l'Iran avec 51 503 cas, soit 61 cas/100 000 habitants (+8%), les Émirats arabes unis avec 22 203 cas, soit 225 cas/100 000 habitants (-2%) et le Liban avec 19 156 cas, soit 281 cas/100 000 (+1%). Les plus grands nombres de décès étaient observés en Iran (471 décès ; -10%), au Liban (399 ; -25%) et au Pakistan (362 ; +24%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

● En **région Pacifique occidental**, plus de 49 000 nouveaux cas ont été rapportés, soit une baisse pour la troisième semaine consécutive. Le nombre de décès s'élevait à 1 100. Les trois pays signalant le plus grand nombre de nouveaux cas restent la Malaisie avec 23 084 cas, soit 71 cas/100 000 habitants (-21%), les Philippines avec 11 734 cas, soit 11 cas/100 000 habitants (-2%) et le Japon avec 11 037 cas, soit 9 cas/100 000 habitants (-34%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient le Japon (574 décès ; -16%), les Philippines (397 ; -10%) et la Malaisie (101 ; -10%). Pour plus de détails sur la région Pacifique occidental, [cliquez ici](#).

NB. Les données présentées ne tiennent pas compte des spécificités des systèmes de surveillance et des capacités diagnostiques des différents pays.

Pour en savoir + sur la situation internationale :

- **dans le monde** : OMS - [Weekly Epidemiological Update](#)

- **en Europe** : ECDC - [Weekly Surveillance Report](#)

VARIANTS D'INTÉRÊT DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL

Plusieurs variants du SARS-CoV-2 ont émergé au cours des derniers mois et font l'objet d'une attention particulière, notamment 20I/501Y.V1, identifié pour la première fois au Royaume-Uni, 20H/501Y.V2, repéré pour la première fois en Afrique du Sud et 20J/501Y.V3, ayant émergé au Brésil.

Les études mentionnées ci-après sur la transmissibilité, la mortalité et l'impact de la vaccination sur ces variants peuvent être retrouvées dans le rapport de l'OMS (voir à la fin de cette section « Pour en savoir + »).

► Variant 20I/501Y.V1, lignage B.1.1.7

- Le 14 décembre 2020, le Royaume-Uni signalait à l'OMS la circulation du variant 20I/501Y.V1, identifié rétrospectivement le 20 septembre 2020.
- Sa transmissibilité serait accrue de 36% à 75%. De même, le nombre de nouveaux cas autour des cas-contacts (taux d'attaque secondaire) serait augmenté de 10% à 13%. Certaines études épidémiologiques suggèrent une mortalité plus élevée associée à ce variant, mais ces résultats demandent à être confirmés par d'autres études.
- Plusieurs études suggèrent que ce variant n'aurait pas d'impact significatif sur l'efficacité des vaccins Moderna, Pfizer-BioNTech et Oxford-AstraZeneca.
- Dans le monde, au 16 février 2021, le variant 20I/501Y.V1 a été rapporté dans **94 pays** par l'OMS (Figure 47), soit **huit pays de plus** que la semaine précédente. Une transmission communautaire (sans lien avec un voyage) a été rapportée dans au moins 47 pays et ce, dans toutes les régions OMS.

Figure 47. Pays et territoires rapportant des cas confirmés de COVID-19 liés au variant 20I/501Y.V1 (données au 16 février 2021)



Source : OMS

► Variant 20H/501Y.V2, lignage B.1.351

- En Afrique du Sud, le gouvernement signalait, le 18 décembre 2020, l'émergence du variant 20H/501Y.V2. Les résultats des séquençages génétiques indiquent sa présence en Afrique du Sud depuis novembre.
- Plusieurs études montrent une transmissibilité plus élevée du variant, mais aucun élément n'indique à ce jour qu'il serait à l'origine de formes plus sévères ou d'un risque accru de décès chez les personnes infectées.
- Une réduction de l'efficacité vaccinale est observée ou attendue pour plusieurs vaccins (Moderna, Pfizer-BioNTech, Oxford/AstraZeneca, Novavax et Johnson&Johnson) mais ces résultats demandent à être confirmés.
- Dans le monde, au 16 février 2021, le variant 20H/501Y.V2 a été rapporté dans **46 pays** selon l'OMS (Figure 48), soit **deux pays de plus** que la semaine précédente. Une transmission communautaire a été rapportée dans au moins 12 pays.

Figure 48. Pays et territoires rapportant des cas confirmés de COVID-19 liés au variant 20H/501Y.V2 (données au 16 février 2021)



Source : OMS

► Variant 20J/501Y.V3, lignage B.1.1.28

- Ce variant aurait émergé courant décembre 2020 à Manaus (Brésil).
- La situation épidémiologique dans les pays où la circulation de ce variant est active et des travaux préliminaires suggèrent une transmissibilité accrue sans que toutefois cette hypothèse ait été démontrée. À ce jour, aucune donnée ne permet de déterminer si ce variant est associé à une létalité plus élevée, mais des études sur le sujet sont en cours.
- De même, l'impact de la vaccination sur ce variant est en cours d'étude. Des études préliminaires de laboratoire suggèrent que l'effet de la vaccination est potentiellement réduit pour ce variant. De plus, il a été observé au Brésil qu'un petit nombre de personnes ayant déjà été infectées par une souche de SARS-CoV-2 autre que variante ont été réinfectées par le variant 20H/501Y.V2.
- Dans le monde, au 16 février 2021, le variant 20J/501Y.V3 a été rapporté dans **six nouveaux pays** selon l'OMS (Figure 49), soit **21 pays au total**. Une transmission communautaire a été rapportée dans au moins deux pays.

Figure 49. Pays et territoires rapportant des cas confirmés de COVID-19 liés au variant 20J/501Y.V3 (données au 16 février 2021)



Source : OMS

L'ECDC et l'OMS rappellent par ailleurs qu'à ce stade de l'évolution de la circulation des nouveaux variants, la comparaison du nombre de cas entre pays n'est pas pertinente puisqu'elle est très dépendante des capacités laboratoires et de la capacité de détection des variants de chaque pays. En effet, les variants peuvent déjà circuler sans que les pays aient été en mesure de les identifier.

Pour en savoir + sur ces variants du SARS-CoV-2 : [Weekly Epidemiological Update](#) de l'OMS du 16 février 2021

Sur les études de transmissibilité et de létalité liée aux variants : [Weekly Epidemiological Update](#) de l'OMS du 09 février 2021

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 06 (du 08 au 14 février 2021), les principaux indicateurs épidémiologiques de suivi de l'épidémie de COVID-19 amorçaient en diminution mais restaient toutefois à un niveau très élevé, témoignant de l'intensité de la circulation du SARS-CoV-2 sur le territoire et de la tension forte et persistante sur le système hospitalier. Avec la progression soutenue des variants plus transmissibles, ceux-ci deviennent prédominants et une aggravation de la situation épidémiologique dans les prochaines semaines fait partie des scénarios à envisager, comme en attestent certains travaux de modélisation¹.

En semaine 06, le **taux d'incidence** était de 190/100 000 habitants, en diminution par rapport à la semaine précédente (208 en S05, soit -9%). Cette diminution, observée dans toutes les classes d'âge, était plus marquée chez les 75 ans et plus (-19%). **En S06, 127 661 nouveaux cas confirmés** ont été enregistrés, soit **18 237 cas confirmés en moyenne chaque jour**.

Le **taux de positivité au niveau national (5,9%)** était légèrement inférieur à celui de la semaine précédente (6,3%, soit -0,4 point). Cette diminution, observée dans toutes les classes d'âge, était plus marquée chez les 75 ans et plus (-1,0 point).

Au niveau national, en semaine 06, le taux de dépistage était de 3 206 pour 100 000 habitants (soit 2 151 620 personnes testées). **Le recours au dépistage était en légère diminution par rapport à la semaine précédente** (3 299/100 000 habitants en S05, soit -3%). **Cette tendance concernait toutes les classes d'âge excepté les moins de 15 ans** (2 119/100 000 habitants, +9%). Les taux de dépistage restaient les plus élevés chez les 15-44 ans (4 053) et les 75 ans et plus (3 274).

En semaine 06, le nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque était en baisse par rapport à la semaine S05. Le nombre de personnes-contacts par cas ainsi que le délai moyen entre l'apparition des symptômes et le prélèvement diagnostique étaient en revanche similaires aux valeurs observées au cours des dernières semaines.

L'âge moyen des cas et des personnes-contacts était en légère diminution. La diminution de l'âge moyen des cas peut être le reflet de la diminution de l'incidence chez les 75 ans et plus, qui était observée depuis S04 (données SIDEP). Cette diminution du nombre de cas de 75 ans et plus pourrait avoir eu comme conséquence une diminution du nombre de personnes-contacts à risque de 75 ans et plus (les contacts étant majoritairement intragénérationnels chez les 65 ans et plus). La diminution de l'âge moyen des personnes-contacts pourrait également s'expliquer par la prise en compte plus large des contacts à risque chez les plus jeunes en milieu scolaire. Cependant, des délais importants de consolidation des données de contacts à risque chez les enfants dans ContactCovid appellent à une prudence d'interprétation.

Le nombre de cas ayant fréquenté une collectivité scolaire (enfants, enseignants et personnels compris) était en diminution (-19%) par rapport à S05, ce qui pourrait traduire un effet du début des vacances scolaires dans les zones concernées.

Un peu plus d'**un quart des nouveaux cas** avait précédemment été **identifié comme contact par le dispositif de contact-tracing**. Cette proportion est en légère augmentation depuis la semaine 02, traduisant une amélioration encourageante de ce dispositif. Dans le contexte de la diffusion de variants plus transmissibles, tous les efforts déjà menés pour identifier et casser les chaînes de transmission doivent être soutenus.

En parallèle, la **diminution de la proportion de personnes-contacts devenues des cas**, observée depuis S53-2020, se poursuit. Cette tendance pourrait signifier que les personnes-contacts se font moins dépister ou/et que les situations de contacts à risque considérées sont moins susceptibles de donner lieu à une transmission. Cependant, cette **proportion de personnes-contacts devenues des cas** était **supérieure** lorsque les cas étaient renseignés comme « **variants** » dans la base ContactCovid (14,4% vs 10,5%). Cela pourrait refléter une plus grande transmissibilité de ces variants, mais aussi un meilleur suivi des personnes-contacts de cas « **variants** » ; par ailleurs, ce résultat doit être relativisé au regard de la complétude encore en progression des informations sur les variants dans la base ContactCovid.

1. Impact of January 2021 social distancing measures on SARS-CoV-2 B.1.1.7 circulation in France. Laura Di Domenico, Giulia Pullano, Chiara E. Sabbatini, Daniel Lévy-Bruhl, Vittoria Colizza. Preprint. medRxiv 2021.02.14.21251708; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.02.14.21251708>

En médecine ambulatoire, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était comparable à celui de la semaine précédente (107/100 000 habitants en S06 vs 95 en S05).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était en baisse de -4% en semaine 06, après quatre semaines de stabilisation. Cette baisse concernait l'ensemble des classes d'âge à l'exception des jeunes enfants (0-4 ans), et était plus importante chez les 45-64 ans et les 15-44 ans.

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), de légères diminutions du nombre de signalements, ainsi que du nombre de cas confirmés, étaient observées en semaine 06. Le nombre de nouveaux **décès de résidents** survenus en établissements restait stable en semaine 05 (données non consolidées en semaine 06).

En semaine 06, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** tous âges était en baisse de -11%, après deux semaines de hausse suivies de deux semaines de stabilisation consécutives. Cette baisse concernait l'ensemble des classes d'âge.

Le taux hebdomadaire d'hospitalisation par date de déclaration était également en diminution (-10%). Une stabilisation du taux des nouvelles admissions en réanimation était observée. **Le nombre de patients COVID-19 hospitalisés en France restait très élevé**, avec **26 239** personnes hospitalisées au 16 février (vs 27 677 le 09 février, -5%), dont **3 348 en réanimation** (vs 3 342 le 09 février).

En France métropolitaine, les **estimations du R-effectif calculées à partir des trois sources étaient significativement inférieures à 1 pour les trois sources de données** : 0,93 pour les données virologiques (tests RT-PCR et tests antigéniques, SI-DEP), 0,86 pour les hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC) et 0,92 pour les données des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®).

Le nombre hebdomadaire de décès, incluant les décès liés à la COVID-19 survenus en milieu hospitalier et dans les établissements sociaux et médico-sociaux (décès survenus à domicile non inclus), **était en légère diminution en semaine 05**, avec 2 869 décès vs 2 949 en S04 (-3%). En semaine 06, 2 504 décès étaient recensés, mais les données n'étant pas consolidées, la tendance ne peut pas être interprétée.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus restait significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre 2020) et jusqu'à la semaine 04 (du 25 au 31 janvier 2021). L'excès de mortalité était de +22% en S03 et +17% en S04. Du fait du délai habituel de transmission des données, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 05 sera précisée la semaine prochaine.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

Les **régions les plus touchées en semaine 06** étaient les régions **Provence-Alpes-Côte d'Azur, Hauts-de-France et Île-de-France**. Ces régions présentaient les **plus forts taux d'incidence** (supérieurs à 200/100 000 habitants), ainsi que les **taux d'hospitalisation** parmi les plus élevés en métropole.

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, pour la troisième semaine consécutive, l'incidence était stable à un niveau élevé (363/100 000 habitants en S06 vs 368 en S05, soit -1%). Les taux d'hospitalisations (28,6/100 000 habitants) et d'admissions en réanimation (4,4/100 000 habitants) étaient les plus élevés de métropole mais tendaient à diminuer. Le taux de décès (hôpital et ESMS) liés à la COVID-19 était également le plus élevé (8,7/100 000 habitants) en S05 (données consolidées, en augmentation par rapport à S04).

Dans les **Hauts-de-France**, le taux d'incidence était à un niveau élevé et continuait d'augmenter (241/100 000 habitants vs 225 en S05, soit +7%). Le taux d'hospitalisation était de 16,2/100 000 habitants (vs 16,6 en S05 soit -3%) et celui des admissions en réanimation de 2,9 (vs 2,8 en S05, soit +3%). Le taux de décès (hôpital et ESMS) était de 4,5/100 000 habitants en S05 (données consolidées, en augmentation par rapport à S04).

En Île-de-France, les indicateurs épidémiologiques se stabilisaient à niveau élevé : le taux d'incidence était de 238/100 000 habitants (vs 240 en S05, soit -1%), le taux d'hospitalisation de 15,7 (vs 17,3 en S05, soit -9%) et celui des admissions en réanimation de 3,3 (vs 3,4 en S05, soit -3%). Le taux de décès (hôpital et ESMS) atteignait 3,0/100 000 en S05 (données consolidées) et était en augmentation à 3,6/100 000 en S06 (données non consolidées).

En **Auvergne-Rhône-Alpes**, le taux d'incidence, en diminution, était inférieur à 200/100 000 habitants (183/100 000 habitants vs 211 en S05, soit -14%). Le taux d'hospitalisation était de 16,1/100 000 habitants (vs 17,7 en S05, soit -9%) et celui des admissions en réanimation de 2,8 (vs 2,5 en S05, soit +9%). Le taux de décès (hôpital et ESMS) était de 4,1/100 000 habitants en S05 (données consolidées), en diminution par rapport à la semaine précédente.

Dans les régions **Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est**, la tendance à la diminution se confirmait en semaine 06 pour l'ensemble des indicateurs épidémiologiques, qui restaient toutefois à des niveaux élevés.

À noter que les évolutions peuvent être hétérogènes d'un département à l'autre et que des analyses plus précises sont présentées dans les [points épidémiologiques régionaux](#).

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

À Mayotte, suite au confinement instauré le 05 février 2021, le taux d'incidence se stabilisait en S06 à un niveau très élevé (856/100 000 habitants en S06 contre 864 en S05) après une forte augmentation de cet indicateur entre les semaines 01 et 05. Le taux de positivité était également très élevé (30%, +4,7 points par rapport à S05), dans un contexte de diminution du taux de dépistage (-16%). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en réanimation étaient en forte augmentation (atteignant en S06 respectivement 72/100 000 habitants, soit +89%, et 12/100 000 habitants, soit +180% représentant +22 admissions). Les estimations du R-effectif étaient significativement supérieures à 1 pour les trois sources de données, indiquant une progression de l'épidémie. Le nombre de décès parmi les patients hospitalisés était en forte augmentation (11 décès en S06 vs 2 en S05).

À la Réunion, une augmentation des indicateurs épidémiologiques était de nouveau observée en S06. Le taux d'incidence était de 72/100 000 habitants (vs 65 en S05 soit +11%). Les nombres de patients hospitalisés et admis en réanimation avaient fortement augmenté, avec respectivement 49 patients (vs 25 en S05 et 13 en S04) et 24 patients (vs 3 en S05 et 1 en S04).

En Guadeloupe une augmentation de l'incidence (48/100 000 habitants en S06, soit +31%) était observée pour la deuxième semaine consécutive. Les indicateurs hospitaliers étaient en diminution.

En Guyane, la tendance à la diminution des indicateurs se poursuit, avec une forte diminution du taux d'incidence (39/100 000 habitants en S06 vs 71 en S05 et 153 en S04). Le taux d'hospitalisation était en baisse.

En Martinique, une diminution de l'incidence ainsi que des indicateurs hospitaliers était observée.

Les évolutions des taux d'hospitalisation sont à interpréter avec prudence, car les variations observées dans les départements et territoires d'outre-mer sont importantes mais concernent des faibles effectifs.

Pour en savoir + les données régionales détaillées sont accessibles sur [GEODES](#) et sont mises en perspective dans les [points épidémiologiques régionaux](#)

► Variants d'intérêt du SARS-CoV-2

Les résultats des enquêtes Flash (publiés dans le [Point épidémiologique du 28 janvier 2021](#) et le [Point épidémiologique du 11 février 2021](#)) **ont montré une augmentation importante de la part des suspicions de variants d'intérêt entre S01 et S04**, en particulier du variant 20I/501Y.V1, parmi les cas diagnostiqués.

Depuis le 25 janvier 2021, l'application SI-DEP intègre les résultats des tests de criblage permettant de suspecter des infections par des variants d'intérêt. Ces tests de criblage, qui doivent être réalisés systématiquement après tout diagnostic d'une infection à SARS-CoV-2, permettent de suspecter la présence d'un variant 20I/501Y.V1 (UK), celle d'un variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) (sans distinction) ou de conclure à l'absence de variant d'intérêt. La complétude de ces données autorise aujourd'hui leur exploitation et les indicateurs issus de cette activité de criblage seront dorénavant basés sur SI-DEP.

Au niveau national en semaine 06, parmi les tests positifs criblés (représentant 45% de l'ensemble des tests de première intention positifs), **36% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 (UK) et 5% de variants 20H/501Y.V2 (ZA) et 20J/501Y.V3 (BR)**. Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec de fortes disparités entre les départements. Quarante départements présentaient une proportion supérieure à 30% de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) parmi les tests positifs criblés, dont 12 présentant une proportion supérieure à 50%. Huit départements présentaient une proportion supérieure à 10% de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) parmi les tests positifs criblés, dont un présentant une proportion de 40%.

► Surveillances spécifiques et populationnelles

Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie restaient les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que celles présentant des comorbidités. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 91% des personnes décédées de la COVID-19 à l'hôpital depuis le 1^{er} mars 2020, et 63% des personnes hospitalisées en réanimation le 16 février 2021.

La surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation lors de la deuxième vague indiquait une proportion élevée d'hommes (71%), de personnes de 65 ans et plus (62%) et de cas présentant une comorbidité (89%), dont les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète. Pour 42% des patients hospitalisés en réanimation pour COVID-19, un recours à la ventilation invasive avait été nécessaire.

Dans le cadre de la surveillance des infections nosocomiales (e-SIN), entre le 1^{er} janvier 2020 et le 14 février 2021, **3 609 signalements de cas de COVID-19 nosocomiaux survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un établissement de santé** ont été enregistrés. Étaient concernés 44 401 cas : 26 839 patients (186 décès liés), 17 552 professionnels et 10 visiteurs. Parmi ces signalements, une grande majorité (n=2 562) correspondait à des cas groupés (au moins trois cas liés). Depuis mi-septembre 2020, quatre régions ont notifié plus de 200 signalements, et six régions entre 100 et 200 signalements. Après une augmentation conséquente du nombre de cas signalés en S01 et S02-2021, une diminution est observée depuis S03 mais les données des semaines les plus récentes restent à consolider du fait des délais de signalement.

► Santé mentale

Les résultats de la dernière enquête CoviPrev (vague 20 réalisée du 18 au 20 janvier 2021) relatifs à la **santé mentale** ont été publiés dans le [Point épidémiologique du 28 janvier 2021](#). La vague d'enquête 21 a été réalisée du 15 au 17 février 2021, les résultats seront publiés dans le prochain point épidémiologique.

En présence de signes de dépression (tristesse, perte d'intérêt, d'énergie) ou d'anxiété (tension, irritabilité), il est important de s'informer et d'en parler afin d'être conseillé sur les aides et les solutions disponibles. Il ne faut pas hésiter à prendre conseil auprès de son médecin ou à appeler le 0 800 130 00 pour demander à être orienté vers une écoute ou un soutien psychologique.

Pour plus d'information sur la santé mentale et les ressources disponibles :

<https://www.psycom.org/>

<https://www.santepubliquefrance.fr/coronavirus/sante-mentale>

► Prévention

Les dernières données concernant l'adoption des **mesures de prévention et les intentions de vaccination**, issues de la vague 20 (18-20 janvier 2021) de l'enquête CoviPrev, ont été publiées dans le [Point épidémiologique du 28 janvier 2021](#). La vague d'enquête 21 a été réalisée du 15 au 17 février 2021, les résultats seront publiés dans le prochain point épidémiologique.

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Selon les données issues de Vaccin Covid, au 16 février 2021, **2 357 946 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 816 990 personnes ont été vaccinées par deux doses**. Il est ainsi estimé que 3,5% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 1,2% a été vaccinée par deux doses.

Les résidents en Ehpad ou en unité de soins de longue durée (USLD) et les professionnels travaillant dans ces structures comptent parmi les personnes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19. Au 16 février 2021, **466 094 résidents avaient reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France. Il est ainsi estimé que **74,4% des résidents d'EHPAD ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin contre la COVID-19**. De plus, **158 101 professionnels travaillant en EHPAD ou USLD avaient reçu au moins une dose de vaccin, soit 33,8%** d'entre eux.

Les résultats de l'enquête GERES CAPP-VaCov, qui a recueilli entre le 18 décembre 2020 et le 1^{er} février 2021 les intentions de vaccination contre la COVID-19 chez les professionnels de santé en France, montrent **une amélioration nette de leur intention de se faire vacciner** contre la COVID-19, quels que soient la catégorie professionnelle et le mode d'exercice. Les intentions de vaccination des personnels des établissements sociaux et médico-sociaux, incluant les EHPAD, restent cependant les plus faibles.

Les données issues de Vaccin Covid sont disponibles en open data sur la plateforme [Geodes](#) ainsi que sur data.gouv.fr et sont mises à jour quotidiennement.

Pour en savoir + sur la vaccination : [Vaccination Info Service](#)

SOURCES DES DONNÉES

Le suivi de l'épidémie de COVID-19 en population est effectué à partir de plusieurs sources qui permettent 1- de suivre l'évolution de l'épidémie en France au moyen d'indicateurs issus des données de médecine de ville et d'établissements hospitaliers ou sociaux et médico-sociaux (recours aux soins, admissions en réanimation, surveillance virologique, décès ...); les objectifs de ces surveillances sont de suivre la dynamique de l'épidémie et d'en mesurer l'impact en termes de morbidité et de mortalité; 2- de mesurer, au moyen d'enquêtes répétées en population générale et dans certaines populations spécifiques, l'évolution les comportements en matière de prévention individuelle, l'impact de l'épidémie sur la santé mentale et les intentions de recours à la vaccination.

Ci-après une description succincte de chacune de ces sources de données.

Réseau Sentinelles : nombre d'infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale et en pédiatrie. Surveillance clinique complétée par une surveillance virologique (France métropolitaine, depuis mars 2020).

OSCOUR® et SOS Médecins : nombre de recours aux services d'urgences et aux associations SOS Médecins pour une suspicion d'infection à COVID-19 (codée de manière spécifique) (depuis le 24 février 2020).

SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) : nombre de patients hospitalisés pour COVID-19, admis en réanimation, en soins intensifs ou en unités de surveillance continue, ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation rapportés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars 2020).

SI-DEP (Système d'information de dépistage) : plateforme sécurisée avec enregistrement systématique des résultats des laboratoires de tests pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le SARS-CoV-2 (depuis le 13 mai 2020).

ContactCovid : système d'information géré par l'Assurance maladie, incluant les données de suivi des contacts autour des cas de COVID-19 (depuis le 13 mai 2020).

Établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) : nombre de cas probables et confirmés de COVID-19 signalés, via le portail des signalements du ministère de la Santé, chez les résidents et le personnel, ainsi que le nombre de décès (depuis le 28 mars 2020).

Taux de reproduction effectif « R-eff » : 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).

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 (depuis le 22 avril 2020, avec données rétrospectives depuis le 1^{er} mars).

Signalements e-SIN : signalements d'infections associées aux soins liées au SARS-CoV-2, saisis par les établissements de santé dans l'application sécurisée d'enregistrement e-SIN (depuis le 3 mars 2020).

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 (depuis le 16 mars 2020).

Signalement des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) : signalement par les pédiatres hospitaliers des cas de PIMS possiblement en lien avec la COVID-19 (depuis le 30 avril 2020).

Enquête CoviPrev : [enquêtes Internet](#) par vagues répétées auprès d'échantillons en population générale de personnes âgées de 18 ans et plus. Elles permettent de mesurer et de suivre les tendances évolutives de l'adoption des mesures de prévention et protection individuelle vis-à-vis de la COVID-19, d'indicateurs de la santé mentale (niveau d'anxiété et de dépression, niveau de satisfaction de vie actuelle) et de l'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 (France métropolitaine, depuis mars 2020).

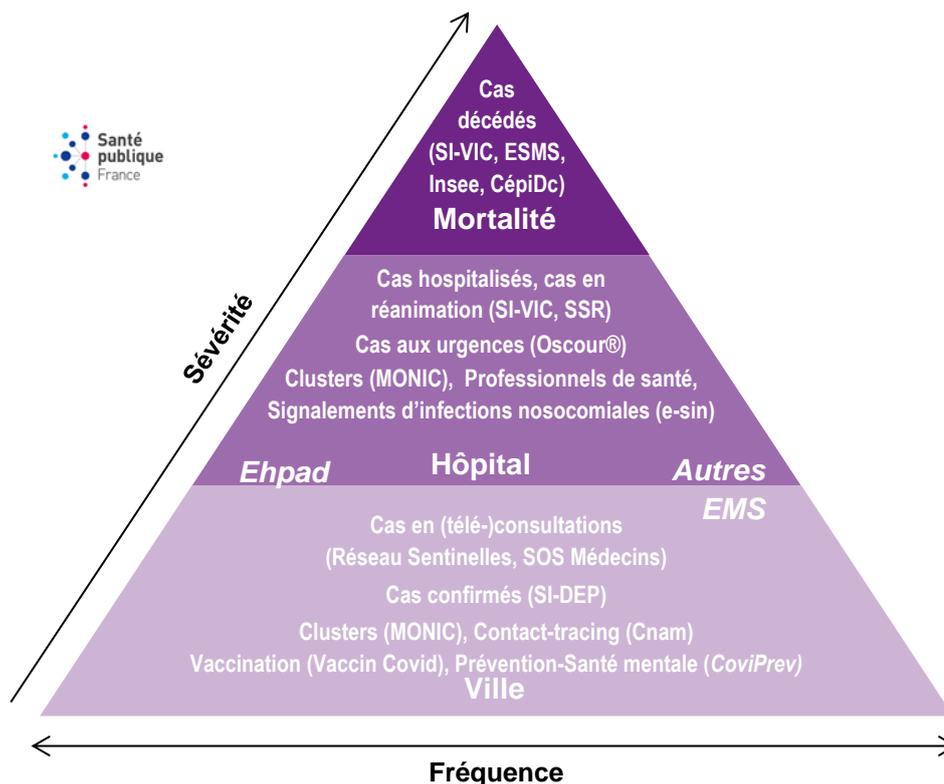
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

Enquête Professionnels de santé, prévention et COVID-19 : enquête répétée auprès de 1 509 professionnels de santé libéraux représentatifs pour mesurer et suivre les tendances évolutives de leurs opinions / attitudes à l'égard de la vaccination contre la COVID-19 (France métropolitaine, depuis le 13 octobre 2020).

Mortalité toutes causes (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.

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



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

Pour en savoir + sur les méthodes du système de surveillance : consulter la page [Santé publique France](#)

Pour en savoir + sur nos partenaires et les sources de données : consulter les pages de [SurSaUD®](#) | [OSCOUR®](#) | [SOS Médecins](#) | [Réseau Sentinelles](#) | [SI-VIC](#) | [CépiDc](#) | [Assurance Maladie](#)

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



Respecter une distance d'au moins deux mètres avec les autres



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



Portez un masque chirurgical ou en tissu de catégorie 1 quand la distance de deux mètres ne peut pas être respectée



Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)



Aérer les pièces le plus souvent possible, au minimum quelques minutes toutes les heures



Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

Pour en savoir + sur l'épidémie de COVID-19

- En France : [Santé publique France](#) et [Ministère des Solidarités et de la Santé](#)
- À l'international : [OMS](#) et [ECDC](#)
- Retrouvez sur notre site [tous les outils de prévention](#) destinés aux professionnels de santé et au grand public.
- [Vaccination Info Service](#)

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Fanny Chereau, Christine Campèse, Nicolas Méthy, Sandrine Hagège, Bruno Coignard.

Systèmes de surveillance : Jonathan Bastard, Anne Berger-Carbonne, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Mathias Bruyand, Céline Caserio-Schönemann, Édouard Chatignoux, Perrine de Crouy-Chanel, Kostas Danis, Julien Durand, Myriam Fayad, Laure Fonteneau, Cécile Forgeot, Camille Fortas, Anne Fouillet, Katia Hamdad, Eline Hassan, Yu Jin Jung, Yann Le Strat, Audrey Léon, Daniel Levy-Bruhl, Étienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Michael Padget, Camille Pelat, Alessandro Pini, Élisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Isabelle Pujol, Alexandra Septfons, Sophan Soing-Altrach, Cécile Sommen, Benjamin Taisne, Pierre-Étienne Toulemonde, Sophie Vaux, Florian Verrier

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

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

Date de publication

18 février 2021

Variants d'intérêt : analyse des résultats des tests de criblage saisis dans SI-DEP mise à jour le 19 février 2021

De nombreux variants du SARS-Cov-2 circulent aujourd'hui sur le territoire, dont certains sont qualifiés de « variants d'intérêt » car leur impact (en termes de transmissibilité, de virulence ou d'échappement immunitaire potentiel) justifie la mise en place d'une surveillance et de mesures de gestion spécifiques au niveau national, dans l'objectif de contenir leur progression.

Afin de faciliter ce suivi, l'application SI-DEP a évolué depuis le 25 janvier 2021 et intègre dorénavant les résultats des tests RT-PCR de criblage, qui disposent d'amorces spécifiques permettant la détection des principales mutations qui caractérisent les variants. Ces tests de criblage sont utilisés en seconde intention, après l'utilisation d'un test RT-PCR classique de première intention pour le diagnostic d'une infection à SARS-CoV-2.

L'analyse des premiers résultats permet de suspecter la présence d'un variant 20I/501Y.V1 (Royaume-Uni), celle d'un variant 20H/501Y.V2 (Afrique du Sud) ou 20J/501Y.V3 (Brésil) (sans distinction) ou de conclure à l'absence de variant d'intérêt.

- **Au niveau national**, en semaine 06, sur les 148 880 tests de première intention positifs (test RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans SI-DEP, 47% étaient associés à un test de criblage lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 70 498 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **37%** (26 063) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1** (UK) et **5%** (3 503) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2** (ZA) ou **20J/501Y.V3** (BR).

- La proportion de tests positifs criblés variait peu selon la classe d'âge : de 44,8% chez les 20-29 ans à 50,6% chez les 0-9 ans (Tableau 1).

- La plus forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) était observée chez les 0-9 ans (45,1%) puis chez les 30-39 ans (41,6%). Cette proportion diminuait ensuite avec l'âge pour atteindre 20,6% chez les 90 ans et plus.

- La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) était plus élevée chez les 20-29 ans (5,9%) et les 60-69 ans (5,7%). Cette proportion était plus faible chez les personnes âgées de 70 ans et plus (entre 3,3% et 3,4%).

Tableau 1. Proportion de suspicion de variant d'intérêt parmi les tests de criblage positives 20I/501Y.V1 (UK), 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) en fonction des classes d'âges (données au 18 février 2021)

Âge	Nb de tests (RT-PCR et TAG)	Nb de tests positifs (RT-PCR et TAG)	PCR de criblage (N)	PCR de criblage (%)	20I/501Y.V1 (N)	20I/501Y.V1 (%)	20J/501Y.V2 ou 20H/501Y.V3 (N)	20J/501Y.V2 ou 20H/501Y.V3 (%)
0-9	112 779	6 329	3 205	50,6	1 447	45,1	157	4,9
10-19	317 896	19 187	9 378	48,9	3 832	40,9	506	5,4
20-29	327 987	21 795	9 769	44,8	3 742	38,3	579	5,9
30-39	353 768	22 379	10 229	45,7	4 255	41,6	517	5,1
40-49	326 423	22 131	10 523	47,5	4 187	39,8	531	5,0
50-59	286 686	20 008	9 720	48,6	3 633	37,4	452	4,7
60-69	215 963	14 697	7 243	49,3	2 420	33,4	412	5,7
70-79	146 395	9 532	4 378	45,9	1 205	27,5	144	3,3
80-89	108 622	8 172	3 816	46,7	878	23,0	131	3,4
90 et plus	62 814	4 623	2 219	48,0	458	20,6	74	3,3
Inconnu	236	27	18	66,7	6	33,3	0	0
Tous	2 259 569	148 880	70 498	47,4	26 063	37,0	3 503	5,0

Pour chaque classe d'âge de 10 ans, les indicateurs suivants sont présentés, dans l'ordre : nombre total de tests (RT-PCR + tests antigéniques), Nombre de tests positifs ; nombre de PCR de criblage ; % de PCR de criblage rapportée au total des tests positifs ; nombre de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) ; % de suspicions de variant 20I/501Y.V1(UK) ; nombre de suspicions de variants 20J/501Y.V2 (ZA) ou 20H/501Y.V3 (BR) ; % de de suspicions de variants 20J/501Y.V2 (ZA) ou 20H/501Y.V3 (BR).

- Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Sur les 94 départements pour lesquels les données étaient interprétables, 40 départements présentaient une proportion supérieure à 30% de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK), dont 12 départements avec une proportion supérieure à 50%. Cette proportion était comprise entre 10% et 30% pour 45 départements et inférieure à 10% pour 9 départements.

- Dix départements présentaient une proportion supérieure à 10% de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR), dont un département – la Moselle – où cette proportion était de 40% (Figures 10 et 11)

Figure 10. Proportion de suspicion de variant d'intérêt 20I/501Y.V1 (UK) parmi les tests de criblage positifs, par département, France (données au 18 février 2021)

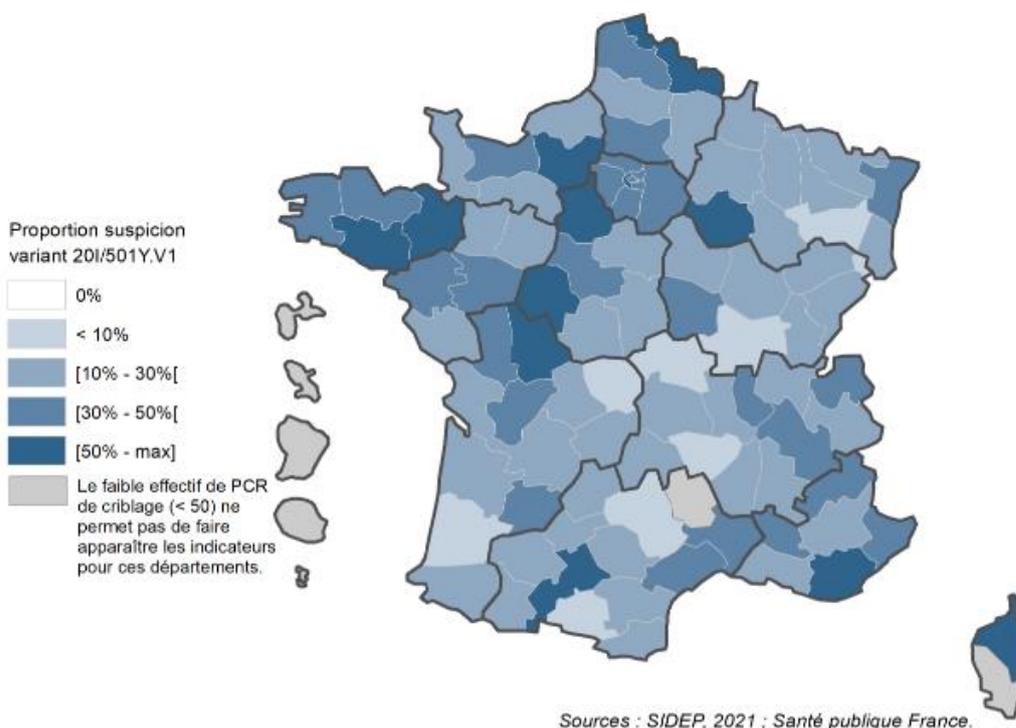


Figure 11. Proportion de suspicion de variant d'intérêt 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) parmi les tests de criblage positifs, par département, France (données au 18 février 2021)

