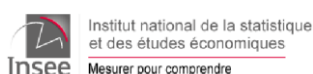


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 : médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Cnam, Inserm, Insee.



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 11 mars 2021

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 10 mars 2021.**

► Points clés

En semaine 09, stabilisation du nombre de nouveaux cas à un niveau élevé. Situation toujours préoccupante du fait de l'augmentation des admissions en réanimation dans le contexte de la diffusion des variants plus transmissibles

- Stabilisation du nombre de nouveaux cas, après deux semaines d'augmentation
- Augmentation du nombre de patients en réanimation
- Poursuite de l'amélioration de l'ensemble des indicateurs chez les personnes de 75 ans et plus, en cohérence avec l'augmentation de la couverture vaccinale
- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée
- Métropole : régions les plus touchées, Île-de-France, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Outre-mer : diminution des indicateurs à Mayotte

Variants

- Suspensions de variants d'intérêt par RT-PCR de criblage :
 - augmentation de la proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 : 66%
 - diminution de la proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 : 5%

Prévention

- Vaccination :
 - accélération de la vaccination depuis début mars
 - au 09 mars : 4 164 418 personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin, couverture vaccinale de 6% pour la première dose
- Importance de l'adoption systématique 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
- Nécessité de continuer à identifier et contrôler les chaînes de transmission

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 09 (du 1^{er} au 07 mars 2021)

	S09	S08*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	147 699	150 037	-2%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	7,3%	7,3%	0 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 568	2 536	+1%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	7 653	7 554	+1%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	9 321	9 613	-3%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	2 034	1 871	+9%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres ESMS)	1 959	2 098	Non consolidée

* Données consolidées

Du 1^{er} mars 2020 au 09 mars 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	89 327
---	--------

► Point de situation en semaine 09 (du 1^{er} au 07 mars 2021)

En semaine 09 (du 1^{er} au 07 mars 2021), malgré une stabilisation du nombre de cas confirmés, les indicateurs restaient à un niveau très élevé, témoignant de l'intensité de la circulation du SARS-CoV-2 sur l'ensemble du territoire, avec de fortes disparités locales. Avec l'augmentation lente et constante des admissions en réanimation, la tension sur le système hospitalier continue de s'accroître durablement et devient critique dans certaines régions. On observe une modification des indicateurs épidémiologiques selon l'âge, avec notamment un rajeunissement de l'âge des patients hospitalisés. Cette tendance reflète l'augmentation des infections à SARS-COV-2 dans les groupes d'âge entre 15 et 75 ans. Ce rajeunissement reflète aussi l'amélioration notable des indicateurs épidémiologiques chez les 75 ans et plus, qui traduit l'effet protecteur du niveau de couverture vaccinale atteint dans cette population. Les variants plus transmissibles sont devenus majoritaires, dans un contexte de suspicion d'augmentation de la sévérité des infections dues à ces variants. L'adhésion aux mesures de prévention individuelles et collectives et l'accélération de la vaccination dans les prochaines semaines restent des enjeux majeurs pour contrer ces évolutions. Des mesures supplémentaires de réduction des contacts peuvent être nécessaires dans les zones où le niveau de pression sur le système de soins progresse le plus.

Au niveau national, en S09, 147 699 nouveaux cas confirmés ont été enregistrés, soit 21 099 cas confirmés en moyenne chaque jour. Les taux d'incidence (220/100 000 habitants), de positivité (7,3%) et de dépistage (3 031/100 000 habitants) étaient stables par rapport à la semaine précédente. L'analyse des résultats des tests de criblage des variants d'intérêt disponibles collectés via SI-DEP montrait toujours une augmentation de la proportion de suspicions du variant 20I/501Y.V1 (UK) qui représentent 65,8% des tests criblés en S09. La proportion de suspicions de variants 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) diminuait à 4,9% en S09. Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Les données de séquençage confirment ces résultats de criblage et soulignent que le variant 20I/501Y.V1 (UK) reste actuellement prépondérant parmi les variants d'intérêt identifiés.

En semaine 09, plus d'un quart des nouveaux cas avaient précédemment été identifiés comme contacts par le dispositif de contact-tracing. Cette proportion est à son plus haut niveau depuis le début de ContactCovid, traduisant une amélioration de ce dispositif primordial pour identifier et interrompre les chaînes de transmission. En effet, pour ces cas précédemment identifiés comme contact, le nombre de personnes-contacts à risque était moindre.

Une tendance à l'augmentation du nombre d'admissions en réanimation est observée depuis plusieurs semaines et se traduit par une augmentation lente mais constante du nombre de personnes en cours d'hospitalisation en réanimation : au 09 mars 2021, 3 928 patients étaient hospitalisés en réanimation.

Les personnes les plus fragiles face à cette épidémie restaient celles âgées de 65 ans et plus, ainsi que celles présentant des comorbidités. Les taux d'incidence, d'hospitalisations et d'admissions en réanimation ont nettement diminué chez les personnes de 75 ans et plus, traduisant l'impact du niveau de couverture vaccinale atteint dans ce groupe d'âge. En parallèle, les nombres et taux d'admissions en réanimation ont augmenté chez les 15-74 ans. Cette évolution est observée dans un contexte d'augmentation de l'incidence dans ces classes d'âge, mais pourrait également refléter une augmentation de la sévérité des infections par les variants d'intérêts. Cette dernière hypothèse fait l'objet d'analyses complémentaires.

Le maintien de l'adoption systématique des mesures barrières est indispensable dans le contexte actuel. 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.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DU SARS-CoV-2	14
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	19
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	24
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	27
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	28
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	30
SURVEILLANCE DES CAS DE COVID-19 CHEZ LES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	40
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	42
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	48
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE	55
SITUATION INTERNATIONALE.....	56
VARIANTS D'INTÉRÊT DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL	59
SYNTHÈSE	61
SOURCES DES DONNÉES	67

Les dernières données concernant la [Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques](#) sont consultables dans [le PE du 25 février 2021](#)

Leur actualisation est prévue à un rythme mensuel, cette périodicité pouvant être adaptée en fonction de l'évolution des situations.

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

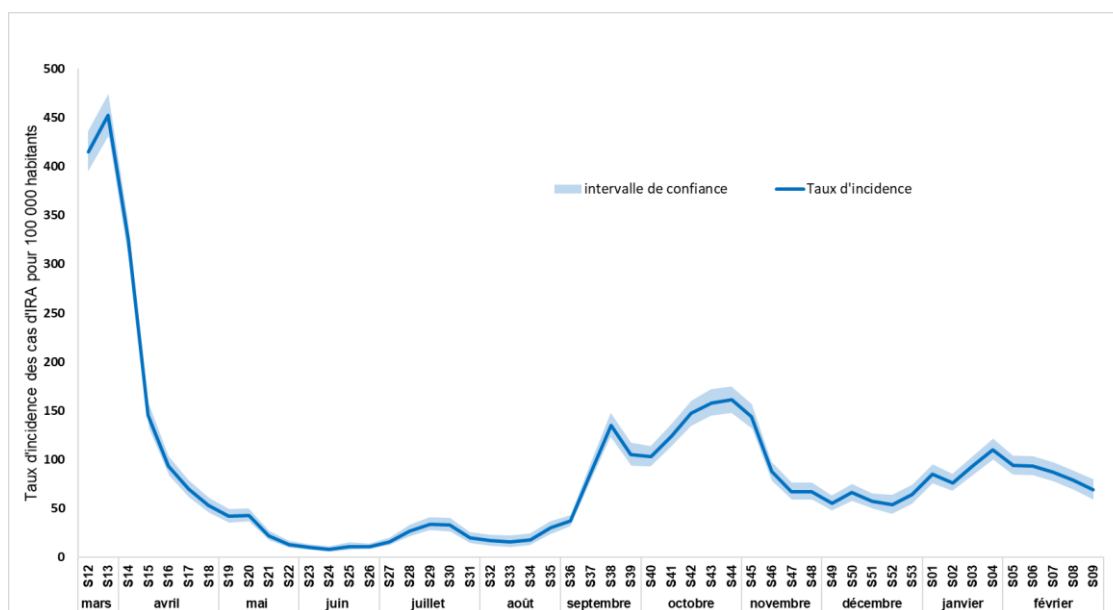
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le Réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes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

• En semaine 09 (du 1^{er} au 07 mars 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 69/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [58-80]) en France métropolitaine, en légère diminution par rapport à la semaine 07 : 79/100 000 habitants (IC95% : [69-89]) (Figure 1).

• Sur les 21 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, aucun ne s'est avéré positif pour le SARS-CoV-2, 5 étaient positifs pour un rhinovirus, 3 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 882 prélèvements nasopharyngés effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés, 285 (32%) étaient positifs pour un rhinovirus, 130 (15%) pour le SARS-CoV-2, 30 (3%) pour un métapneumovirus et 21 (2%) 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'infection respiratoire aiguë (IRA) vus en médecine générale, par semaine, depuis la semaine 12-2020 (du 16 au 22 mars), France métropolitaine



Semaine 09 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

• Depuis le 03 mars 2020, **187 982 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 1^{er} mars 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

• **En semaine 09** (du 1^{er} au 07 mars 2021), **2 568 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur la période. Ce nombre est **stable** par rapport à la semaine précédente (2 536 actes en S08 soit +1%).

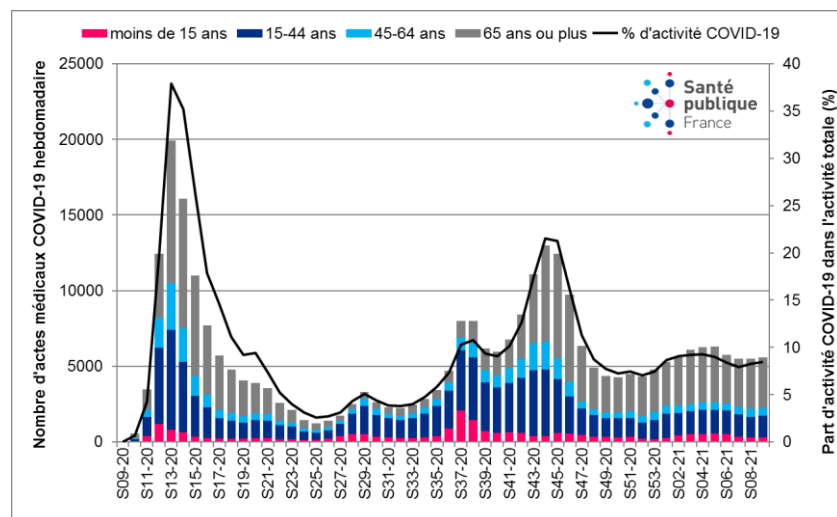
• L'analyse par classe d'âge montre une légère hausse chez les enfants de 5-14 ans (+9,5% soit +19 actes), les 15-44 ans (+5,7% soit +69 actes) et les 65-74 ans (+5,0% soit +12 actes). Les autres classes d'âge étaient stables ou en baisse. La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge** restait comparable à la semaine précédente : 0-4 ans (3%), 5-14 ans (9%), 15-44 ans (55%), 45-64 ans (20%), 65-74 ans (6%) et 75 ans et plus (6%).

• Au niveau régional, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était en hausse en Hauts-de-France (+17% soit +54 actes), Nouvelle-Aquitaine (+23% soit +45 actes), Auvergne-Rhône-Alpes (+13% soit +39 actes), Corse (+16 actes) et Bourgogne-Franche-Comté (+4,5% soit +3 actes), et stable ou en baisse dans les autres régions.

• La majorité des actes a été enregistrée en Île-de-France (18%), Hauts-de-France (14%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (13%) et Auvergne-Rhône-Alpes (13%).

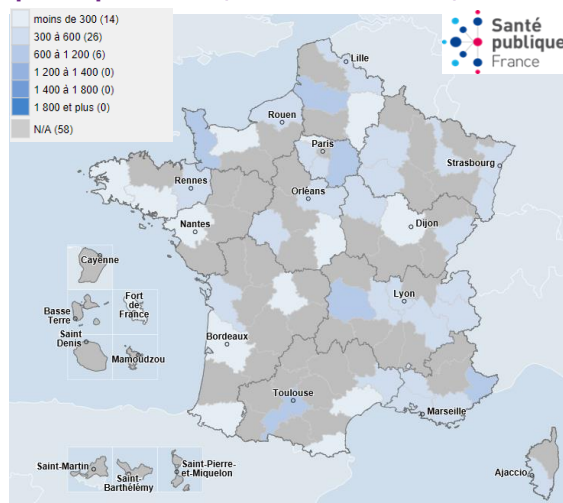
• La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était **stable** à 3,9% (Figure 2).

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 09-2021, 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).

La surveillance repose sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage) qui 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 par amplification moléculaire RT-PCR (avec lesquels sont comptés les tests RT-LAMP) et les tests antigéniques réalisés en laboratoire (TDR) ou hors laboratoire (TROD).

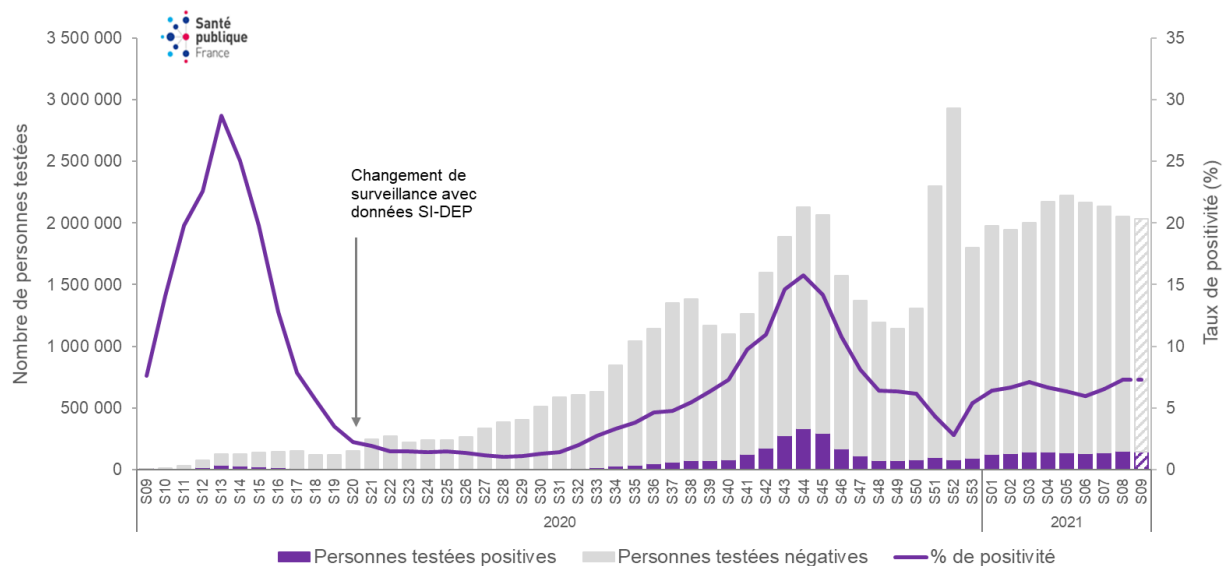
Cas confirmé de COVID-19 : personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir définition de cas).

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

- En semaine 09, 2 034 098 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 2 052 195 en S08, soit -0,8%). Un total de **147 699 nouveaux cas confirmés** a été rapporté, nombre **en légère diminution** par rapport à la semaine 08 où 150 037 nouveaux cas avaient été signalés, soit -2% (Figures 4 et 5).

- Au 10 mars 2021, un total de **3 963 165 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

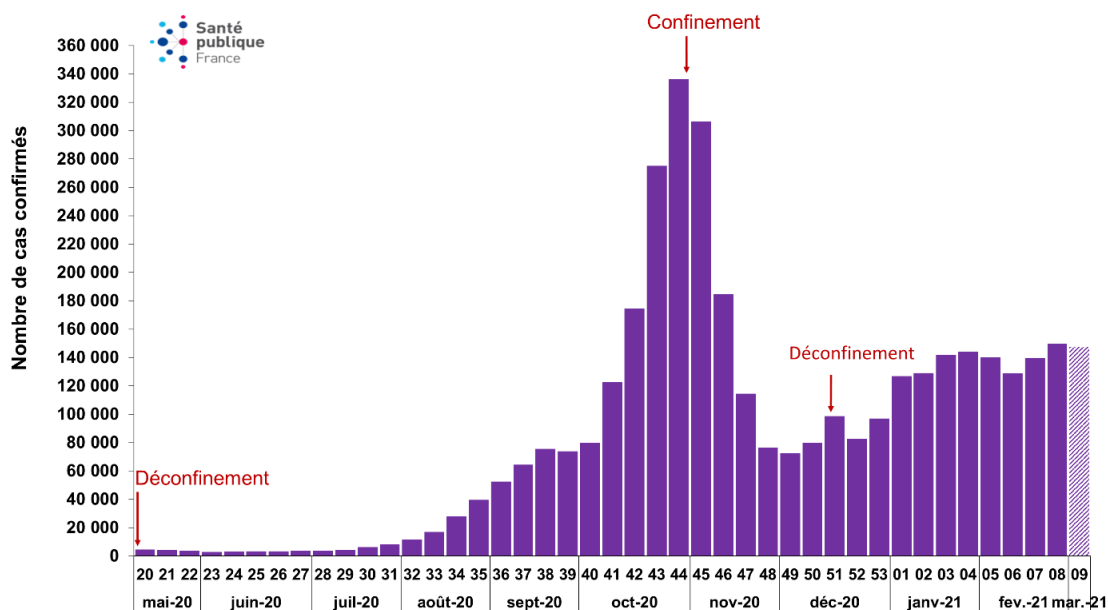
Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 10 mars 2021)



Semaine 09 : données non consolidées

Sources S09-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 : SI-DEP

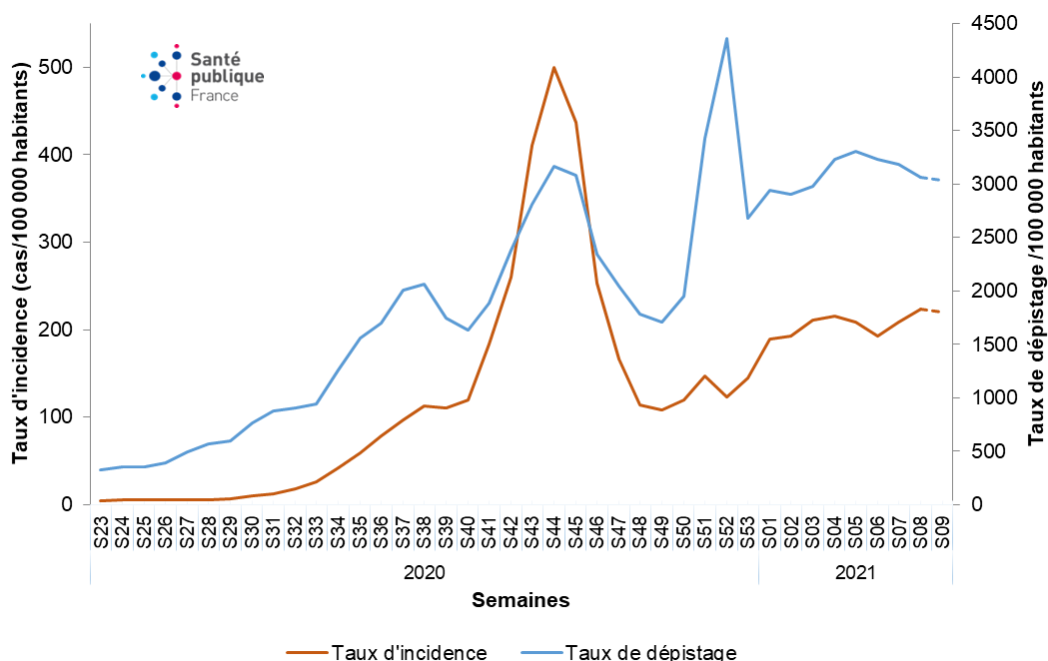
Figure 5. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 07 mars 2021, France (données au 10 mars 2021)



Semaine 09 : données non consolidées

- En S09, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **7,3%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), **stable** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (7,3% en S08) (Figure 4).
- Le **taux national d'incidence des cas confirmés** (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **220/100 000 habitants** en S09, **stable** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (223 cas/100 000 habitants en S08, -2%) (Figure 6).
- Le **taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **3 031/100 000 habitants**, **stable** par rapport à celui de S08 (3 058/100 000 habitants, -1%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 10 mars 2021)



Semaine 09 : données non consolidées / Source SI-DEP

- **La proportion du nombre de tests effectués en S09** et intégrés dans la base SI-DEP le jour même ou le lendemain du prélèvement était de **94%**, stable par rapport à la semaine précédente (94% en S08).

Analyse par classe d'âge

- **En semaine 09**, au niveau national, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 131 chez les 0-14 ans, 297 chez les 15-44 ans, 225 chez les 45-64 ans, 161 chez les 65-74 ans et 152 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).

- Le **taux d'incidence** était en **diminution par rapport à S08 dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 0-14 ans pour lesquels ce taux était en augmentation (+8%) et chez les 15-44 ans où ce taux était stable**. La diminution la plus importante était observée chez les 75 ans et plus (-14%) suivis par les 65-74 ans et les 45-64 ans (-4%) (Figure 7a).

- Comparativement à S08, le **taux de dépistage** était en **diminution chez les 75 ans et plus (-4%)**, suivis par les 15-44 ans et les 45-64 ans (-2%). Il était en augmentation chez les 0-14 ans (+9%) et les 65-74 ans (+2%).

- Le **taux de positivité** des personnes testées était en **diminution par rapport à S08 dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 15-44 ans pour lesquels ce taux était en légère augmentation (+0,2 point) et chez les 0-14 ans où ce taux était stable (0 point)**. La diminution la plus importante était chez les 75 ans et plus (-0,6 point), suivis par les 65-74 ans (-0,4 point) et les 45-64 ans (-0,2 point) (Figure 7c).

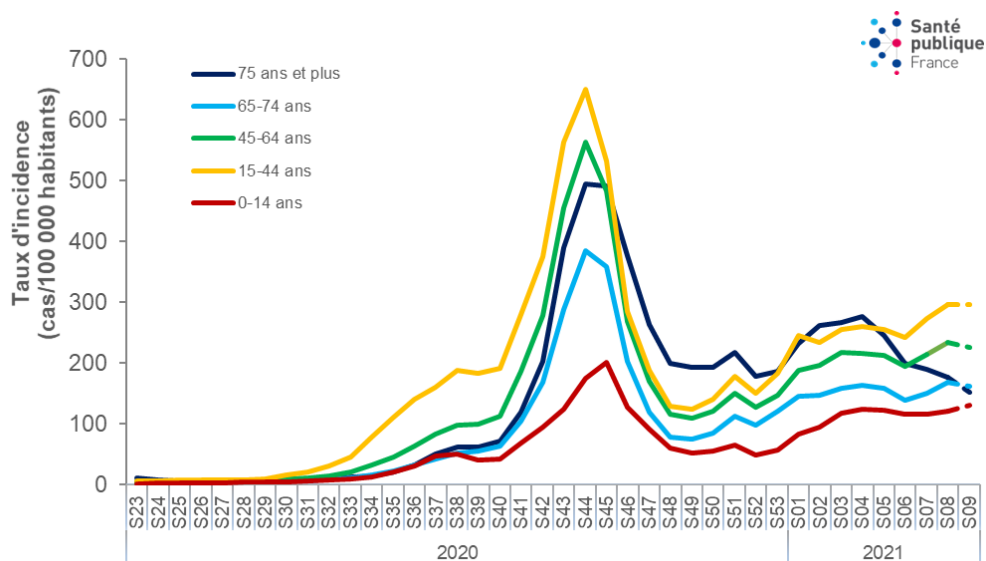
Dépistage selon la présence de symptômes

- En semaine 09, **parmi les personnes testées**, l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 87% (soit n=1 778 242). Parmi celles-ci, 21% se déclaraient symptomatiques (stable par rapport à S08, 21%). Le taux de positivité était de 19,1% chez les symptomatiques (en légère augmentation par rapport à S08, 18,6%) et de 4,4% chez les asymptomatiques (4,5% en S08).

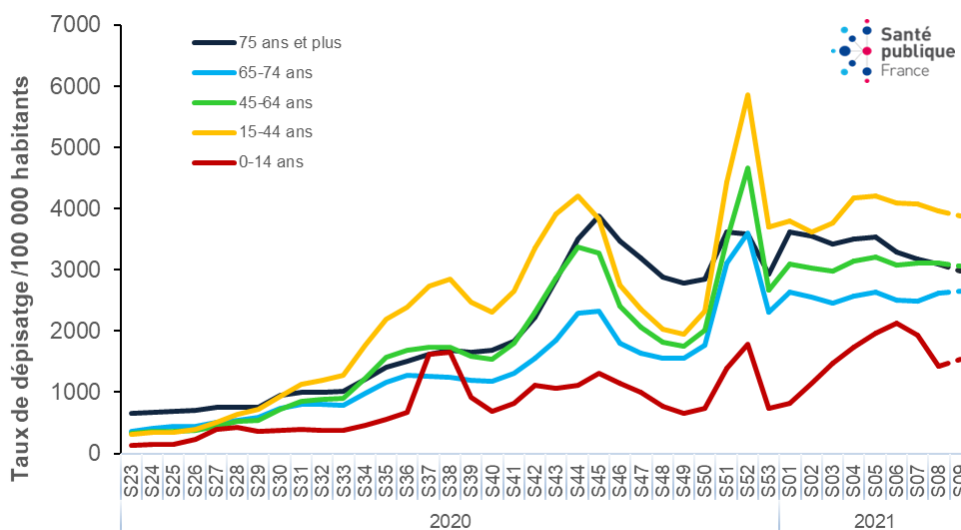
- **Parmi les cas**, 54% étaient symptomatiques, proportion stable par rapport à la S08 (53%). Le nombre de cas était stable chez les symptomatiques (71 208 vs 71 291 en S08) et chez les asymptomatiques (61 413 vs 62 799 en S08, soit -2%).

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 10 mars 2021)

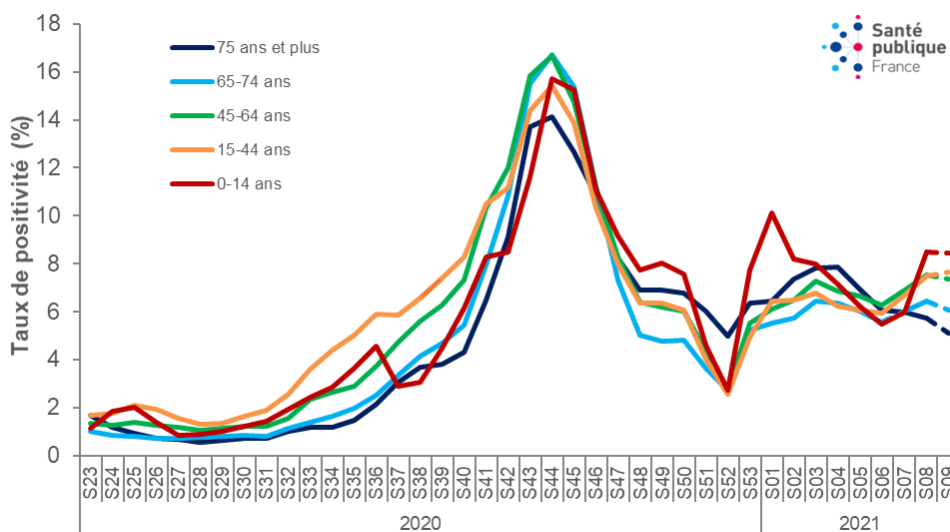
7a



7b



7c



Semaine 09 : 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**, 144 953 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 09, en baisse par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S08 avec 146 688 nouveaux cas, soit -1%). Le **taux de positivité** était stable à 7,3%. Le **taux d'incidence** des cas confirmés **était également stable** avec **223 cas/100 000 habitants** (vs 226 en S08 soit -1%). Le **taux de dépistage** s'élevait à **3 054/100 000 habitants**, comparable à celui de la semaine précédente (3 080 en S08).

- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés était, en semaine 09, **au-dessus du seuil de 100/100 000 habitants dans 81 départements métropolitains** (82 en S08), et au-dessus du seuil de 250/100 000 habitants dans 17 départements (20 en S08). Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements des Alpes-Maritimes (487), la Seine-Saint-Denis (442), le Val-de-Marne (411), le Pas-de-Calais (407), le Val-d'Oise (377), la Seine-et-Marne (366), Paris (339) et le Nord (324) (Figure 8a).

- Le taux de positivité était supérieur ou égal à 10% dans dix départements en S09 (sept en S08). Les taux les plus élevés étaient rapportés dans les départements de la Seine-Saint-Denis (13,3%), le Val-d'Oise (12,0%), le Val-de-Marne (11,3%), la Seine-et-Marne (11,1%), l'Essonne et le Pas-de-Calais (10,6%), l'Oise (10,5) et l'Aisne (10,1%) (Figure 8b).

- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage (/100 000 habitants)** en S08 étaient Paris (5 237), la Moselle (4 917), les Alpes-Maritimes (4 832), la Haute-Corse (4 695), les Bouches-du-Rhône (4 289), la Corse-du-Sud (4 147)) et les Hauts-de-Seine (3 880) (Figure 8c).

En Outre-mer

- **À Mayotte**, les indicateurs sont en **forte diminution** en S09, avec un taux d'incidence de 229/100 000 habitants, (496 en S08), et un taux de positivité de 12,8% (vs 18,9% en S08).

- **À La Réunion**, les indicateurs étaient **en hausse** en S09 avec un taux d'incidence de 123/100 000 habitants (106 en S08), et un taux de positivité de 4,5% (vs 3,9% en S08).

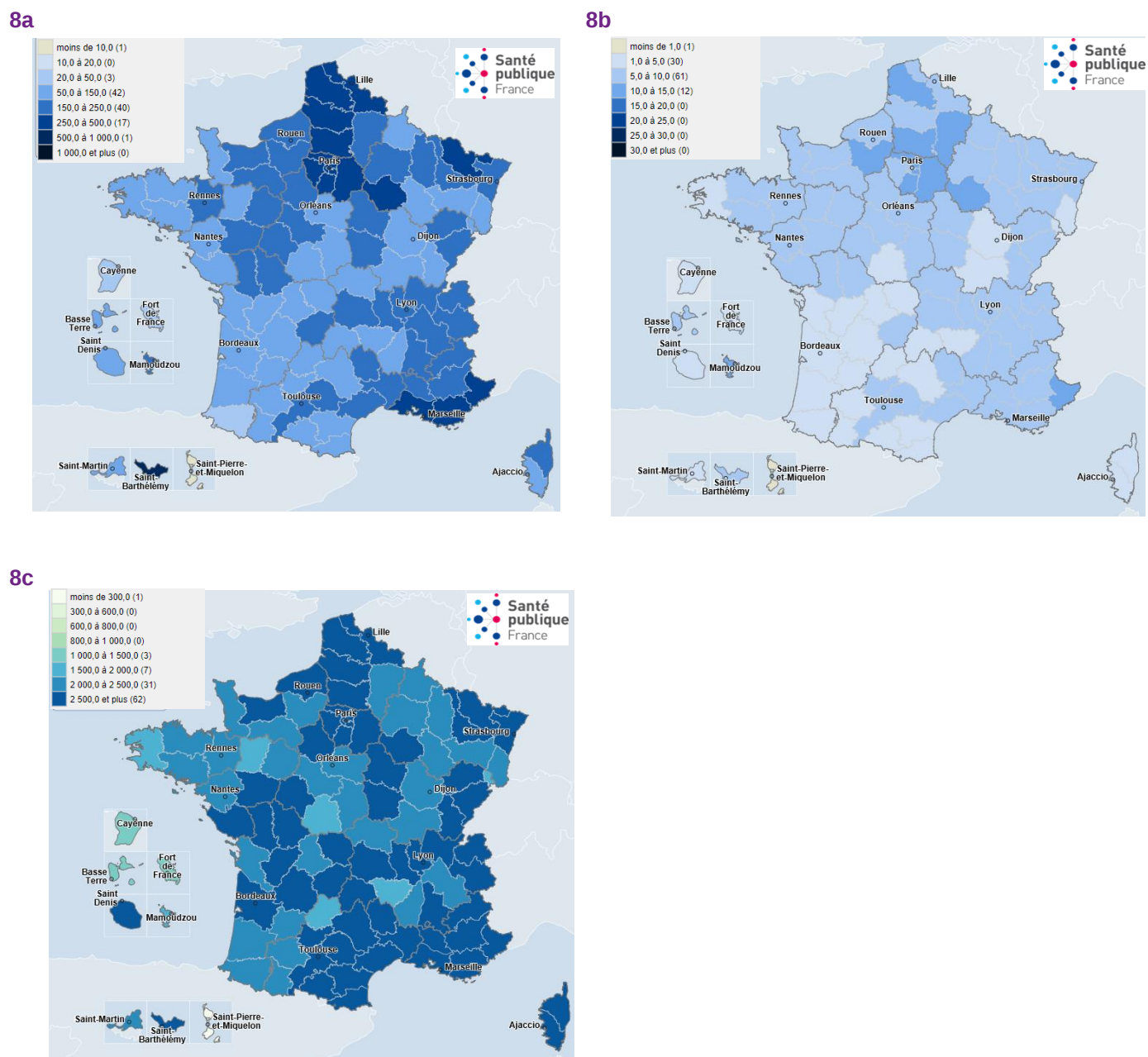
- **En Guadeloupe**, le taux d'incidence était de 111/100 000 habitants, stable par rapport à la semaine précédente (109 en S08) et le taux de positivité était en diminution (8,5% en S09 vs 9,1 en S08).

- **En Martinique**, les indicateurs étaient **stables**, avec un taux d'incidence de 35/100 000 habitants (35 en S08) et un taux de positivité de 3,2% (3,2% en S08).

- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient en **légère hausse**, avec un taux d'incidence de 79/100 000 habitants (74 en S08) et un taux de positivité de 3,9% (3,2% en S08).

- **En Guyane**, les indicateurs étaient **en baisse**, avec un taux d'incidence de 23/100 000 habitants (30 en S08) et un taux de positivité de 2,1% (2,5% en S08).

Figure 8. Taux d'incidence (/100 000 habitants) (8a), de positivité (8b) et de dépistage (nombre de tests/100 000 habitants) (8c) pour le SARS-CoV-2 du 1^{er} au 07 mars 2021, par département, France (données au 10 mars 2021)



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), 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 09, sur les 172 432 tests de première intention positifs (tests RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, **56,4% étaient associés à un test de criblage** lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 97 296 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **65,8%** (64 049) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1 (UK)** (contre 59,5% en S08) et **4,9%** (4 792) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 (ZA)** ou **20J/501Y.V3 (BR)** (contre 6,3% en S08).

- La proportion de tests positifs criblés variait peu selon la classe d'âge : de 52,8% chez les 80-89 ans à 60,8% chez les 0-9 ans (Tableau 1).

- La plus forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) était observée chez les 40-49 ans (68,1%) et les 10-19 ans (67,8%). Cette proportion diminuait en fonction de l'âge pour atteindre 51% 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 30-39 ans (5,5%), les 60-69 ans (5,3%) et les 50-59 ans (5,1%). Elle était plus basse chez les personnes âgées de 70 ans et plus (4%).

Tableau 1. Proportion de suspicions de variant d'intérêt parmi les tests de criblage positifs 20I/501Y.V1 (UK), 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR), en fonction des classes d'âge, France (données au 10 mars 2021)

Âge (ans)	Nb de tests (RT-PCR et TAG)	Nb de tests positifs (RT-PCR et TAG)	PCR de criblage		20I/501Y.V1		20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3	
			N	%	N	%	N	%
0-9	91 106	7 473	4 544	60,8	3 051	67,1	202	4,4
10-19	251 404	23 232	13 580	58,5	9 212	67,8	666	4,9
20-29	352 109	27 895	15 334	55,0	10 356	67,5	741	4,8
30-39	335 409	26 708	14 868	55,7	10 043	67,5	824	5,5
40-49	300 030	25 790	14 634	56,7	9 962	68,1	701	4,8
50-59	294 382	23 811	13 487	56,6	8 851	65,6	686	5,1
60-69	232 372	17 080	9 810	57,4	6 191	63,1	524	5,3
70-79	154 838	10 788	5 940	55,1	3 663	61,7	239	4,0
80-89	100 345	6 807	3 591	52,8	1 948	54,2	147	4,1
90 et plus	50 196	2 752	1 478	53,7	753	50,9	60	4,1
Inconnu	608	96	30	31,3	19	63,3	2	6,7
Tous	2 162 799	172 432	97 296	56,4	64 049	65,8	4 792	4,9

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 rapporté 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 variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) ; % de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR).

- Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les 95 **départements** métropolitains présentant des données interprétables, **tous affichaient une proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) supérieure à 30%**, dont 79 avec une proportion supérieure à 50%. (Figure 9).

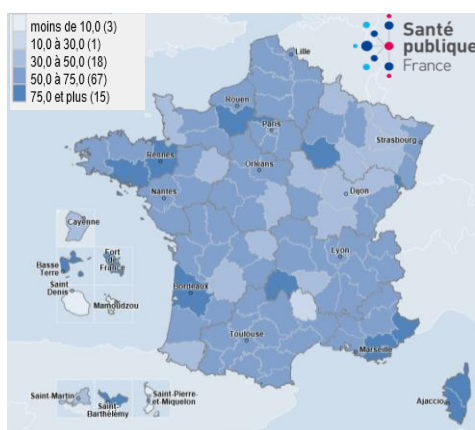
- En métropole, **dix départements avaient une proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) supérieure à 10%**. Cette proportion était particulièrement élevée en Moselle (45,1%), dans les Vosges (23,5%) et en Meurthe-et-Moselle (20,4%) (Figure 10).

- Dans les territoires d'outre-mer où les données sont interprétables, une **forte proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** est observée à **Mayotte** (39,3%) et à **La Réunion** (36,8%). On note également une **forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK)** en **Guadeloupe** (92,7%), et en **Martinique** (75,9%) (Figures 9 et 10).

- L'analyse figurant dans le [Point épidémiologique du 04 mars 2021](#) sur la corrélation entre la proportion de suspicion de variants d'intérêt et l'évolution de l'incidence n'est pas présentée cette semaine. La diffusion de ces variants, qui deviennent majoritaires sur l'ensemble du territoire, aboutit à une moindre hétérogénéité des proportions de suspicions de variants entre les différents départements. En effet, seuls 19% des départements avaient une prévalence de ces variants inférieure à 40% entre les semaines 07 et 09 (contre 39% des départements entre les semaines 06 et 08).

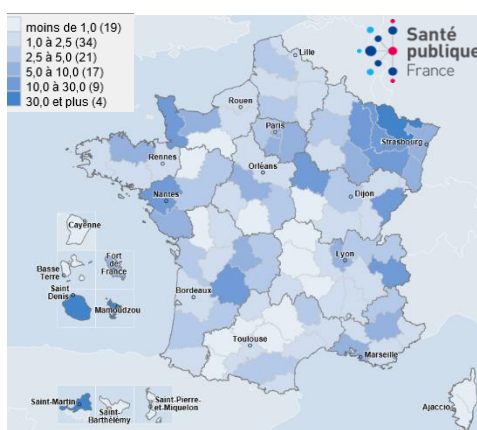
La variabilité de la prévalence départementale des variants d'intérêt est moins prépondérante pour expliquer la dynamique épidémique actuelle. En effet, les mesures mises en place dans les territoires les plus touchés, couplées à l'adhésion de la population aux mesures de prévention, de même que la vaccination, ont probablement un impact plus important que la prévalence des variants d'intérêt pour expliquer l'évolution de la circulation virale observée. Ces différents éléments rendent cette analyse moins pertinente.

Figure 9. Proportion de suspicions de variant d'intérêt 20I/501Y.V1 (UK) parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 10 mars 2021)



Source : SI-DEP – Carte [Géodes](#)

Figure 10. Proportion de suspicions de variant d'intérêt 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 10 mars 2021)



Source : SI-DEP – Carte [Géodes](#)

SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DU SARS-CoV-2

Résultats des enquêtes Flash#2 du 27 janvier 2021 et Flash#3 du 16 février 2021

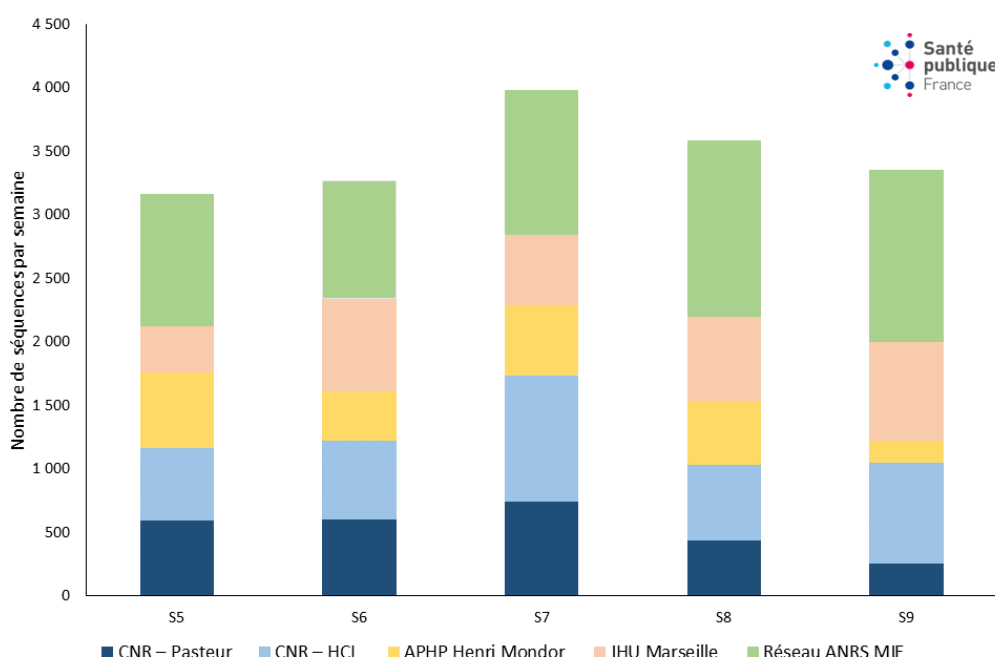
La surveillance génomique des infections à SARS-CoV-2 relève des missions du Centre National de Référence (CNR) Virus des infections respiratoires et est conduite dans le cadre du consortium EMER-GEN qui associe Santé publique France, l'ANRS Maladies Infectieuses Émergentes et de très nombreux partenaires, dont en particulier quatre plateformes de séquençage (CNR - Institut Pasteur (Paris), CNR - Hospices Civils de Lyon, APHP Henri Mondor (Créteil) et IHU Méditerranée Infection) et le réseau de virologie de l'ANRS Maladies Infectieuses Émergentes. Les données qui en sont issues sont destinées à enrichir la surveillance de la COVID-19 et à alimenter des travaux de recherche.

Cette surveillance génomique a pour objectif de suivre l'évolution moléculaire des virus circulants sur le territoire, afin de détecter l'émergence de lignages génétiques (variants) présentant des mutations susceptibles d'avoir des conséquences sur la transmissibilité, la virulence ou l'échappement immunitaire, et de suivre leur éventuelle diffusion sur le territoire ou au sein de populations spécifiques. L'identification précise des variants connus se fait par séquençage partiel du génome viral (Sanger) ou par séquençage du génome complet par l'utilisation du Next Generation Sequencing (NGS). Celle de nouveaux variants d'intérêt nécessite une analyse complète du génome viral par NGS. Cette identification des variants par séquençage est complémentaire et plus robuste que celle basée sur les tests de criblage (RT-PCR), limitée à la détection de marqueurs associés aux variants d'intérêt déjà connus (20I/501Y.V1, 20H/501Y.V2, 20J/501Y.V3). Les données de surveillance sont confrontées aux données épidémiologiques et aux résultats des travaux de virologie visant à étudier les propriétés des virus concernés.

► Activité de séquençage du SARS-CoV-2 en semaine 09

- En semaine 09, l'activité cumulée des plateformes est en-dessous des besoins exprimés en termes de volumétrie pour les cibles prioritaires identifiées dans le cadre de la stratégie nationale de séquençage. La baisse observée ces deux dernières semaines est transitoire et des actions sont en cours pour accroître les volumes, en augmentant notamment la part des prélèvements sélectionnés de manière aléatoire qui seront transmis aux plateformes (Figure 11).

Figure 11. Activité de séquençage selon les plateformes des semaines 05-09, France



► Enquête Flash#2

Les enquêtes Flash, qui reposent sur une sélection aléatoire de prélèvements RT-PCR positifs, font partie des cibles prioritaires de la stratégie nationale de surveillance génomique et permettent d'établir une cartographie de la diffusion des variants circulant en France. Ces enquêtes Flash ont été proposées à tous les laboratoires de biologie médicale (LBM) publics et privés et reposent sur une participation volontaire.

L'objectif de l'Enquête Flash#2, conduite le 27 janvier 2021, était d'identifier, parmi les prélèvements avec résultat de RT-PCR COVID-19 positif, d'éventuels cas d'infection aux variants 20I/501Y.V1 (UK), 20H/501Y.V2 (ZA) et 20J/501Y.V3 (BR). Ses résultats préliminaires ont été restitués dans le [Point épidémiologique COVID-19 du 11 février 2021](#).

Pour cette enquête, la recherche de variants reposait sur une approche en deux étapes appliquée aux prélèvements positifs par RT-PCR COVID-19 traités le jour de l'enquête par les LBM participants. Dans un premier temps, les laboratoires ont utilisé un kit de RT-PCR de criblage pour la mutation N501Y dans la protéine S pour ceux équipés de cette technologie, ou bien un kit de criblage par discordance pour une cible RT-PCR (TaqPath™ COVID-19 CE-IVD RT-PCR Kit) commercialisé par la société Thermo Fisher Scientific® (TFS) pour les autres (tel que décrit par le laboratoire associé au CNR Virus des infections respiratoires [1]). Dans un second temps, et afin de confirmer ces suspicions, les échantillons avec résultat discordant ou de criblage positif pour la mutation N501Y ont été transmis pour séquençage aux plateformes et laboratoires du consortium EMER-GEN.

- Pour Flash#2, **234 LBM répartis dans 15 régions de France métropolitaine et Outre-mer ont transmis leurs données**, pour un total de 120 335 prélèvements RT-PCR, dont 10 261 positifs (taux de positivité 8,5%) (Tableau 2). Les laboratoires privés (n=125) étaient à l'origine de 73% des prélèvements totaux inclus dans cette enquête.

- L'analyse des résultats de RT-PCR de criblage a permis de dénombrer (Tableau 2) :

- **13,3% de suspicions de variants 20I/501Y.V1 (UK) pour les laboratoires utilisant un criblage par technique TFS** (475 discordants pour 3 561 RT-PCR positives) ;
- **19,1% de suspicions de variants 20I/501Y.V1 (UK) ou 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) pour les laboratoires utilisant un criblage par RT-PCR spécifique recherchant la mutation N501Y** (1 053 mutations pour 5 518 RT-PCR positives).

[1] Bal et al. Two-step strategy for the identification of SARS-CoV-2 variant of concern 202012/01 and other variants with spike deletion H69–V70, France, August to December 2020. Euro Surveill. 2021;26(3):pii=2100008. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.3.2100008>

Tableau 2. Résultats des RT-PCR de diagnostic et RT-PCR de criblage, par région du laboratoire préleveur, Enquête Flash#2, 27 janvier 2021, France

Région du laboratoire préleveur	Laboratoires	RT-PCR				Criblage TFS (suspicion variant 20I/501Y.V1)			Criblage N501Y (suspicion de variant 20I/501Y.V1, 20H/501Y.V2, 20J/501Y.V3)		
		N	N	N+	%	N	N+	%	N	N+	%
Auvergne-Rhône-Alpes	24	20 484	1 896	9,3	491	21	4,3	1 118	156	14,0	
Bourgogne-Franche Comté	5	2 498	198	7,9	171	12	7,0	-	-	-	
Bretagne	14	5 977	325	5,4	36	0	0,0	236	88	37,3	
Centre-Val de Loire	4	4 292	349	8,1	137	9	6,6	209	60	28,7	
Corse	2	526	15	-	-	-	-	-	-	-	
Grand Est	6	5 283	340	6,4	268	41	15,3	38	9	23,7	
Guadeloupe	1	62	0	-	-	-	-	-	-	-	
Hauts de France	19	4 704	777	16,5	305	75	24,6	203	24	11,8	
Île-de-France	84	32 221	2 992	9,3	1 127	227	20,1	1 718	382	22,2	
La Réunion	1	384	5	-	-	-	-	-	-	-	
Normandie	13	7 495	572	7,6	216	10	4,6	356	44	12,4	
Nouvelle Aquitaine	17	6 822	459	6,7	248	31	12,5	158	19	12,0	
Occitanie	17	7 765	620	8,0	236	46	19,5	271	31	11,4	
Pays de la Loire	13	7 886	508	6,4	250	0	0,0	120	19	15,8	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	14	13 936	1 205	8,6	71	3	4,2	1 076	216	20,1	
Total France	234	120 335	10 261	8,5	3 561	475	13,3	5 518	1 053	19,1	

- Les résultats confirment l'hétérogénéité régionale déjà observée lors de l'enquête Flash#1 menée début janvier. Compte-tenu de faibles effectifs (nombre de laboratoires participants et/ou nombre de RT-PCR criblées incluses dans l'analyse), les résultats pour la Corse, la Guadeloupe et La Réunion ne sont pas mentionnés.
- Pour les autres régions, ces résultats confirment une augmentation de la proportion de suspicions de variants parmi l'ensemble des RT-PCR positives. Comme lors de la première enquête, l'indication des prélèvements traités par ces LBM n'est pas connue et les données présentées peuvent être influencées par un éventuel effet « cluster », ce d'autant que le nombre total de prélèvements inclus est faible.
- Les résultats de séquençage obtenus pour les variants 20I/501Y.V1, 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3 **confirment que le variant 20I/501Y.V1 était majoritairement représenté au sein des prélèvements de cette enquête en date du 27 janvier 2021 avec 1 071 cas confirmés, suivi par le variant 20H/501Y.V2 (70 cas confirmés) et le variant 20J/501Y.V3 (4 cas confirmés) [2].**

[2] Gaymard et al. Early assessment of diffusion and possible expansion of SARS-CoV-2 Lineage 20I/501Y.V1 (B.1.1.7, variant of concern 202012/01) in France, January to March 2021. Euro Surveill. 2021;26(9):pii=2100133. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.9.2100133>

► Enquête Flash#3

Le protocole de l'enquête Flash#3, conduite le 16 février 2021, a été modifié par rapport à celui des précédentes enquêtes. Afin d'obtenir une cartographie globale (non limitée aux variants d'intérêt connus) des différents types de virus SARS-CoV-2 circulant sur le territoire français, il a été demandé aux LBM participants de transmettre aux plateformes du consortium EMER-GEN un échantillon de prélèvements positifs en RT-PCR, quel que soit le résultat du criblage ; ces prélèvements ne devaient pas provenir de l'investigation d'un cluster pour ne pas biaiser les résultats attendus. Pour cette enquête Flash#3, les LBM participants devaient transmettre leurs cinq premiers prélèvements positifs.

- L'enquête Flash#3 a porté sur **699 prélèvements transmis par 138 laboratoires** (Tableau 3). Les laboratoires publics (n=103) étaient à l'origine de 78% des prélèvements totaux inclus dans cette enquête. Le séquençage de ces prélèvements confirme la prédominance du variant d'intérêt 20I/501Y.V1 (39% des prélèvements étudiés) et de la clade 20A.EU2 (24%), présente majoritairement en France en 2020 avec la clade 20A (6%). Les variants d'intérêt 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3 représentaient 5% et 1% des prélèvements étudiés, respectivement. D'autres lignages circulent également sur le territoire et sont également sous surveillance.

- Ces résultats sont cohérents avec ceux issus de SI-DEP en semaine 07 (15-21 février 2021), qui indiquaient 36,1% de suspicions de variant 20I/501Y.V1 et 5% de variants 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3. Ils confirment aussi l'hétérogénéité régionale de la circulation des trois variants d'intérêt connus, et soulignent que le variant d'intérêt 20H/501Y.V2 est particulièrement présent à La Réunion.

- Par classe d'âge, ces résultats de séquençage soulignent que la clade 20A.EU2 est majoritairement retrouvée chez les 0-9 ans, et que la clade 20I/501Y.V1 est principalement retrouvée chez les personnes âgées de 10 à 69 ans, avec une présence plus marquée (>50%) chez les 10-29 ans (Tableau 4).

Les enquêtes Flash ont dorénavant vocation à être répétées tous les 15 jours et le volume des prélèvements inclus ira croissant. L'enquête Flash#4, basée sur un échantillonnage de prélèvements aléatoires, a été conduite le 02 mars 2021 et 1 658 prélèvements ont été inclus ; les résultats seront restitués prochainement.

Santé publique France remercie l'ensemble des laboratoires de biologie médicale participants, dont la mobilisation forte et rapide a permis d'obtenir ces résultats.

Tableau 3. Résultats de séquençage, par région du laboratoire préleveur, Enquête Flash#3, 16 février 2021, France

Régions du laboratoire préleveur	Prélèvements (N)	Clade 19A (%)	Clade 19B (%)	Clade 20A (%)	Clade 20A.EU2 (%)	Clade 20B (%)	Clade 20C (%)	Clade 20D (%)	Clade 20E (EU1) (%)	Clade 20I/501Y.V1 (%)	Clade 20H/501Y.V2 (%)	Clade 20J/501Y.V3 (%)	Ininterprétable* (%)	Total (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	66	0	0	8	39	0	0	2	14	23	2	0	14	100
Bourgogne-Franche-Comté	23	0	0	9	26	9	0	0	17	30	0	0	9	100
Bretagne	29	0	0	3	24	0	0	7	7	52	0	0	7	100
Corse	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centre-Val de Loire	20	0	0	0	25	10	0	0	0	50	0	0	15	100
Grand Est	36	3	0	14	25	3	0	0	14	19	11	0	11	100
Haut-de-France	54	0	2	15	24	6	0	0	11	39	0	0	4	100
Ile-de-France	267	0	2	4	18	1	1	1	6	49	3	1	13	100
Nouvelle-Aquitaine	34	0	0	9	29	0	0	0	12	26	6	0	18	100
Normandie	30	0	0	0	17	0	0	0	20	40	10	0	13	100
Occitanie	37	0	0	5	30	0	0	0	19	35	0	0	11	100
Provence-Alpes-Côte d'Azur	45	0	2	7	33	0	0	0	7	38	9	2	2	100
Pays de la Loire	28	0	4	0	14	7	0	0	14	43	11	0	7	100
La Réunion	26	0	0	12	15	0	0	0	0	0	42	0	31	100
Guadeloupe	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	699	0	1	6	24	2	0	1	10	39	5	1	12	100

Tableau 4. Résultats de séquençage, par classes d'âge, Enquête Flash#3, 16 février 2021, France

Classe d'âge (ans)	Prélèvements (N)	Clade 19A (%)	Clade 19B (%)	Clade 20A (%)	Clade 20A.EU2 (%)	Clade 20B (%)	Clade 20C (%)	Clade 20D (%)	Clade 20E (EU1) (%)	Clade 20I/501Y.V1 (%)	Clade 20H/501Y.V2 (%)	Clade 20J/501Y.V3 (%)	Ininterprétable* (%)	Total (%)
0-9	17	0	2	2	49	2	0	0	19	17	2	0	8	100
10-19	42	0	0	6	29	0	0	0	6	53	0	0	6	100
20-29	91	0	2	7	14	0	0	0	0	52	12	0	12	100
30-39	102	0	0	7	19	2	0	0	12	47	3	0	10	100
40-49	85	0	1	6	23	2	0	1	9	42	7	0	10	100
50-59	88	0	1	9	19	1	0	0	4	48	7	1	9	100
60-69	66	0	0	5	13	0	0	1	11	44	6	2	18	100
70-79	80	0	0	6	27	0	2	0	6	27	9	0	23	100
80-89	67	1	4	6	28	8	1	1	11	29	1	0	10	100
> 90	53	0	3	7	28	0	0	3	13	33	4	1	6	100
Non indiqué	8	0	0	0	25	0	0	0	13	50	0	0	13	100
Total	699	0	1	6	24	2	0	1	10	39	5	1	12	100

* Ininterprétable : prélèvements non conformes, charges virales faibles etc.

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.

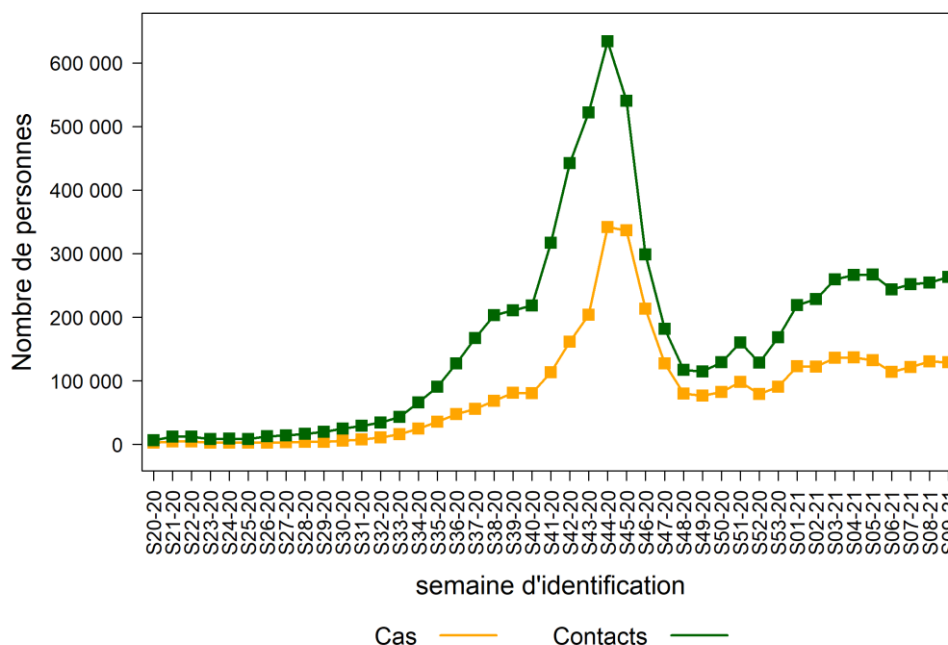
La [définition des contacts à risque](#) est disponible sur le site de Santé publique France.

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). La situation épidémique de Mayotte ne permet pas de disposer d'indicateurs de contact-tracing actualisés en semaine 09.

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

- En semaine 09, le **nombre total de nouveaux cas était stable** (128 986 cas vs 130 736 en S08, soit -1,3%) et le **nombre total de nouvelles personnes-contacts à risque était en légère augmentation** : 263 585 vs 254 169 en S08, soit +3,7% (Figure 12).
- En semaine 09, **l'âge moyen des cas était de 40 ans** (contre 42 ans en S08) et l'âge moyen des personnes-contacts était de 32 ans. **Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus (7,4%) était en légère diminution** (7,9% en S08).

Figure 12. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai 2020 au 07 mars 2021, France

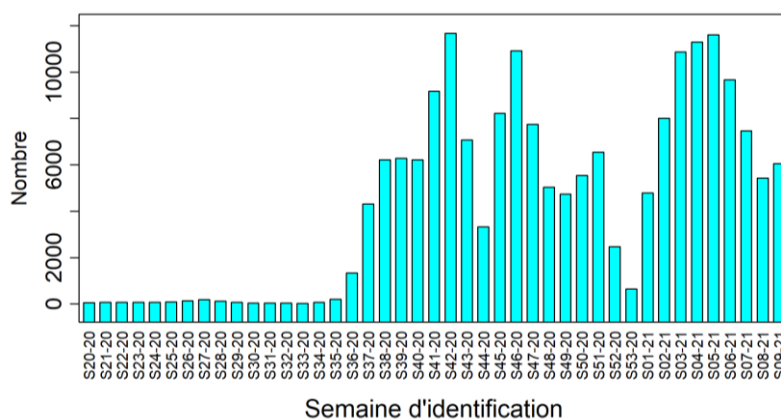


* Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique.

Source : ContactCovid – Cnam

- 6 058 cas ayant eu un **lien avec le milieu scolaire** ont été rapportés en S09 (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.

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 07 mars 2021, France



Source : ContactCovid - Cnam

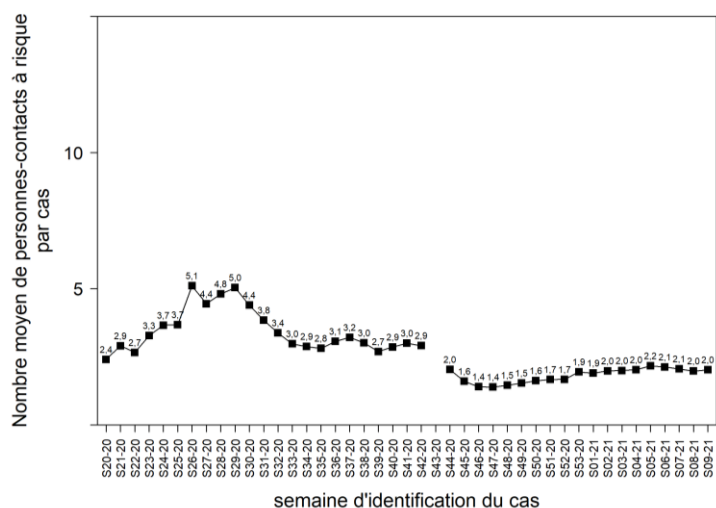
► Proportion des cas et des personnes-contacts à risque investigués

- En semaine 09, la **proportion de cas et de personnes-contacts à risque ayant pu être investigués par l'Assurance maladie est restée à un niveau élevé** (94% pour les cas et 95% pour les personnes-contacts).

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- **Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était stable**, avec une valeur de 2,0 en S09 comme en S08 (Figure 14). Au niveau régional, cette valeur s'échelonnait entre 1,6 (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France) et 3,6 (Martinique).
- 43,9% des cas ne rapportaient aucune personne-contact à risque (en légère diminution par rapport à S08 : 44,8%). Cette situation représentait 66,2% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 37,1% des cas âgés de 15 à 44 ans.
- Par ailleurs, 9,9% des cas rapportaient plus de cinq personnes-contacts à risque (en légère augmentation par rapport à S08 : 9,6%). Cette situation représentait seulement 2,9% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 12,4% des cas âgés de 15 à 44 ans.
- Lorsqu'un cas avait précédemment été identifié comme personne-contact, et qu'il lui avait donc été demandé de s'isoler, son nombre moyen de personnes-contacts était presque deux fois plus faible que lorsque ce cas n'était pas précédemment connu comme personne-contact (1,3 vs 2,3). Cette diminution concernait autant les contacts à risque intra-foyer (0,5 vs 0,9) que hors foyer (0,8 vs 1,4).

Figure 14. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, par semaine, du 13 mai 2020 au 07 mars 2021, France



Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020

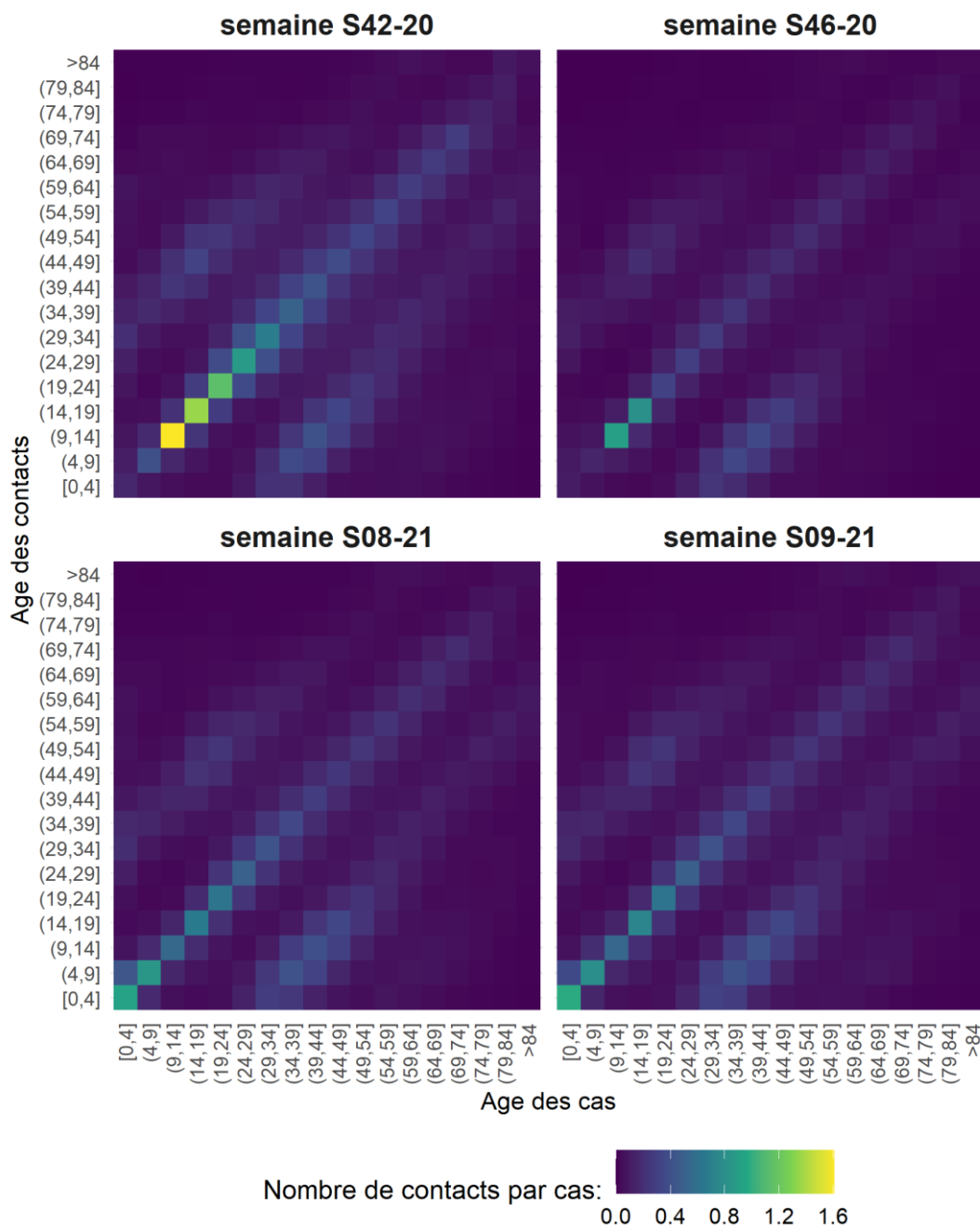
Source :
ContactCovid - Cnam

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

- Les cas âgés de moins de 65 ans avaient peu de contacts avec des personnes âgées de 65 ans et plus ($\leq 9,3\%$). À l'inverse, plus de 29,8% des personnes-contacts des cas de plus de 65 ans avaient elles-mêmes plus de 65 ans.

- En S09, pour toutes les classes d'âge de cas et de personnes-contacts, y compris pour les moins de 19 ans, le nombre de contacts à risque était globalement stable par rapport à S08 (Figure 15).

Figure 15. 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), 08 et 09-2021, 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.

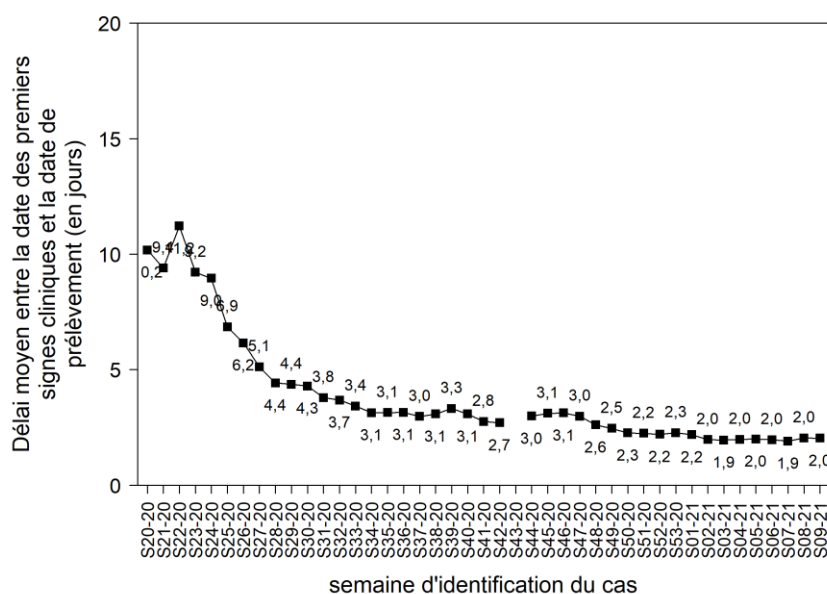
Valeurs calculées quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.

Source : ContactCovid – Cnam

► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En semaine 09, 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 56,4% des cas), **le délai moyen de diagnostic était stable à 2,0 jours** (Figure 16). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

Figure 16. 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 07 mars 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 09, cela représente 56,4% 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.

Source : ContactCovid - Cnam

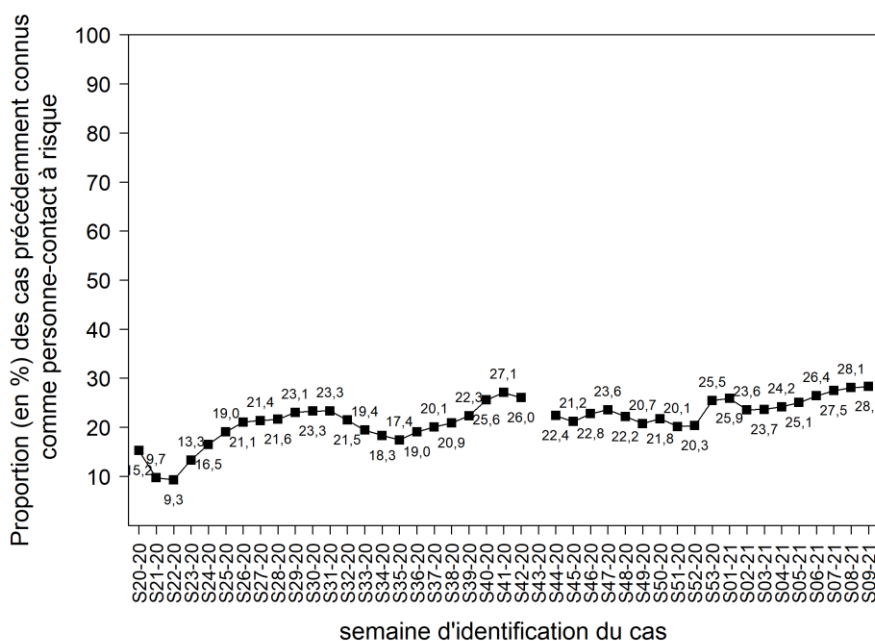
► Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque

- Au niveau national, la **proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque d'un autre cas (28,3%) s'est stabilisée à son plus haut niveau** depuis le début de ContactCovid (Figure 17).

- La **proportion des personnes-contacts devenues des cas était stable à 12,9%** (personnes-contacts identifiées en S08, valeur non consolidée). Ce nombre était près de **deux fois plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques (14,8%)** que de cas asymptomatiques (8,5%), et **lorsque leur cas index appartenait au même foyer qu'elles (19,3%)** que lorsque cela n'était pas le cas (9,0%).

- **15,4% des personnes-contacts** (identifiées en S08) **de cas classés comme « variants »** dans ContactCovid (soit 55 183 cas en S08) **étaient devenues des cas**, contre 11,0% lorsque les cas n'étaient pas classés « variants ».

Figure 17. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 07 mars 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

► Mobilité des cas et des personnes-contacts

- En S09, le **pourcentage de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence habituelle poursuivait son augmentation (4,8% contre 4,1% en S08 et 2,8% en S07).**

- Le **pourcentage de cas ayant voyagé hors de France (1,0%)** était en revanche stable par rapport à S08.

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

- Du 1^{er} mars 2020 au 07 mars 2021, **28 083** 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 5).

- Il s'agissait de **17 237 (61%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD et autres EHPA) **et 10 846 (39%) dans les autres ESMS** (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 5).

- Parmi les **17 237 signalements en EHPA**, 14 413 (84%) épisodes comprenaient **au moins un cas confirmé** parmi les résidents ou le personnel.

- Parmi les 28 083 signalements en ESMS, **193 897 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents (Tableau 5) Parmi les **25 244 décès survenus dans les établissements**, 25 039 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 5. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'ESMS, chez les résidents et le personnel, rapportés entre le 1^{er} mars 2020 et le 07 mars 2021, France

		EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
	Signalements ⁵	17 237	7 747	1 211	1 888	28 083
Chez les résidents	Cas confirmés ⁶	167 701	21 245	1 480	3 471	193 897
	Décès ⁷ hôpitaux	9 859	384	0	42	10 285
	Décès ⁷ établissements	25 039	146	0	59	25 244
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	81 684	16 068	1 501	1 654	100 907

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

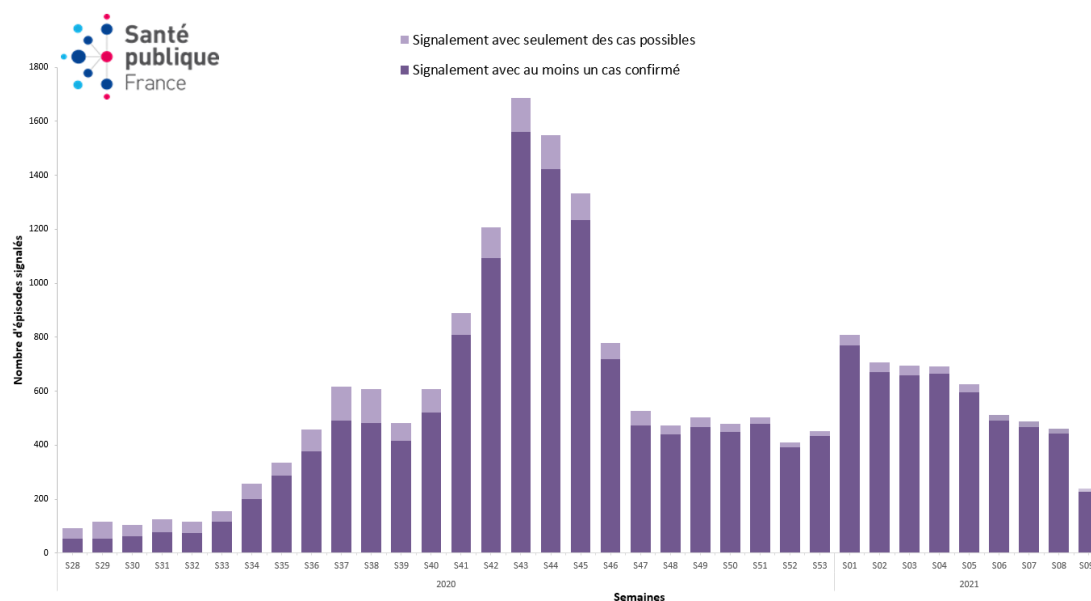
⁶Cas de COVID-19 biologiquement confirmés

⁷Cas possibles et confirmés décédés

- Le nombre de signalements enregistrés avait augmenté en semaine 01-2021 et depuis la semaine 02 une stabilisation était observée. Depuis la semaine 05, on constate une **diminution du nombre de signalements**. Cette diminution se confirme pour les dernières semaines avec **461** signalements enregistrés en semaine **08** et **240** en semaine **09** (données non consolidées) (Figure 18).

- Depuis le 20 juillet, parmi les 10 446 EHPA en France, 6 464 (62%) ont déclaré au moins un épisode. Parmi les 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 3 027 (soit 34%) ont déclaré au moins un épisode.

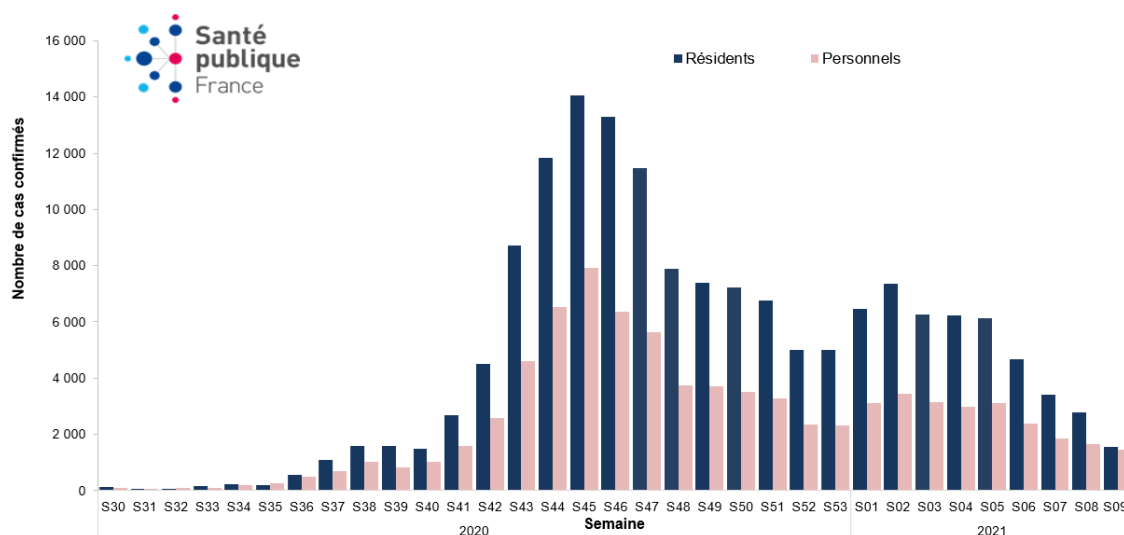
Figure 18. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 en ESMS, par date de début des signes du premier cas, entre le 06 juillet 2020 et le 07 mars 2021, France



* Semaine 09 : données non consolidées

● Le nombre de cas confirmés a augmenté en semaines 01 et 02-2021 puis s'est **stabilisé autour de 9 300 cas jusqu'à début février**. Depuis la semaine 06, le nombre de cas confirmés est en diminution. En semaines 08 et 09, 4 440 et 3 025 cas ont été enregistrés respectivement (données non consolidées) (Figure 19).

Figure 19. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 07 mars 2021, France

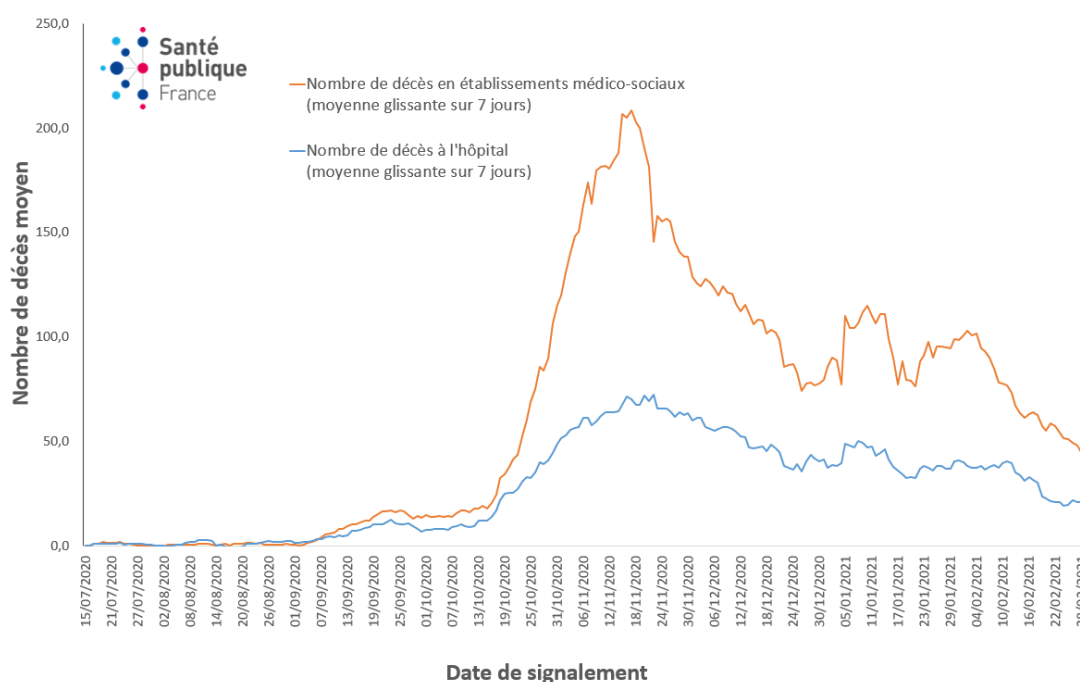


*Semaine 09 : données non consolidées

- 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), puis il a diminué jusqu'en semaine 48 et s'est stabilisé depuis. Une diminution du nombre de décès en établissement est observée depuis la semaine 05-2021. En semaine **08**, **319** décès ont été enregistrés et **121** en semaine **09** (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 **diminue pour les décès en établissement et pour les décès à l'hôpital** (Figure 20). La consolidation des données permettra de confirmer l'évolution observée.

Figure 20. 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 07 mars 2021, France*



*Dernières données de décès le 1^{er} mars 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, **387 458 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 1^{er} mars 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période) (Figure 21).

• En semaine 09 (du 1^{er} au 07 mars 2021), **7 653 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (7 554 passages en S08). Ce chiffre était **stable** (+1%) après une hausse observée la semaine précédente (+8%) (Figure 21).

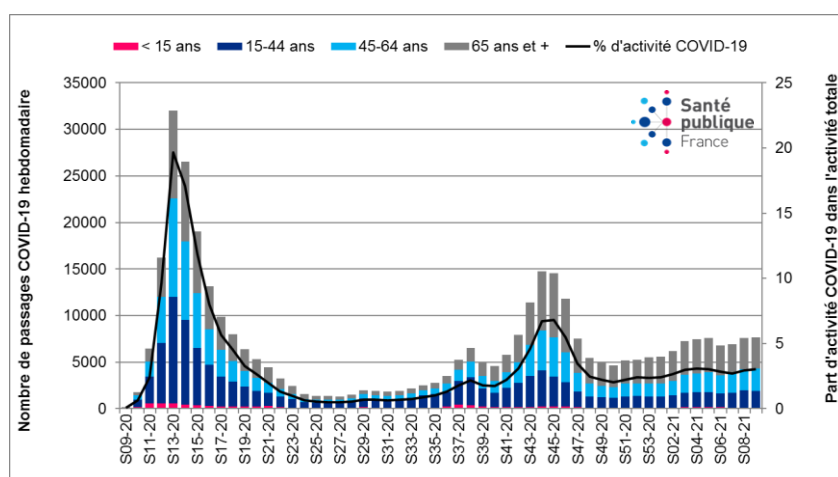
• La part d'activité était également stable (3,0% en S09 vs 2,9% en S08) tout comme le nombre d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 (58% en S09 vs 56% en S08).

• Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en légère hausse chez les 45-64 ans (+4% soit +97 passages), les 65-74 ans (+6% soit +83 passages) et les 5-14 ans sur de faibles effectifs (+14% soit +6 passages). Il était stable ou en baisse dans les autres classes d'âges. La **répartition du nombre de passages par classe d'âge** restait **comparable à la semaine précédente** : 0-4 ans (1%), 5-14 ans (1%), 15-44 ans (23%), 45-64 ans (32%), 65-74 ans (18%), 75 ans et plus (25%) (Figure 21).

• Au niveau régional, le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en hausse en Hauts-de-France (+8% soit +53 passages), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+6% soit +68 passages), Normandie (+17% soit +35 passages), Bretagne (+25% soit +32 passages) et, dans une moindre mesure, en Nouvelle-Aquitaine (+5% soit +20 passages), Bourgogne-Franche-Comté (+4% soit +14 passages), Auvergne-Rhône-Alpes (+3% soit +21 passages), ainsi qu'à La Réunion (+25% soit +15 passages).

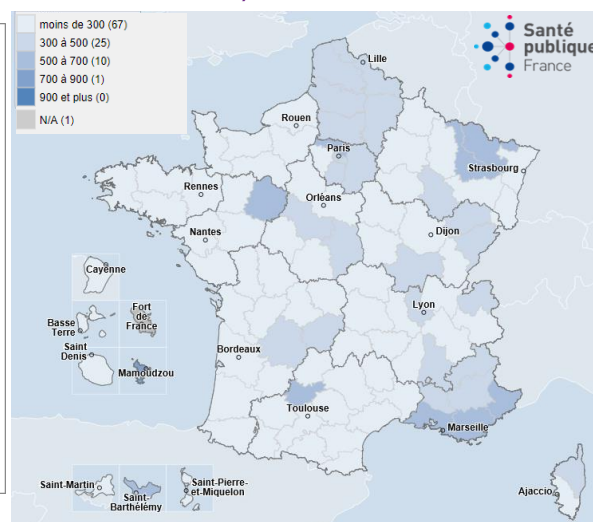
• En semaine 09, comme les semaines précédentes, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité des passages était enregistrée en Île-de-France (26%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (16%), Auvergne-Rhône-Alpes (11%) et Hauts-de-France (9%).

Figure 21. 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 22. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 09-2021, 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 une à deux 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** au 06 mars est **supérieure à 1 de façon significative** à partir des **données virologiques (SI-DEP) : 1,02** (IC95% [1,02-1,03]) (Tableau 6 et Figure 23). Elle est également significativement supérieure à 1 à partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) : 1,03** (IC95% [1,01-1,05]).

En revanche, l'estimation au 07 mars obtenue à partir des **données d'hospitalisation pour COVID-19 (SI-VIC)**, est **inférieure à 1 de façon non significative : 0,99** (IC95% [0,97-1,01]).

► Régions métropolitaines

● Au 06 mars 2021, les estimations des **nombre de reproduction à partir des données virologiques SI-DEP** étaient significativement supérieures à 1 dans sept régions métropolitaines : Bretagne, Corse, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie et Pays de la Loire. Les estimations étaient supérieures à 1 mais non significativement dans les régions Centre-Val de Loire et Occitanie (Tableau 6).

● À partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)**, l'Île-de-France et la Normandie présentaient une estimation du nombre de reproduction significativement supérieure à 1. Six autres régions métropolitaines présentaient une estimation supérieure à 1 mais de façon non significative : Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Grand Est, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

● À partir des **hospitalisations pour COVID-19** rapportées dans **SI-VIC**, seule la région Provence-Alpes-Côte d'Azur présentait au 07 mars un nombre de reproduction significativement supérieur à 1. L'estimation du nombre de reproduction était supérieure à 1 de façon non significative dans sept régions métropolitaines : Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Corse, Île-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire.

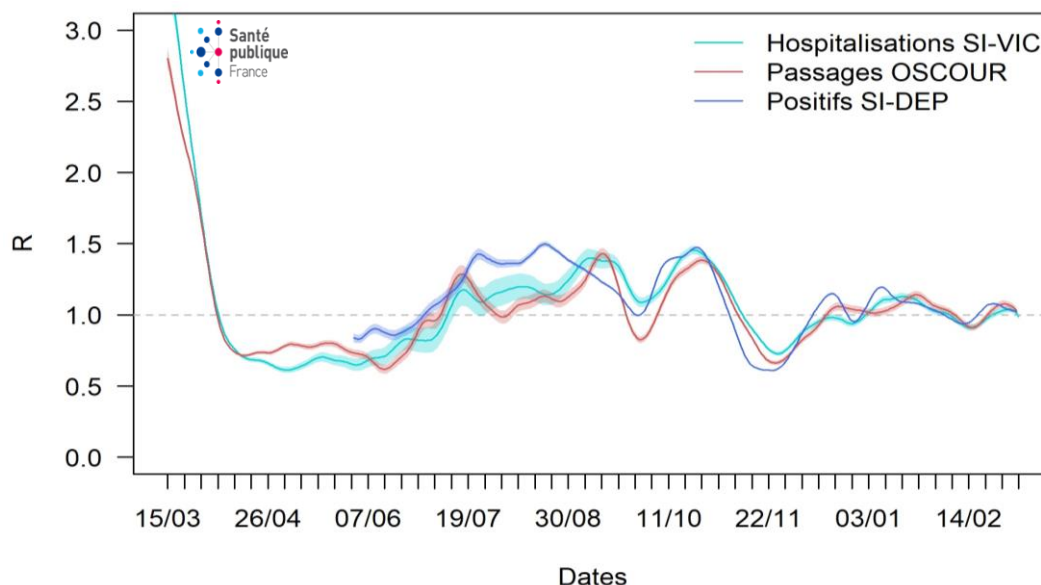
► Régions d'outre-mer

Au 06 mars, les estimations du **nombre de reproduction** étaient significativement supérieures à 1 à **La Réunion à partir des données virologiques SI-DEP et des hospitalisations rapportées dans SI-VIC** (Tableau 6). Le nombre de reproduction estimé excédait 1 de façon non significative en Guadeloupe et en Martinique à partir des données virologiques SI-DEP, ainsi qu'à La Réunion à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et en Guyane à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC).

À **Mayotte**, les estimations du nombre de reproduction à partir des trois sources de données étaient inférieures à 1 significativement.

[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 23. 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 06 mars 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 6. Nombre de reproduction effectif du 06 mars 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 07 mars 2021 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	0,97 (0,96-0,99)	1,03 (0,96-1,10)	0,91 (0,85-0,97)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,97 (0,94-1,00)	0,98 (0,88-1,09)	1,06 (0,96-1,16)
	Bretagne	1,06 (1,03-1,09)	1,15 (0,98-1,34)	1,02 (0,89-1,17)
	Centre-Val de Loire	1,00 (0,97-1,03)	0,86 (0,74-0,98)	0,92 (0,82-1,03)
	Corse	1,10 (1,01-1,20)	0,85 (0,57-1,19)	1,13 (0,75-1,57)
	Grand Est	1,03 (1,02-1,05)	1,00 (0,92-1,08)	0,97 (0,90-1,04)
	Hauts-de-France	1,03 (1,02-1,04)	1,06 (0,99-1,14)	0,90 (0,84-0,96)
	Île-de-France	1,08 (1,07-1,09)	1,07 (1,02-1,12)	1,00 (0,96-1,05)
	Normandie	1,10 (1,07-1,13)	1,21 (1,06-1,37)	1,07 (0,96-1,19)
	Nouvelle-Aquitaine	0,94 (0,92-0,96)	1,09 (0,99-1,19)	1,03 (0,93-1,13)
	Occitanie	1,00 (0,98-1,02)	0,90 (0,82-0,98)	0,89 (0,81-0,98)
	Pays de la Loire	1,04 (1,01-1,07)	0,94 (0,83-1,06)	1,04 (0,93-1,16)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,93 (0,91-0,94)	1,03 (0,98-1,09)	1,09 (1,03-1,15)
	France métropolitaine	1,02 (1,02-1,03)	1,03 (1,01-1,05)	0,99 (0,97-1,01)
France ultramarine	Guadeloupe	1,05 (0,95-1,15)	NC	NC
	Guyane	0,80 (0,62-1,00)	NC	1,04 (0,55-1,70)
	La Réunion	1,14 (1,07-1,21)	1,21 (0,94-1,50)	1,30 (1,01-1,62)
	Martinique	1,07 (0,89-1,27)	NA	NC
	Mayotte	0,47 (0,44-0,51)	0,61 (0,45-0,80)	0,47 (0,36-0,61)

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.

Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

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. Les données par dates d'admission et de décès nécessitant en moyenne une semaine de consolidation, ce délai peut entraîner un retard dans l'observation des tendances. C'est pourquoi, afin de suivre au plus près l'évolution de l'épidémie, les données présentées ci-dessous le sont principalement par date de déclaration. Les résultats par dates d'admission et de décès sont mentionnés afin de confirmer ou préciser les tendances observées.

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

- Depuis le 1^{er} mars 2020, **2 058** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Le 09 mars 2021, **25 246** patients COVID-19 étaient hospitalisés en France (vs 25 308 le 02 mars, soit -0,2%), dont **3 928** en services de réanimation (vs 3 596 le 23 février, soit +9,2%) (Figures 24 et 25).

Figure 24. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 09 mars 2021)

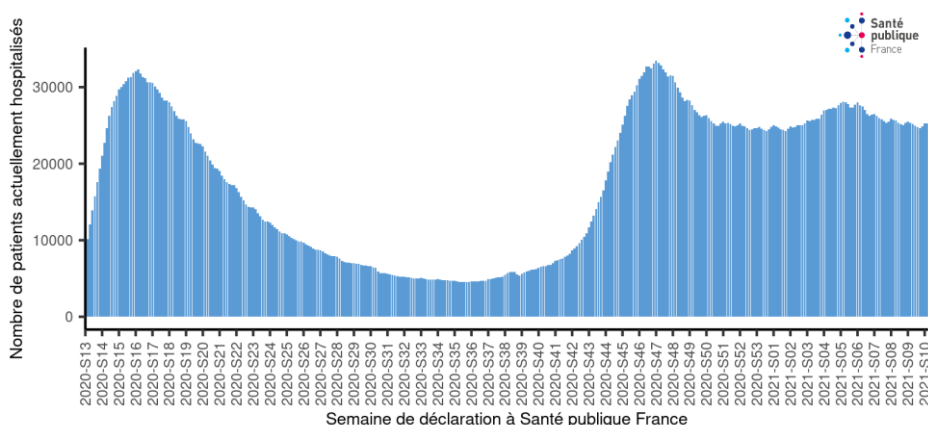
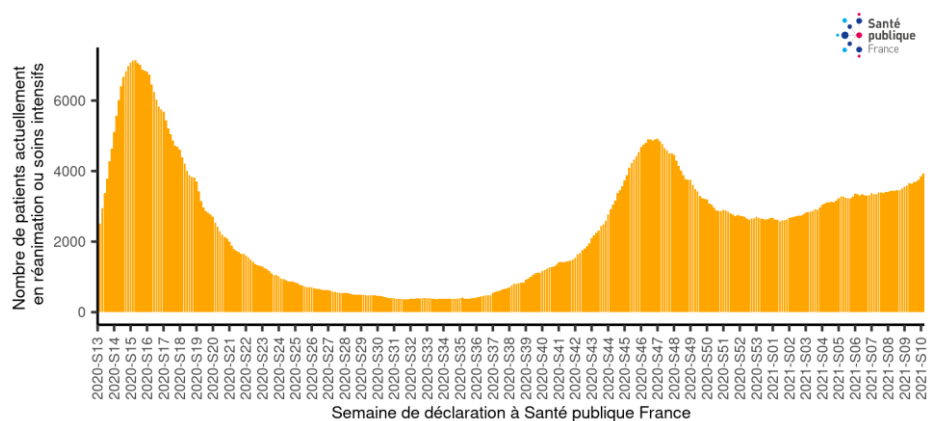


Figure 25. Nombre de patients COVID-19 en services de réanimation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 09 mars 2021)



- Parmi les **357 165 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars 2020 (Tableau 7) :
 - l'âge médian des patients est de 73 ans et 53% sont des hommes ;
 - **64 083** patients sont décédés : **75%** étaient âgés de 75 ans et plus et **58%** étaient des hommes ;
 - **267 570** patients sont retournés à domicile.

Tableau 7. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en réanimation) le 09 mars 2021 et nombre de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

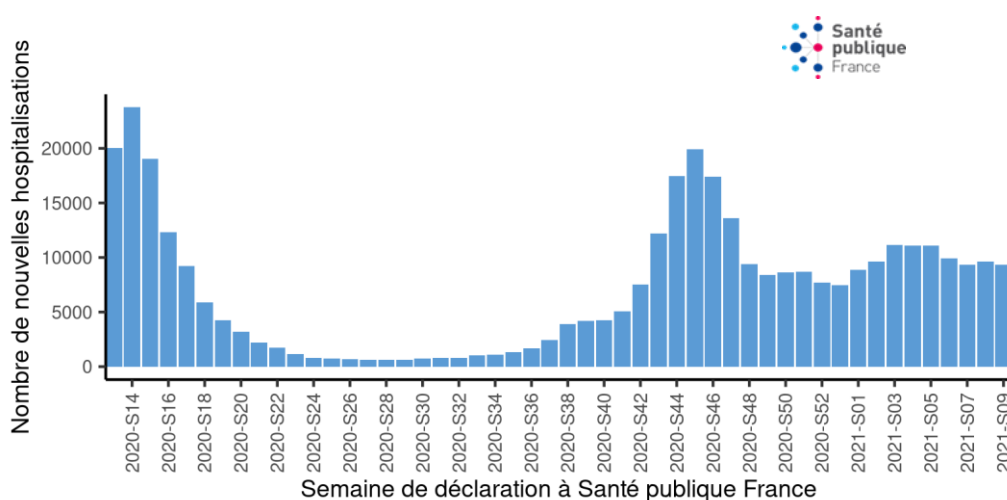
	Le 09 mars 2021				Depuis le 1 ^{er} mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Décès	
	N	%	N	%	N	%
Total	25 246		3 928		64 083	
Classes d'âge *						
Total	25 053		3 898		63 735	
0-14 ans	46	<1	7	<1	5	<1
15-44 ans	1 215	5	245	6	439	1
45-64 ans	4 704	19	1 339	34	4 981	8
65-74 ans	5 843	23	1 530	39	10 431	16
75 et +	13 245	53	777	20	47 879	75
Régions *						
Total	25 201		3 918		64 057	
Métropole						
Auvergne-Rhône-Alpes	3 133	12	444	11	9 340	15
Bourgogne-Franche-Comté	1 310	5	156	4	3 868	6
Bretagne	630	2	67	2	1 206	2
Centre-Val de Loire	1 004	4	133	3	2 059	3
Corse	100	<1	8	<1	152	<1
Grand Est	2 283	9	314	8	8 286	13
Hauts-de-France	2 999	12	507	13	6 498	10
Île-de-France	5 677	23	1 032	26	15 422	24
Normandie	1 219	5	142	4	2 342	4
Nouvelle-Aquitaine	1 160	5	195	5	2 929	5
Occitanie	1 340	5	243	6	3 338	5
Pays de la Loire	792	3	77	2	2 092	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 212	13	501	13	6 034	9
Outre-mer						
La Réunion	163	1	57	1	81	<1
Martinique	16	<1	7	<1	47	<1
Mayotte	117	<1	24	1	99	<1
Guadeloupe	28	<1	7	<1	181	<1
Guyane	18	<1	4	<1	83	<1

* L'information sur l'âge ou sur la région 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

- Le nombre de **déclarations de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19** semble s'être stabilisé en S09 : **9 321** nouvelles hospitalisations déclarées en S09 vs **9 613** en S08, soit -3% (Figure 26). Le **taux hebdomadaire** d'hospitalisations de patients COVID-19 était de **13,9/100 000 habitants** en S09 contre **14,3** en S08.

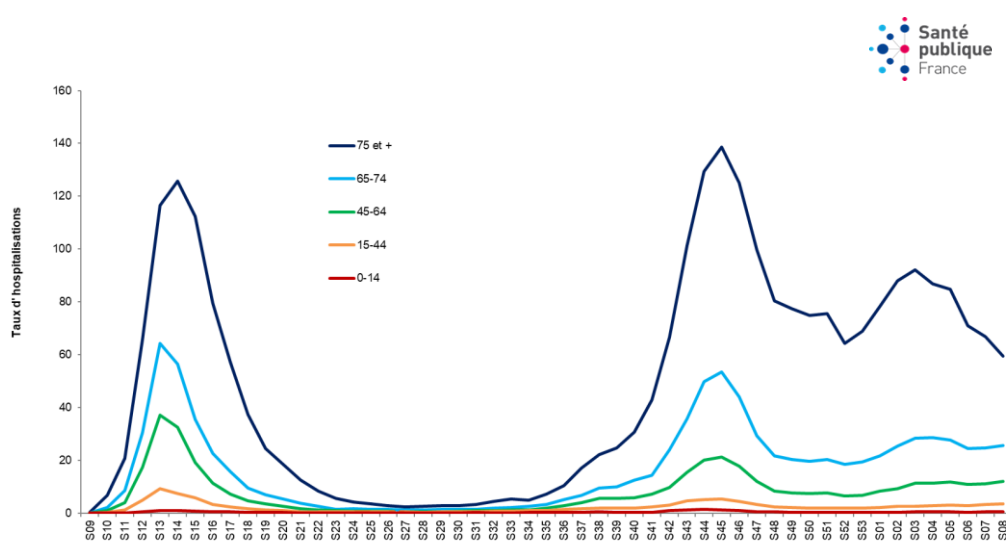
Figure 26. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 07 mars 2021)



Source : SI-VIC

- Après consolidation, les **données par date d'admission à l'hôpital** montrent que le nombre de nouvelles hospitalisations s'était stabilisé en S08 (-2% par rapport à S07). Les données de S09 ne sont pas encore consolidées (-5% entre S08 et S09).
- Après avoir augmenté dans toutes les classes d'âges entre les semaines 01 et 03, le taux d'hospitalisations par date d'admission a **nettement diminué chez les 75 ans et plus** depuis la semaine 04 (de 92,2 pour 100 000 en S03 à 59,6 en S08). En revanche, il était en augmentation chez les 15-44 ans (de 2,6 pour 100 000 en S03 à 3,6 en S08) et chez les 45-64 ans (de 11,4 pour 100 000 en S03 à 12,2 en S08) (Figure 27).

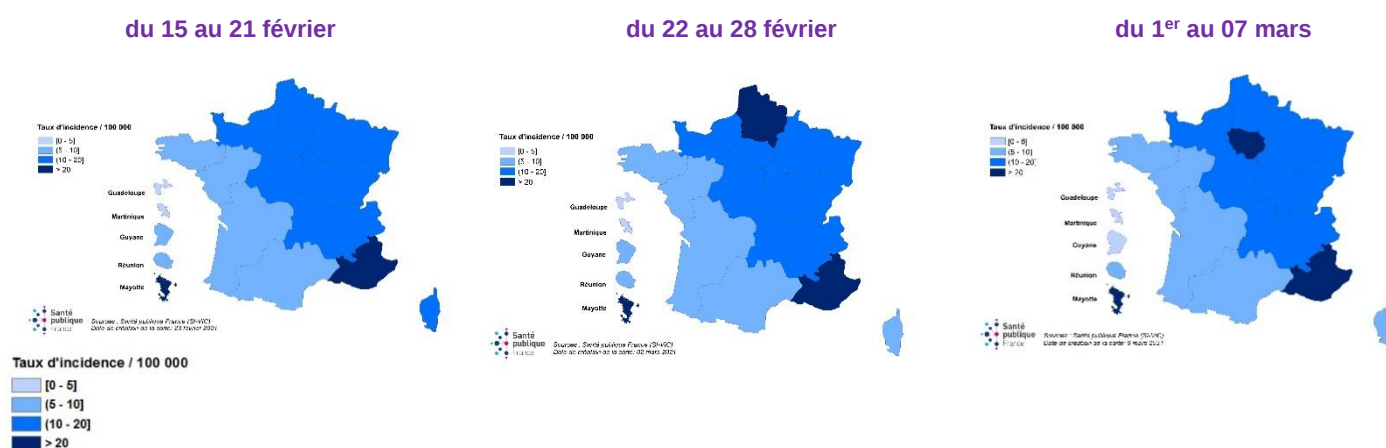
Figure 27. Taux de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés par semaine et par classe d'âge selon la date d'admission, depuis le 02 mars 2020, France (données au 09 mars 2021)



Source : SI-VIC

- En France métropolitaine, en S09, le **taux hebdomadaire d'hospitalisations** était en augmentation en **Île-de-France** (+14%) et en **Normandie** (+11%). Il était stable ou en diminution dans les autres régions.
- Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient encore enregistrés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (25,7/100 000 habitants), **Île-de-France** (20,0/100 000 habitants) et **Hauts-de-France** (19,6/100 000 habitants). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 14,4 pour 100 000 habitants (Figure 28).
- En Outre-mer, le **plus fort taux d'hospitalisations** en S09 était encore observé à **Mayotte** avec 25,4/100 000 habitants, en **diminution** par rapport à S08 (54,0, soit -53% et -80 hospitalisations). Une **baisse** était également observée en **Martinique** (1,4 vs 3,1 en S08, soit -6 hospitalisations), en **Guadeloupe** (2,4 vs 3,4, soit -4 hospitalisations) et à **La Réunion** (6,3 vs 7,1, soit -7 hospitalisations). Comme la semaine précédente, la baisse se poursuivait en **Guyane** (3,8 vs 5,2, soit -4 hospitalisations).

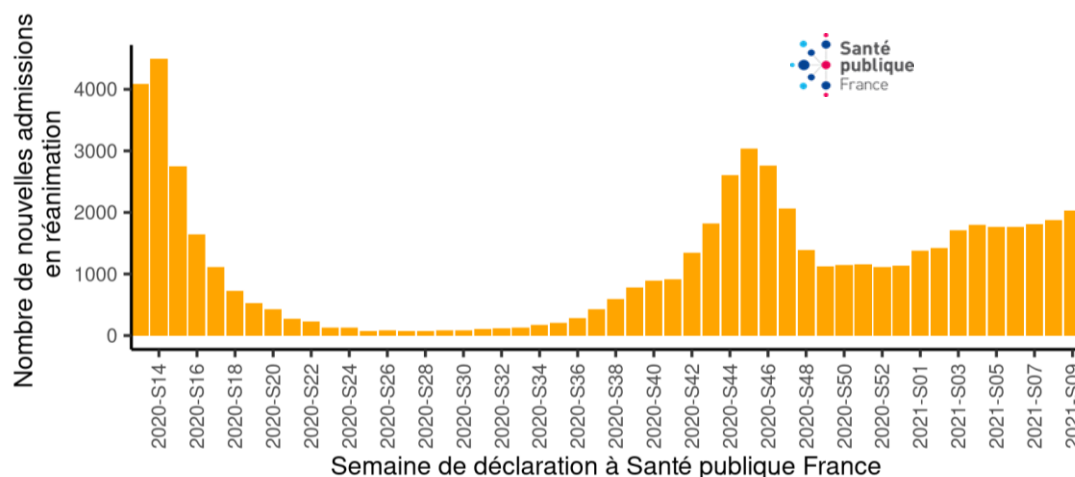
Figure 28. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 15 février au 07 mars 2021 (S07 à S09, date de déclaration), France



Source : SI-VIC

- L'augmentation du nombre de déclarations de **nouvelles admissions en services de réanimation de patients COVID-19** observée en S08 s'est poursuivie en S09 : **2 034** en S09 contre **1 871** en S08, soit +9% (Figure 29), alors que ce nombre était resté stable entre les semaines 04 et 07. Le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de réanimation était de **3,0/100 000 habitants** en S09 contre **2,8** en S08.

Figure 29. 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 07 mars 2021)

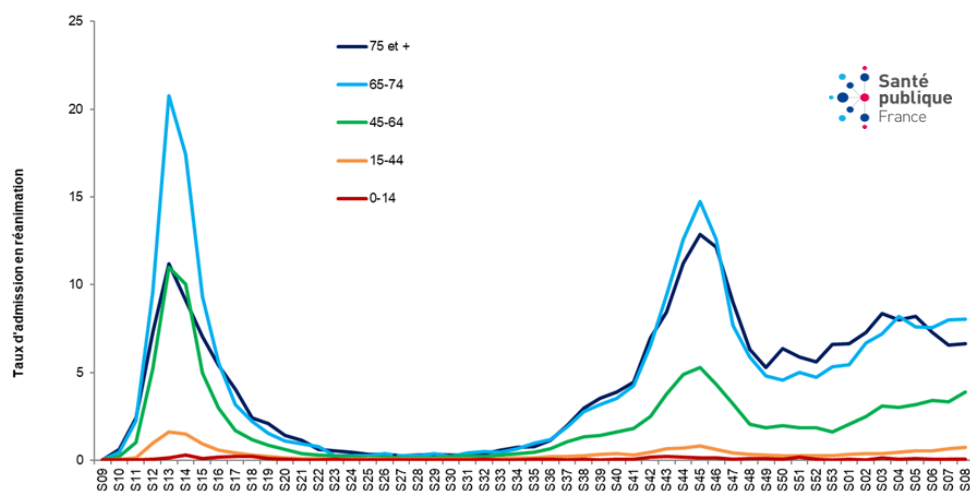


Source : SI-VIC

- Après consolidation, les **données par date d'admission en services de réanimation** montrent que le nombre de nouvelles admissions a augmenté en S08 (+7% par rapport à S07). Les données de S09 ne sont pas encore consolidées (+2% entre S08 et S09).

- Une **diminution des taux d'admissions en réanimation**, par date d'admission, est observée chez les **75 ans et plus** depuis la semaine 04, plus marquée à partir de la semaine 06 (de 8,4 pour 100 000 en S03 à 6,7 en S08). On constate **une augmentation des taux d'admissions en réanimation chez les 15-44 ans** (de 0,4 en S03 à 0,7 en S08), **les 45-64 ans** (de 3,1 en S03 à 3,9 en S08) et **les 65-74 ans** (de 7,2 en S03 à 8,0 en S08) (Figure 30).

Figure 30. Taux d'admissions hebdomadaire de patients COVID-19 en services de réanimation par classe d'âge selon la date d'admission, depuis le 02 mars 2020, France (données au 09 mars 2021)



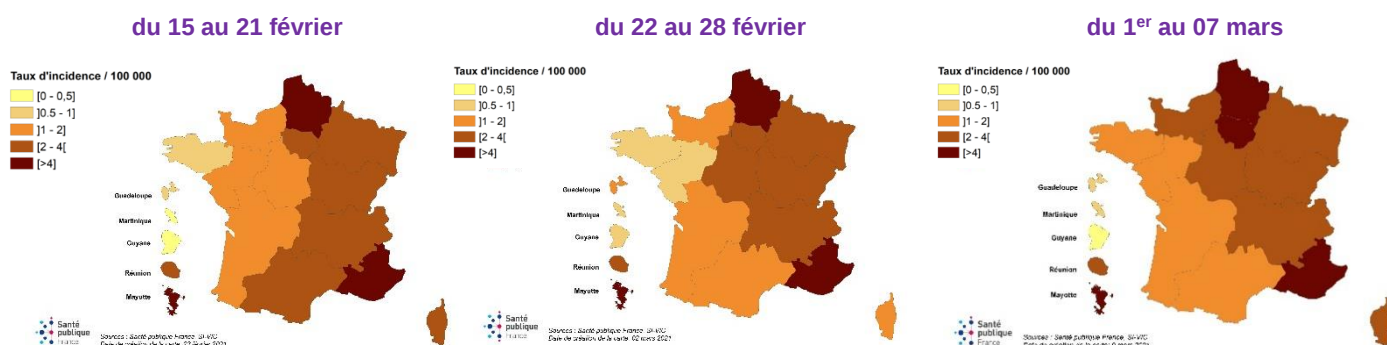
Source : SI-VIC

- En France métropolitaine en semaine 09, les **plus fortes augmentations du taux hebdomadaire de nouvelles admissions en services de réanimation** étaient observées en **Normandie** (+48%), **Pays de la Loire** (+35%), **Nouvelle-Aquitaine** (+34%) et **Île-de-France** (+33%).

- Les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de réanimation** en métropole étaient encore rapportés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (5,2/100 000 habitants), **Île-de-France** (4,9) et **Hauts-de-France** (4,5). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 2,7 pour 100 000 habitants (Figure 31).

- En **Outre-mer**, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en services de réanimation** en S09 était observé à **Mayotte** (5,0/100 000 habitants), en **diminution** par rapport à la S08 (9,3, soit -12 admissions). Ce taux était en **diminution** en **Guadeloupe** (0,8 vs 1,6, soit -3 admissions) et à **La Réunion** (2,3 vs 3,3, soit -8 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.

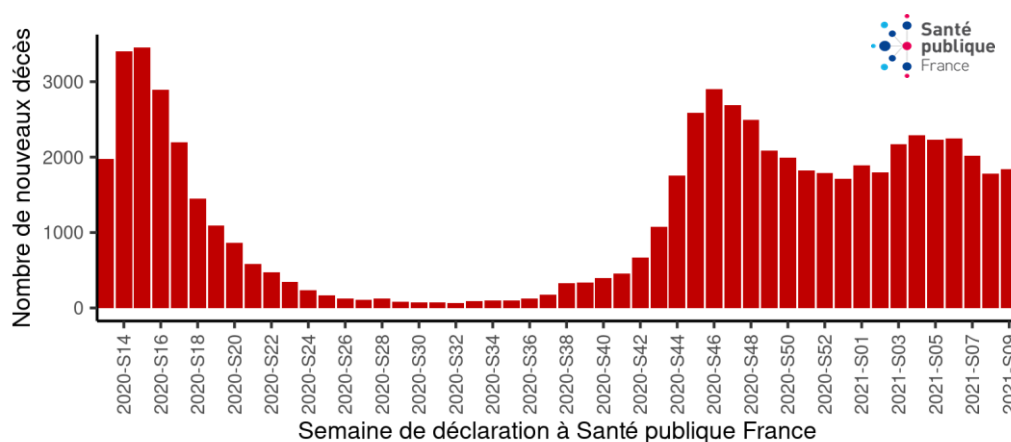
Figure 31. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 15 février au 07 mars 2021 (S07 à S09, par date de déclaration), France



Source : SI-VIC

- Le nombre de **déclarations de décès** de patients COVID-19 survenus au cours d'une hospitalisation, après une diminution en semaines 07 et 08, était en légère augmentation en S09 : **1 838** décès en S09 vs **1 779** en S08, soit +3% (Figure 32).
- Le **taux hebdomadaire** de décès de patients COVID-19 reste autour de **2,7/100 000 habitants** en S09.
- Après consolidation, les **données par date de survenue du décès à l'hôpital** montrent que le nombre de décès a diminué en S08 (-9% par rapport à S07). Les données de S08 ne sont pas encore consolidées (-5% entre S08 et S09).

Figure 32. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 07 mars 2021)



Source : SI-VIC

- En France métropolitaine en semaine 09, le **taux hebdomadaire de décès** était en **augmentation** dans les **Hauts-de-France** (+29,1%), en **Île-de-France** (+16,2%), **Grand Est** (+10,8%), **Occitanie** (+5,0%) et **Pays de la Loire** (+3,5%). Il était stable ou diminution dans les autres régions de France métropolitaine.
- Les **plus forts taux hebdomadaires de décès** en métropole étaient encore rapportés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (4,7 pour 100 000 habitants), **Hauts-de-France** (4,2), **Île-de-France** (3,5) et **Grand Est** (3,4).
- En Outre-mer, le **plus fort taux hebdomadaire de décès** en semaine 09 était observé à **Mayotte** (2,9/100 000 habitants), en **diminution** par rapport à la S08 (5,0, soit -42,8% et -6 décès). Une légère **augmentation** était observée à **La Réunion** (1,1 vs 0,9, soit +2 décès). Les effectifs réduits des décès dans les autres régions ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

► 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 DOM. 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 09 mars 2021, parmi les **7 856 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]), 61% étaient âgés de 65 ans et plus et 111 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** (46%), l'**obésité** ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg.m}^{-2}$) (45% des cas signalés dont l'IMC était renseigné) et le **diabète** (31%) (Tableau 8).

- Parmi les 6 108 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 6 348 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.

- **1 565 décès** ont été rapportés à ce jour, dont six chez des professionnels de santé. **L'âge médian des personnes décédées était de 73 ans** (IIQ : [67-79]) ; 81% étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 1 536 patients ; parmi eux, 1 459 (95%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (54%), l'obésité (41% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (38%) (Tableau 8). Entre le 05 octobre 2020 et le 09 mars 2021, 4 691 sorties de réanimation ont été rapportées.

Évolution du profil des patients depuis septembre 2020

Les médecins réanimateurs ont récemment fait mention d'un possible rajeunissement des patients admis dans leurs services, s'accompagnant d'une éventuelle plus forte proportion de patients sans comorbidité. Dans le même temps, des données anglaises et danoises ont été publiées, en faveur d'un risque de formes sévères augmenté en cas d'infection par le variant B.1.1.7 en comparaison avec les souches de 2020.

Afin de décrire l'éventuelle modification du profil des patients hospitalisés pour COVID-19, l'évolution de l'âge des patients dans les services de réanimation du réseau sentinelle et la présence de comorbidités sont détaillées ici depuis septembre 2020. L'analyse couvre une période précédant la diffusion des variants d'intérêt sur le territoire national (septembre-décembre 2020) et celle de leur diffusion progressive en janvier et février 2021.

- De septembre 2020 à novembre 2020, l'âge médian des patients admis en réanimation est resté stable (68 ans, IIQ : [60-74]). Après une légère augmentation observée en décembre 2020 (69 ans [60-75]), l'âge médian des patients a par la suite légèrement diminué, passant de 67 ans [58-74] en janvier à 66 ans [56-73] en février 2021. **L'évolution de la répartition des patients par classe d'âge** entre septembre 2020 et février 2021 est présentée dans le Tableau 9. On note une diminution de la proportion des patients âgés de 65 ans et plus depuis janvier 2021, plus marquée dans la classe d'âge des 75 ans et plus.

- La **proportion de patients présentant au moins une comorbidité** est restée stable de septembre à novembre 2020 (89%). Après une très légère augmentation de cette proportion observée en décembre 2020 (90%), on observe une légère diminution entre janvier (89%) et février 2021 (87%).

Tableau 8. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 09 mars 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=7 856)		Cas décédés en réanimation (n=1 565)	
	n	%	n	%
0-14 ans	20	<1	0	-
15-44 ans	475	6	30	2
45-64 ans	2 564	33	264	17
65-74 ans	2 861	37	589	38
75 ans et +	1 880	24	679	43
Non renseigné	56		3	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	872	11	77	5
Au moins une comorbidité	6 776	89	1 459	95
Hypertension artérielle	3 505	46	822	54
Obésité (IMC>=30) ³	3 104	45	554	41
Diabète	2 342	31	535	35
Pathologie cardiaque	1 877	25	578	38
Pathologie pulmonaire	1 610	21	403	26
Pathologie rénale	670	9	238	15
Immunodépression	527	7	175	11
Cancer	534	7	173	11
Pathologie neuromusculaire	268	4	86	6
Pathologie hépatique	178	2	73	5
Autre	1 171	15	249	16
Non renseigné	208		29	

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=6 912 et n=1 360 pour les cas décédés).

Tableau 9. Répartition par classe d'âge des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation de septembre 2020 à février 2021 et signalés par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France

	Sep. 2020	Oct. 2020	Nov. 2020	Déc. 2020	Jan. 2021	Fév. 2021
Classe d'âge	%	%	%	%	%	%
0-14 ans	<1	<1	<1	0	<1	<1
15-44 ans	7	6	5	5	7	7
45-64 ans	32	31	32	31	34	38
65-74 ans	36	37	38	37	36	34
75 ans et +	24	25	25	27	24	20

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

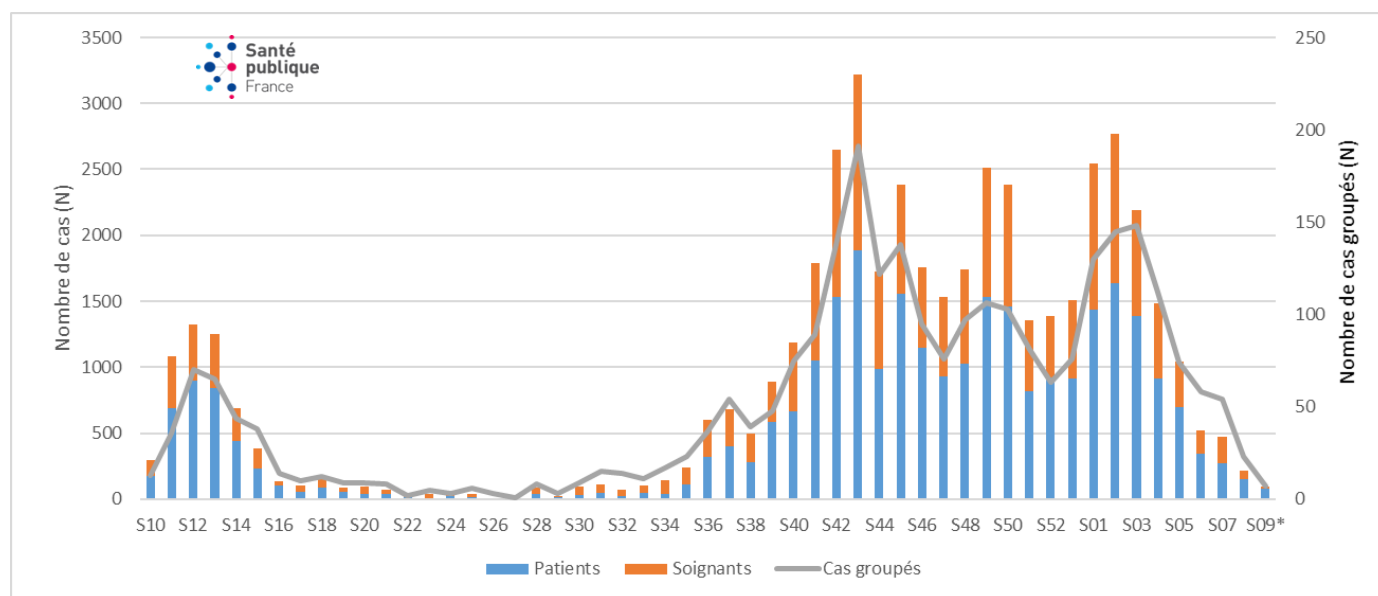
Le signalement des infections associées aux soins, dématérialisé via l'outil e-SIN, a permis, depuis mars 2020, aux établissements de santé de signaler des cas (isolés ou groupés) de COVID-19 nosocomiaux, c'est-à-dire survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un ES. Ce dispositif permet d'alerter les ARS et les centres régionaux de prévention des infections associées aux soins (CPIAS) en région, ainsi que Santé publique France. Il reste déclaratif et ne tend pas à l'exhaustivité.

- Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 07 mars 2021, **3 932 signalements (SIN) de COVID-19 nosocomiaux** ont impliqué 49 277 cas : 29 980 patients (217 décès liés), 19 287 soignants et 10 visiteurs. Ces SIN ont été émis par 993 établissements de santé (ES). Ces derniers étaient majoritairement des ES publics (53%). Dans ces ES, les services ayant le plus fréquemment déclaré sont les secteurs d'EHPAD, Soins de longue durée (SLD) et Soins de suite et de réadaptation (SSR) (46%), les services de médecine (30%) et les services de psychiatrie (8%).

Signalements de cas groupés

- Parmi les SIN nosocomiaux, **2 827 correspondaient à des cas groupés** (au moins 3 cas liés). Ces SIN comprennent **47 840 cas** : 28 975 patients (191 décès liés), 18 855 soignants et 10 visiteurs. Parmi les cas, la proportion de soignants par semaine (du premier cas) reste relativement stable, autour de 40% (33% en S06 et 42% en S07) (Figure 33).

Figure 33. Nombre de patients et de soignants positifs pour le SARS-CoV-2 (cas) parmi les signalements (SIN) de cas groupés de COVID-19 nosocomiaux et évolution du nombre de SIN de cas groupés de COVID-19 nosocomiaux, par semaine du premier cas, entre le 1^{er} janvier 2020 et le 07 mars 2021, France (N=2 827)



Semaines S08 et S09 : données non consolidées

Cas groupés incluant des soignants

- Parmi les 2 827 SIN de cas groupés, **2 261 SIN (80,0%)** incluent **des soignants** (18 855 cas). Parmi ces cas groupés, lorsque l'information est disponible (n=1 631, 72%), le cas index était **un patient** pour la moitié des épisodes (n=847, 52%), **un soignant** pour 40% (n=649) et un **visiteur/la famille** pour 5% (n=86) des épisodes. L'origine du cas groupé est parfois multifactorielle. Parmi ces cas groupés, **411 (14,5%) incluait uniquement des soignants** (2 888 cas).

- Pour les **1 639 SIN (72,5%)** pour lesquels l'information était disponible, les hypothèses pour expliquer les contaminations pouvaient être multiples. Près de 41% (n=678) de ces SIN évoquent la **découverte fortuite d'un cas**, 41% (n=671) des **mesures barrières non optimales** (incluant les difficultés d'application des bonnes pratiques), 23% (n=381) les **pauses et transmissions** entre les soignants, 18% (n=293) les **visiteurs/familles**, 12% (n= 202) **l'utilisation des chambres doubles**, et 11% (n=188) un **patient déambulant**.

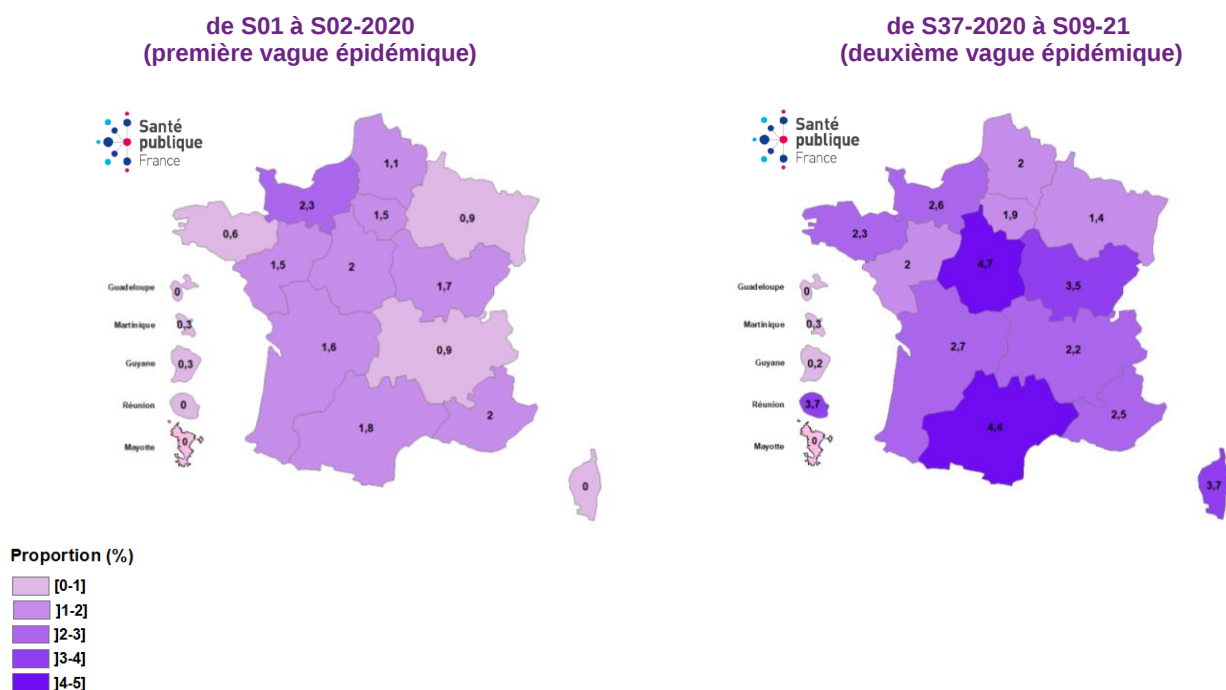
Parmi les 411 cas groupés incluant uniquement des soignants, la contamination est principalement décrite lors des **pauses et transmissions (n=177, 58% des 304 SIN renseignés)**, puis à l'occasion de **mesures barrières non optimales** (incluant les difficultés d'application des bonnes pratiques) (n=93, 31%), ou de la **découverte fortuite d'un cas** (n=76, 25%), ou dans la **sphère privée** (n=65, 21%).

- Pour les **2 035 SIN (90,0%)** pour lesquels l'information était disponible, les mesures correctives décrites peuvent être multiples. Ces mesures correctives étaient : la mise en place de **dépistages** (n=1 702, 84%), le **renforcement des mesures barrières** (n=985, 48%), la **mise en place de précautions complémentaires gouttelettes** (n=327, 16%) et l'installation d'un **secteur COVID** (n=325, 16%).

Parmi les 411 cas groupés incluant uniquement des professionnels de santé, les mesures correctives mises en œuvre étaient similaires. On note cependant que le renforcement des mesures barrières a une place relativement plus importante (n=225, 66% des 341 SIN renseignés).

- Une plus forte proportion de soignants a été contaminée par la COVID-19, lors de la deuxième vague : 2,5% vs 1,4% lors de la première vague (Figure 34). Les disparités géographiques observées au niveau des proportions de professionnels de santé positifs ne sont pas superposables avec l'épidémiologie globale de COVID-19, ce qui rappelle que le signalement reste déclaratif et non-exhaustif.

Figure 34. Distribution régionale de la proportion de professionnels de santé impliqués dans un cas groupé de COVID-19 nosocomial dans les établissements de santé ayant signalé (Données SAE 2019), entre S01-2020 et S26-2020 et entre S37-2020 et S09-2021, France

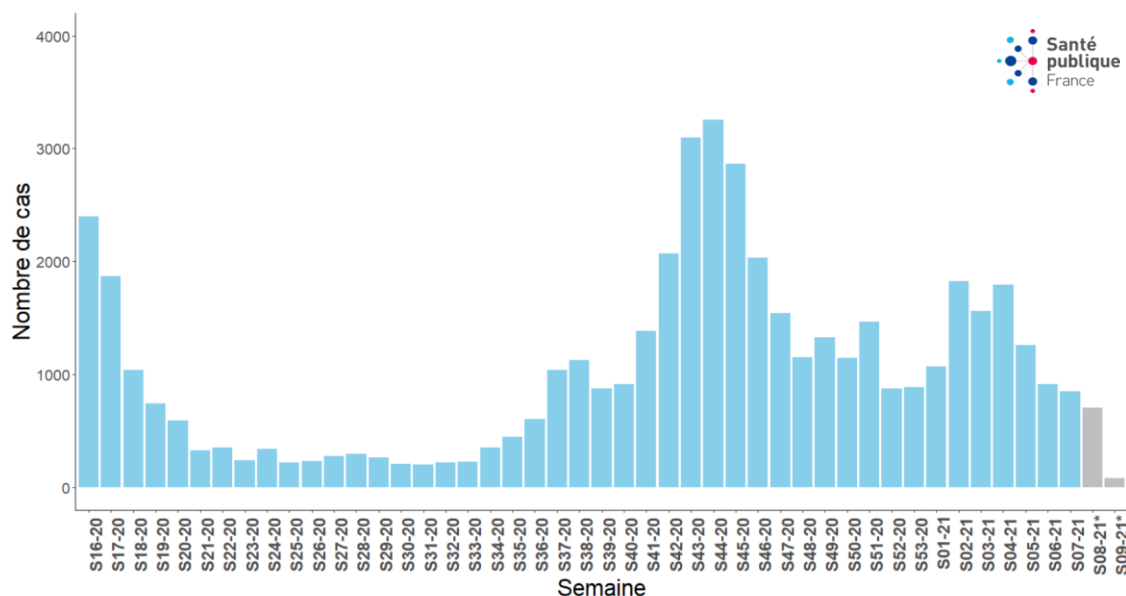


SURVEILLANCE DES CAS DE COVID-19 CHEZ LES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Mise en place le 22 avril 2020, cette surveillance a pour objectif de recenser les professionnels salariés d'un établissement de santé (PES) d'hospitalisation, public ou privé, ayant été infectés par le SARS-CoV-2 depuis le 1^{er} mars 2020. Ces données sont déclarées chaque semaine par un référent de chaque établissement, et susceptibles d'être corrigées a posteriori au cours de la période de surveillance.

- Depuis le dernier bilan publié le 11 février 2021, 4 961 cas supplémentaires ont été déclarés, portant à **72 832 le nombre de professionnels en établissement de santé (PES) infectés pour la période du 1^{er} mars 2020 au 08 mars 2021**, soit 7,6 % des PES des établissements participant à l'enquête. La répartition actualisée du nombre hebdomadaire de cas déclarés montre, après une relative stabilisation du nombre de cas entre les semaines 48 et 51-2020 et **une augmentation entre les semaines 53-2020 et 04-2021, une tendance à la diminution du nombre de cas à partir de la S05**. Les données des semaines 08 et 09 ne sont pas consolidées (Figure 35).
- Aucun décès supplémentaire lié à la COVID-19 n'a été déclaré depuis le dernier bilan. Au total, **19 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2** ont été enregistrés depuis le 1^{er} mars 2020, survenus chez 5 médecins, 5 aides-soignants, 1 infirmier, 2 professionnels de santé classés « autres » et 6 professionnels non soignants. Parmi les décès déclarés, aucun n'est survenu depuis mi-décembre 2020.
- Parmi les **72 832 cas**, **52 636 (72%)** étaient des professionnels de santé et **7 561 (10%)** des professionnels non soignants. Pour **17%** des cas, la catégorie professionnelle n'était pas renseignée.
- Les deux professions les plus souvent rapportées sont les infirmiers (N=17 968, 24,7% des cas) et les aides-soignants (N=15 657, 21,5% des cas). Proportionnellement, les aides-soignants (**9,5%**) et les kinésithérapeutes (**9,0%**) ont été les professions les plus impactées (Tableau 10).
- La répartition géographique de la proportion de PES infectés (Figure 36), montre que la majorité des régions a été fortement impactée par l'épidémie lors de la deuxième vague. Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Centre-Val de Loire apparaissent comme les régions les plus touchées.

Figure 35. Nombre de professionnels en établissement de santé déclarés atteints de COVID-19 par les établissements participant, par semaine, depuis le 13 avril 2020 (N=48 599), France (données au 08 mars 2021)



* Les données pour S08 et S09 sont en cours de consolidation.

Note. Les cas antérieurs au 13 avril 2020 (N=24 233) ont été signalés à Santé publique France de manière rétrospective et agrégée sans précision sur leur semaine de signalement.

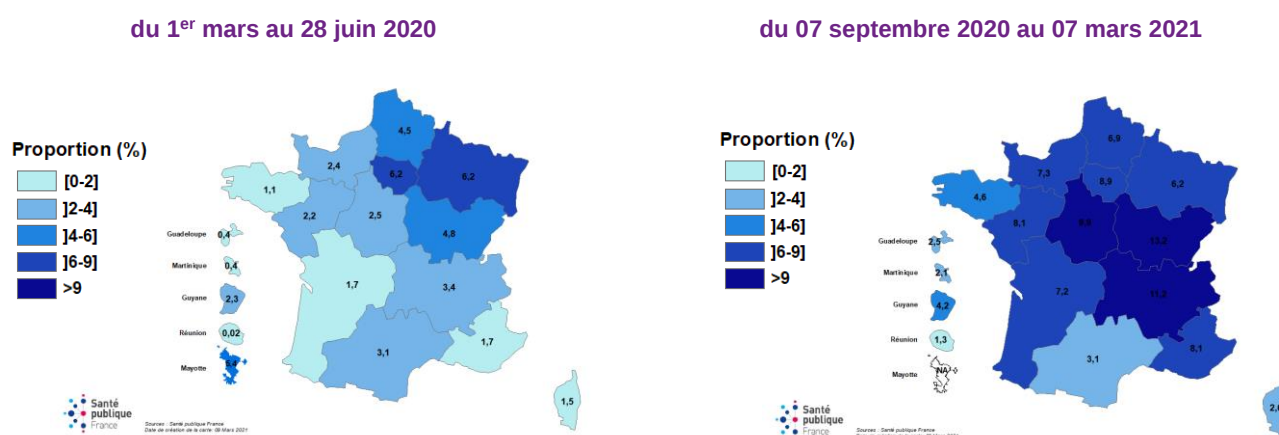
Tableau 10. Nombre et proportion de professionnels en établissement de santé (PES) déclarés atteints de COVID-19, par catégorie professionnelle, parmi les PES des établissements de santé participant, depuis le 1^{er} mars 2020, France (données au 08 mars 2021)

Catégorie professionnelle	Nombre de cas	% parmi les PES
Infirmier	17 968	7,1
Aide-soignant	15 657	9,5
Médecin	5 293	5,9
Interne	2 160	6,6
Kinésithérapeute	679	9,0
Sage-femme	448	3,5
Autre professionnel soignant	8 236	6,5
Autre professionnel non soignant	7 561	3,1
Inconnu	12 635	NA
Total	70 637	7,6

Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : [SAE, données 2019](#)

NB. Les cas survenus parmi la catégorie professionnelle « élèves » (N=2 195) n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, en l'absence de dénominateur connu.

Figure 36. Proportion (%) de professionnels en établissement de santé (PES) déclarés atteints de COVID-19 parmi les PES des établissements de santé participant (N=69 717 sur les deux périodes représentées), par région, France (données au 08 mars 2021)



NA : non applicable, aucun établissement n'a participé pour cette période.

Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : [SAE, données 2019](#)

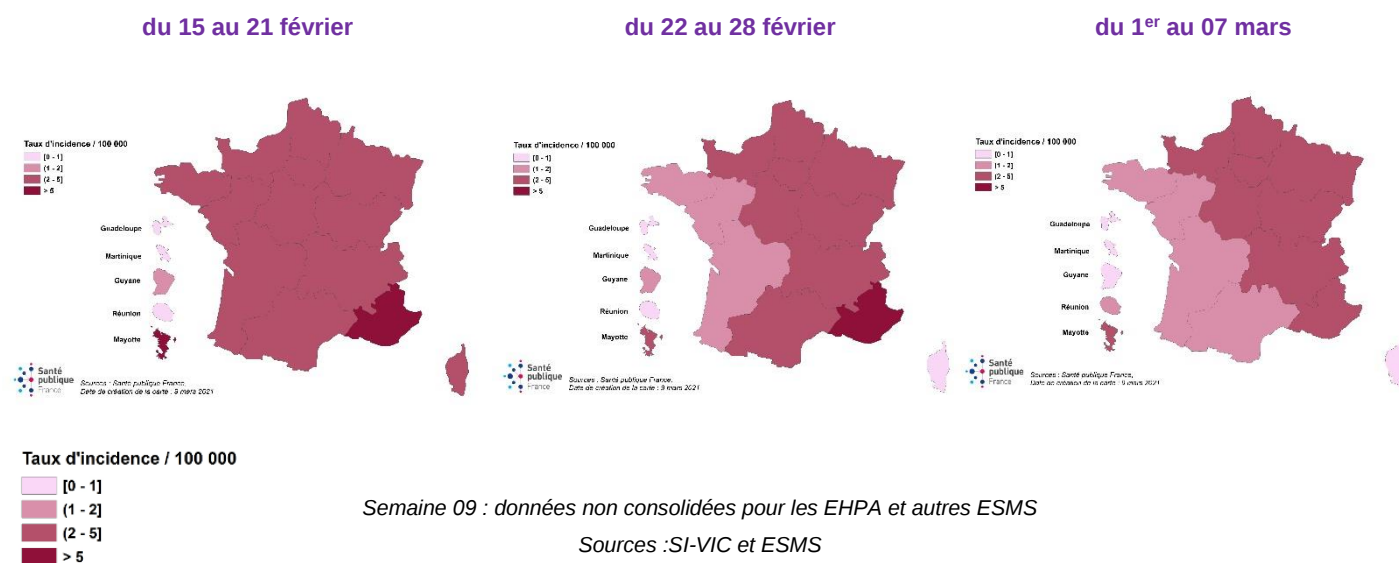
NB. Les cas survenus parmi la catégorie professionnelle « élèves » n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, en l'absence de dénominateur connu.

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

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

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 09 mars 2021, **89 327 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **64 083** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **25 244** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 07 mars 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 en diminution en semaine 08**, avec 2 098 décès vs 2 378 en S07 (-12%). **En semaine 09, 1 959 décès ont été recensés** mais les données n'étant pas consolidées, l'évolution ne peut pas encore être interprétée.
 - En ESMS : une diminution des décès était constatée entre S07 et S08 (-12%). Entre S08 et S09, l'évolution ne peut pas être interprétée, les données n'étant pas consolidées.
 - En hospitalisation : une diminution des décès était notée entre S07 et S08 (-12%). Entre S08 et S09, le nombre de décès a légèrement augmenté (+3%, données consolidées).
- Après consolidation des données, à l'échelle nationale le **taux hebdomadaire de décès** en S08 était de **3,1 pour 100 000 habitants** (vs 3,5 en S07). En S09 (données non consolidées), ce taux était de 2,9.
- **En semaine 09 (données non consolidées)**, les **plus forts taux de décès** dus à la COVID-19 **par région** rapportés à la population étaient observés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (4,8/100 000 habitants), **Hauts-de-France** (4,3), **Bourgogne-Franche-Comté** (3,7), **Île-de-France** (3,6) et **Grand Est** (3,5) (Figure 37).
- Entre les semaines 07 et 08 (données consolidées), **le taux de décès avait augmenté** en **Normandie** (+34%), **Île-de-France** (+6%) et à **La Réunion** (+5 décès). Entre les semaines 08 et 09, bien que les données ne soient pas consolidées, une augmentation du taux de décès était observée en **Hauts-de-France** (+24%), **Île-de-France** (+9%) et **Nouvelle-Aquitaine** (+9%), et une légère augmentation était observée à **La Réunion** (+2 décès) et en **Corse** (+1 décès).

Figure 37. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 15 février au 07 mars 2021 (S07 à S09), 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, 38 665 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 11).

- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92,8% des personnes avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 54% de ces décès.
- 54,7% de ces certificats de décès contenaient une mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée.

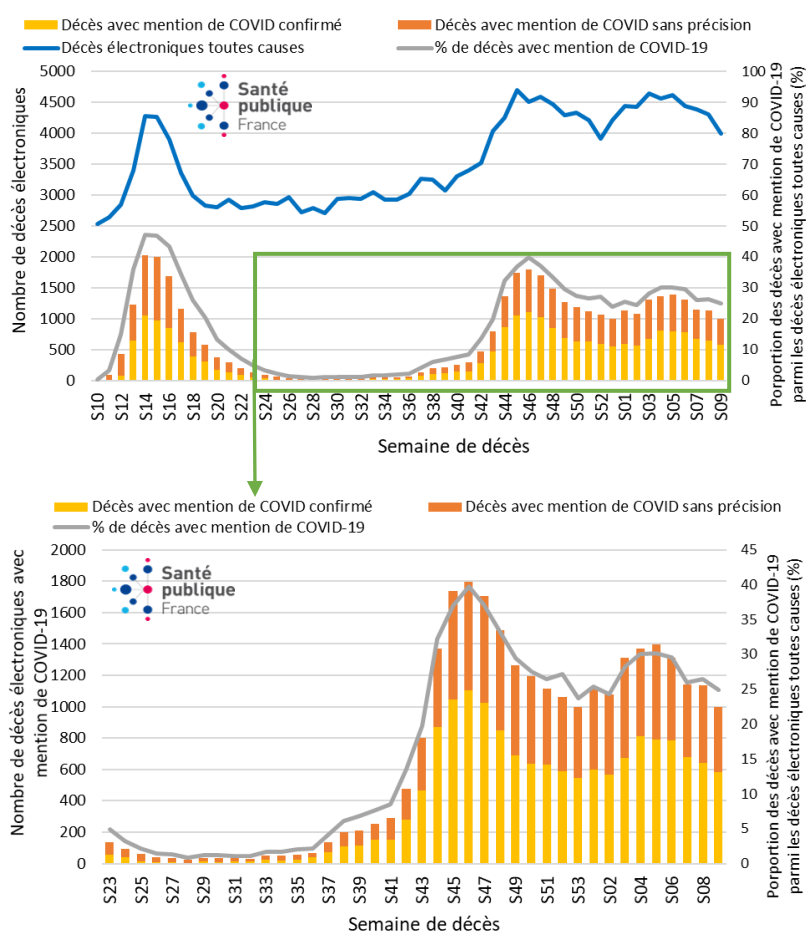
- Des comorbidités étaient renseignées pour 25 245 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 35% de ces décès et une mention d'hypertension artérielle pour 22%.

- 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 09 (du 1^{er} au 07 mars 2021), **998 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 25% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 38). Ce **nombre de décès est en diminution de 12,3% par rapport à la semaine précédente** (-140 décès). La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 58%.

- Parmi les 998 personnes décédées au cours de la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 196 (80%) étaient âgées de 75 ans et plus, 153 (15%) de 65 à 74 ans et 44 (4%) de 45 à 64 ans. Cinq personnes décédées étaient âgées de 15 à 44 ans.

Figure 38. 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 07 mars 2021, France (données au 09 mars 2021)



Sources : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 11. 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 08 mars 2021, France (données au 09 mars 2021)

Sexe	n	%
Hommes	21 060	54
Femmes	17 604	46

Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ou non renseigné¹		Avec comorbidités¹		Total²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	1	25	3	75	4	0
15-44 ans	73	32	152	68	225	1
45-64 ans	714	28	1 827	72	2 541	7
65-74 ans	1 623	29	3 892	71	5 515	14
75 ans ou plus	11 009	36	19 371	64	30 380	78
Tous âges	13 420	35	25 245	65	38 665	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	8 910	35
Hypertension artérielle	5 565	22
Diabète	4 031	16
Pathologie respiratoire	3 289	13
Pathologie rénale	3 314	13
Pathologies neurologiques*	2 184	9
Obésité	1 406	6
Immunodéficience	553	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 depuis la S40-2020** (du 28 septembre au 04 octobre 2020) **jusqu'en S08-2021** (du 22 au 28 février 2021). Les effectifs ont atteint un premier pic en semaines 45 et 46-2020 (atteignant respectivement +33% et +31% par rapport à la mortalité attendue) puis un deuxième, de moindre amplitude, en semaine 03-2021 (atteignant +22%). **La diminution observée depuis la semaine 04 se poursuit de façon plus marquée en semaine 08** (Tableau 12 et Figure 39). Du fait du délai habituel de transmission des données, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 08-2021 sera précisée la semaine prochaine.

- Ces excès concernent essentiellement **les personnes de 65 ans ou plus**.

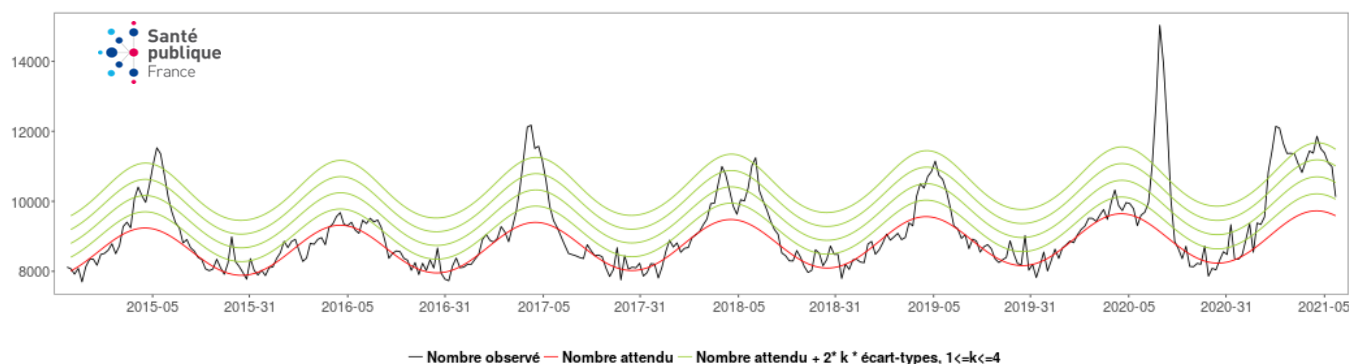
Tableau 12. Estimation de la proportion (%) de l'excès de décès par rapport à la mortalité attendue, tous âges confondus, dans un échantillon de 3 000 communes, de la semaine 01 à la semaine 07-2021, France

Semaine	2021						
	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07
%	+18	+17	+22	+18	+17	+15	+14

Estimations non consolidées pour les semaines S05 à S07-2021

Sources : Santé publique France, Insee

Figure 39. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 34-2014 à la semaine 08-2021, France



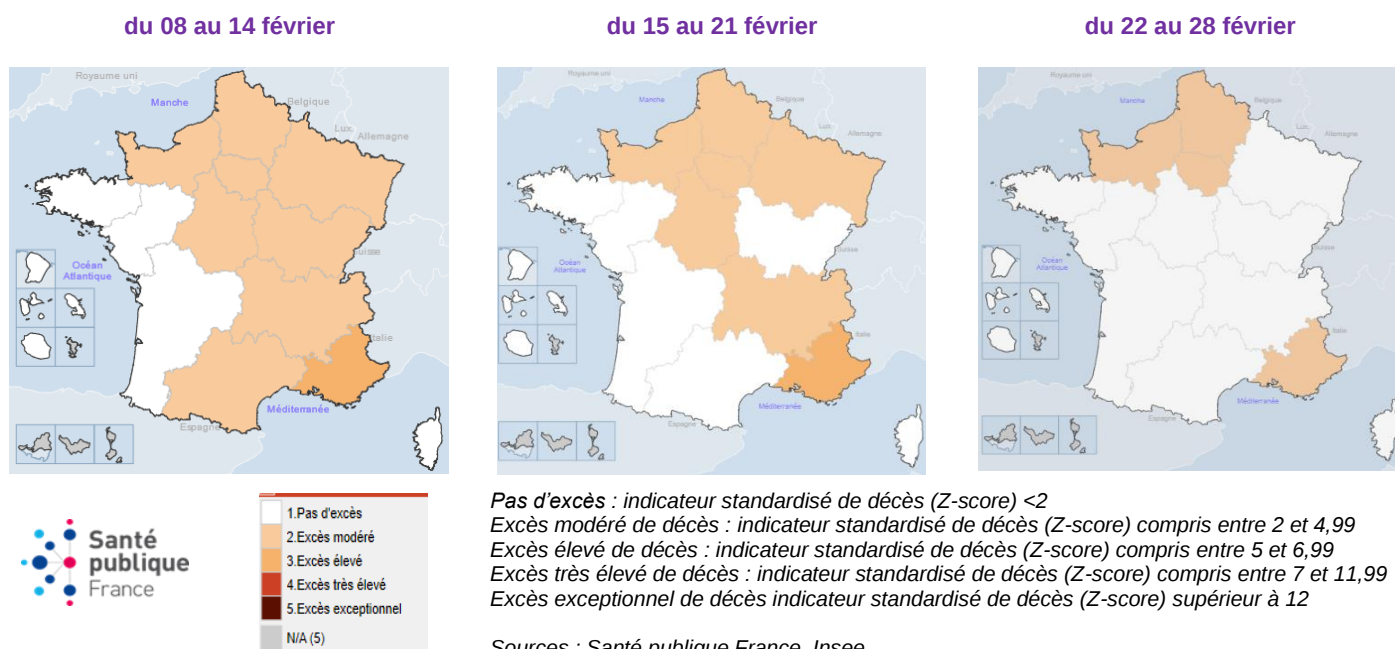
Sources : Santé publique France, Insee

- Au niveau régional, le nombre de décès toutes causes confondues semble revenir dans les marges de fluctuation habituelle dans la majorité des régions, sauf en Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans les Hauts-de-France, où les effectifs restent élevés, malgré une diminution en semaine 08, et en Île-de-France et Normandie, où le nombre de décès reste proche de la limite haute des marges de fluctuation habituelle. Ces dynamiques restent à confirmer avec la consolidation des données.

- Au total, **le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu** en S05 et S06 dans neuf régions, en S07 dans six régions et **en S08 dans quatre régions** : Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Figure 40).

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 05 à 08-21, 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 40. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 06, 07 et 08-2021, par région, France (données au 09 mars 2021)



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'à S46 (Figure 41). Le nombre de décès est resté en plateau à un niveau élevé jusqu'en semaine 52, avant de repartir à la hausse jusqu'en semaine 03. **Une diminution rapide s'observe depuis la semaine 04 jusqu'à revenir dans les marges de fluctuation habituelle en semaines 07 et 08.** Cette dynamique reste à confirmer avec la consolidation des données de chaque pays/région (Figure 41).
- Au total, un excès de mortalité était observé dans 17 pays/régions en S04-2021, dans 12 pays/régions en S05, dans 10 pays/régions en S06 et dans neuf pays/régions en S07 (Angleterre, Ecosse, Pays-Bas, France, Italie, Malte, Israël, Espagne et Portugal) (Figure 42).

Figure 41. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 27 pays/régions européens, de la semaine 16-2017 à la semaine 08-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 03 mars 2021)

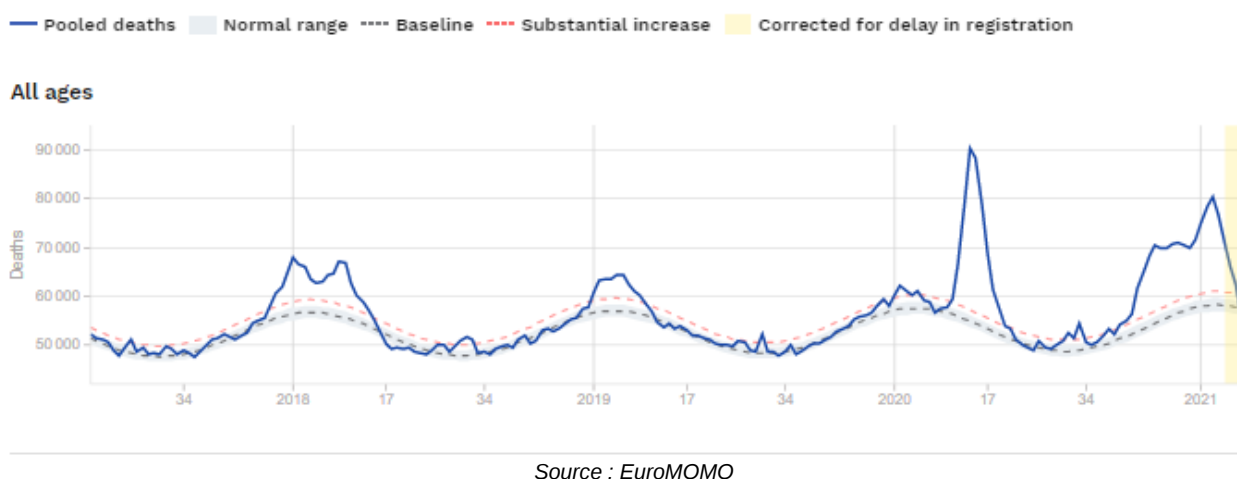
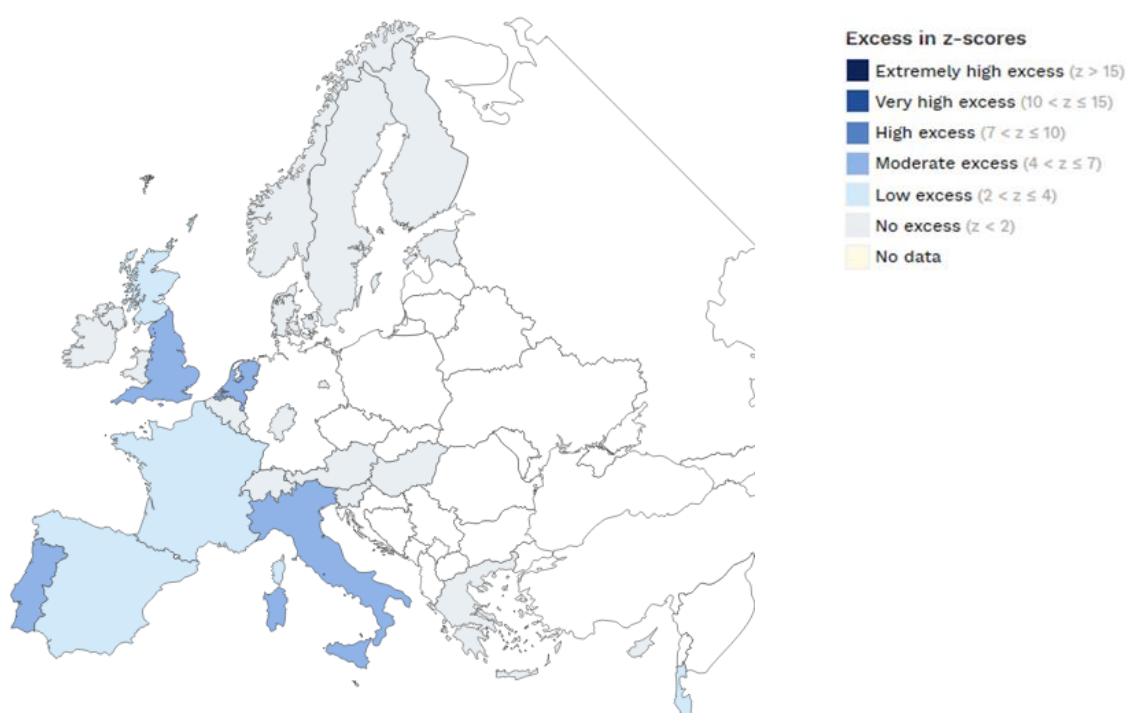


Figure 42. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 07-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 03 mars 2021)



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 plus de 75 ans. Depuis le 25 février 2021, les personnes âgées de 50 à 64 ans et présentant des comorbidités ont également la possibilité de se faire vacciner. 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. [Une description des indicateurs produits est disponible.](#)

► En population générale

● Le 09 mars 2021, **4 164 418 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 2 032 791 personnes ont été vaccinées par deux doses** (données par date d'injection). Il est ainsi estimé qu'à cette date, 6,2% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (vs 4,7% le 03 mars 2021) et 3,0% a reçu deux doses (Tableau 13).

Tableau 13. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 09 mars 2021, par région, France

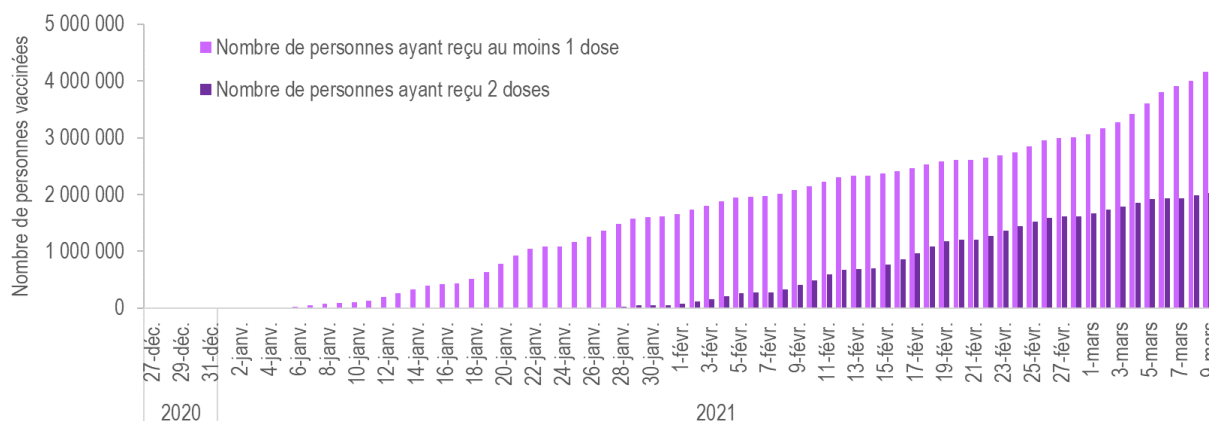
Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	495 800	6,2	232 852	2,9
Bourgogne-Franche-Comté	207 652	7,5	121 734	4,4
Bretagne	237 217	7,1	111 724	2,6
Centre-Val de Loire	171 590	6,7	87 603	3,4
Corse	31 258	9,1	14 184	4,1
Grand Est	386 173	7,0	176 293	3,2
Hauts-de-France	353 485	5,9	131 797	2,2
Ile-de-France	618 812	5,0	285 558	2,3
Normandie	227 852	6,9	124 852	3,8
Nouvelle-Aquitaine	428 928	7,1	232 481	3,9
Occitanie	402 012	6,8	215 311	3,6
Pays de la Loire	226 004	5,9	114 477	3,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	332 410	6,6	166 769	3,3
France métropolitaine	4 119 193	6,3	2 015 635	3,1
Guadeloupe	4 444	1,2	1 685	0,4
Guyane	5 180	1,8	1 704	0,6
La Réunion	22 470	2,6	8 625	1,0
Martinique	6 110	1,7	3 203	0,9
Mayotte	6 411	2,3	1 743	0,6
Saint-Barthélemy	315	3,2	67	0,7
Saint-Martin	292	0,8	127	0,0
Non précisé	3	non applicable	2	non applicable
France entière	4 164 418	6,2	2 032 791	3,0

Du fait de défauts 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).

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

● En une semaine (depuis le 02 mars 2021), plus de 1 million de personnes ont reçu leur première dose de vaccin. Il est observé une augmentation des vaccinations réalisées à compter du 04 mars 2021, particulièrement visible sur les nombres de personnes ayant reçu au moins une dose (Figure 43).

Figure 43. Nombres cumulés de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19, par jour de vaccination, France (données du 27 décembre 2020 au 09 mars 2021)



● Les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées chez les personnes les plus âgées (Tableau 14) du fait du ciblage prioritaire des personnes âgées par la campagne de vaccination, comme recommandé par la Haute Autorité de santé (HAS) : résidents en EHPAD ou USLD, personnes de 75 ans et plus et, plus récemment, personnes de 50 à 74 ans atteintes d'une ou plusieurs comorbidités.

Les couvertures vaccinales ont particulièrement augmenté chez les personnes les plus âgées ; 80 ans et plus : 35,3% (vs 29,1% le 02 mars 2021), 75-79 ans : 32,8% (vs 25,6%) et 70-74 ans : 7,8% (vs 4,5%).

Tableau 14. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 09 mars 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	37 868	0,7	7 425	0,1
25-29	62 300	1,7	18 203	0,5
30-39	166 949	2,0	61 695	0,7
40-49	243 447	2,8	102 340	1,2
50-59	596 221	6,8	285 900	3,3
60-64	349 586	8,5	125 543	3,1
65-69	240 522	6,2	87 797	2,3
70-74	272 287	7,8	102 693	3,0
75-79	728 198	32,8	389 031	17,5
80 ans et +	1 466 268	35,3	851 970	20,5
inconnu*	772	non applicable	194	non applicable
Tous	4 164 418	6,2	2 032 791	3,0

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

● Les couvertures vaccinales au moins une dose sont de 5,4% pour les hommes et de 6,9% pour les femmes.

Accès aux données en population générale (Geodes)

- Couverture vaccinale au moins une dose selon le sexe : [homme](#) [femme](#)
- Couverture vaccinale au moins une dose selon l'âge : ex : [75-79 ans](#) ; [80 ans et +](#)
- Couverture vaccinale 2 doses selon le sexe [homme](#) ; [femme](#)
- Couverture vaccinale 2 doses selon l'âge ex : [75-79 ans](#) ; [80 ans et plus](#)
- Nombre cumulé de personnes vaccinées au moins une dose selon le sexe : [homme](#) ; [femme](#)
- Nombre cumulé de personnes vaccinées au moins une dose selon l'âge ex : [75-79 ans](#) ; [80 ans et plus](#)
- Nombre cumulé de personnes vaccinées 2 doses selon le sexe [homme](#) ; [femme](#)
- Nombre cumulé de personnes vaccinées 2 doses selon l'âge ex : [75-79 ans](#) ; [80 ans et plus](#)

Les nombres quotidiens sont également disponibles

► Résidents en Ehpad ou en USLD

Les résidents en Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou en USLD (unités de soins de longue durée) comptent parmi les personnes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 car ils sont particulièrement touchés par cette maladie.

Les [définition, modalité de constitution et limites des indicateurs](#) sont disponibles sur le site de Santé publique France. Les couvertures vaccinales chez les résidents en Ehpad ou USLD peuvent notamment être surestimées si des personnes non-résidentes d'Ehpad ou d'USLD et âgées de 65 ans et plus ont été vaccinées dans ces structures. Les antécédents de COVID-19 ne sont pas pris en compte dans ces estimations car non renseignés dans Vaccin Covid.

- Au 09 mars 2021, **536 674 résidents en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France (vs 512 605 le 02 mars 2021). Il est ainsi estimé que **85,6% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19 (vs 81,8% le 02 mars 2021).

- Les couvertures vaccinales régionales de la première dose varient entre 75,6% et plus de 99,0% en France métropolitaine. Les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions et départements, notamment dans celles présentant des défauts de saisie dans Vaccin Covid (Figure 44).

- Il est estimé que **399 537 résidents des Ehpad et USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, ce qui correspond à 63,7% de ces résidents en France (Figure 45).

Figure 44. Couverture vaccinale des résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (% des résidents), par département, au 09 mars 2021, France

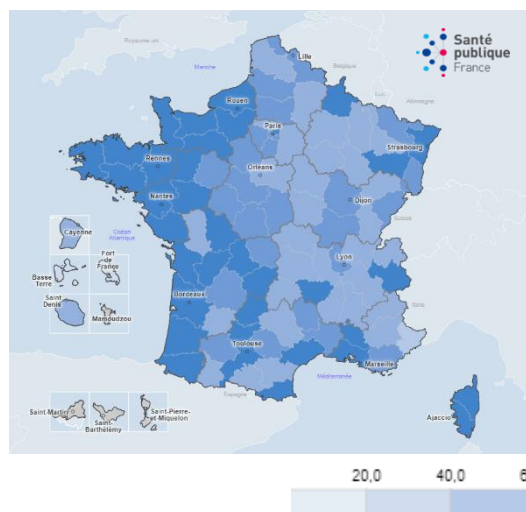
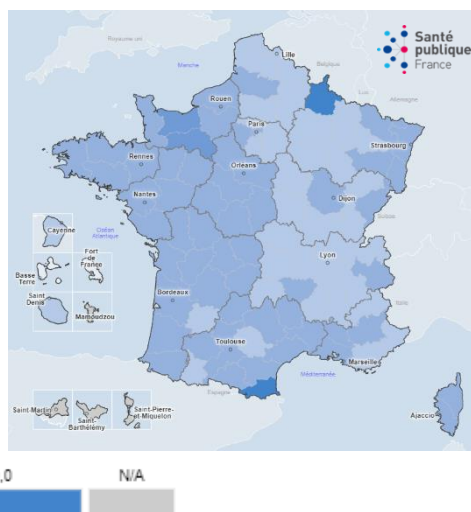


Figure 45. Couverture vaccinale des résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des résidents), par département, au 09 mars 2021, France



Données non applicables à Mayotte.

Surestimation possible dans certains régions/départements, due à un dénominateur imprécis et aux limites de l'indicateur.

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France.

- Les évolutions des couvertures vaccinales au moins une dose et deux doses pour les résidents en Ehpad ou USLD sont présentées dans la Figure 48.

Accès aux données des résidents en Ehpad ou USLD (Geodes)

- [Couverture vaccinale des résidents \(au moins 1 dose\)](#)
- [Couverture vaccinale des résidents \(2 doses\)](#)
- [Nombre cumulé de résidents vaccinés \(au moins 1 dose\)](#)
- [Nombre cumulé de résidents vaccinés \(2 doses\)](#)
- [Nombre quotidien de résidents vaccinés \(au moins 1 dose\)](#)
- [Nombre quotidien de résidents vaccinés \(2 doses\)](#)

► Professionnels de santé

Sont inclus tous les professionnels de santé quel que soit leur lieu d'exercice (libéral, établissement de santé privé ou public, établissement médico-social, autres ...). Les [définition, modalité de constitution et limites des indicateurs](#) sont disponibles sur le site de Santé publique France. Les professionnels de santé sont identifiés dans la base Vaccin Covid par une saisie manuelle rendue possible à compter du 28 janvier 2021 (ajout d'une variable dans l'outil VAC-SI). Sont retenus comme professionnels de santé les personnes présentant un codage manuel mentionnant qu'il est un professionnel de santé quel que soit son lieu d'exercice (établissement de santé public ou privé, établissement médico-social, ambulatoire, autres professionnels de santé : étudiants, professionnels de prévention). Cet indicateur est sous-estimé du fait que le codage manuel n'a été mis en œuvre qu'à partir du 28 janvier 2021. Les personnes ayant reçu leurs deux doses avant le 28 janvier 2021 ne sont pas prises en compte. Cet indicateur est présenté pour la première fois dans ce point épidémiologique.

• **Au 09 mars 2021** (données par date d'injection), selon les données issues de Vaccin Covid, **872 715 professionnels de santé ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 525 391 en ont reçu deux** (Tableau 15). Les répartitions régionales sont présentées dans le Tableau 15. Les couvertures vaccinales dans cette population seront publiées dans les prochains jours.

• Selon les tranches d'âge, les professionnels de santé les plus nombreux à se faire vacciner étaient : 50-59 ans : 292 202 (soit 33,5% des premières doses chez les professionnels de santé ; 40-49 ans : 175 298 (20,2%).

• En termes de répartition par sexe, 609 919 professionnels de santé femmes se sont fait vacciner au moins une dose (69,9% des professionnels de santé) et 262 179 hommes (30,0%) (617 données manquantes).

Tableau 15. Nombres de professionnels de santé ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 en France, par région (données du 27 décembre 2020 au 09 mars 2021)

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Deux doses de vaccin (N)
Auvergne-Rhône-Alpes	105 429	56 829
Bourgogne-Franche-Comté	39 004	24 815
Bretagne	53 478	29 805
Centre-Val de Loire	35 712	23 503
Corse	3 488	2 257
Grand Est	80 436	47 221
Hauts-de-France	69 749	39 645
Ile-de-France	139 128	80 632
Normandie	49 195	31 342
Nouvelle-Aquitaine	89 378	54 784
Occitanie	84 216	55 614
Pays de la Loire	54 897	30 068
Provence-Alpes-Côte d'Azur	60 611	44 488
France métropolitaine	864 721	521 003
Mayotte	756	353
Saint-Martin	27	9
La Réunion	4 351	2 241
Martinique	1 165	845
Guyane	896	516
Saint-Barthélemy	31	10
Guadeloupe	768	413
Non précisé	0	1
France entière	872 715	525 391

Accès aux données des professionnels de santé (Géodes)

- Nombre cumulé de PS vaccinés (au moins 1 dose)
- Nombre cumulé de PS vaccinés selon le sexe (au moins 1 dose) : [homme](#) [femme](#)
- Nombre cumulé de PS vaccinés selon l'âge (au moins 1 dose) : ex : [40-49 ans](#) ; [50 – 59 ans](#)
- Nombre cumulé de PS vaccinés (2 doses)
- Nombre cumulé de PS vaccinés selon le sexe (2 doses) : [homme](#) [femme](#)
- Nombre cumulé de PS vaccinés selon l'âge (2 doses) : ex : [40-49 ans](#) ; [50 – 59 ans](#)

Les nombres quotidiens sont également disponibles.

► 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 [définition, modalité de constitution et limites des indicateurs](#) sont disponibles. Les couvertures vaccinales des professionnels en Ehpad ou en USLD peuvent être surestimées si des personnes non professionnelles de l'Ehpad ou de l'USLD ont été vaccinées dans l'Ehpad, ainsi que 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 09 mars 2021, **218 139 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France (données par date d'injection). Il est ainsi estimé que **46,6% des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu une première dose de vaccin**. Les couvertures vaccinales de la première dose varient selon les régions métropolitaines entre 37,2% et 55,4% (Figure 46). Cependant, les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions, notamment celles présentant des défauts de saisie dans Vaccin Covid.
- Il est estimé que **143 073 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, correspondant à 30,6% de ces professionnels en France (Figure 47).

Figure 46. Couverture vaccinale des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par région, 09 mars 2021, France

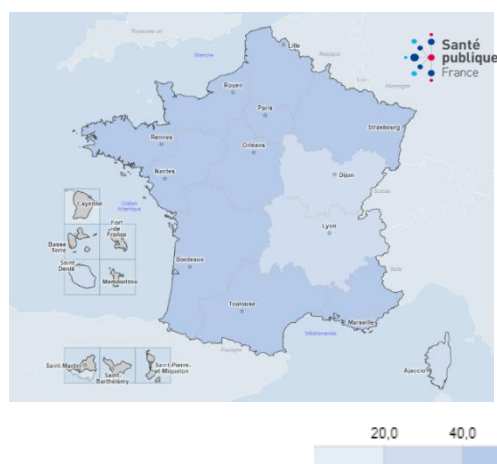
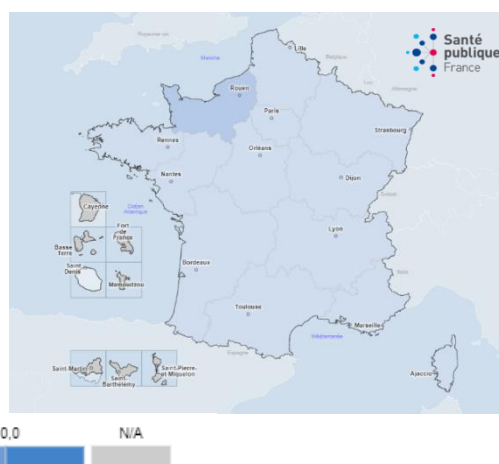


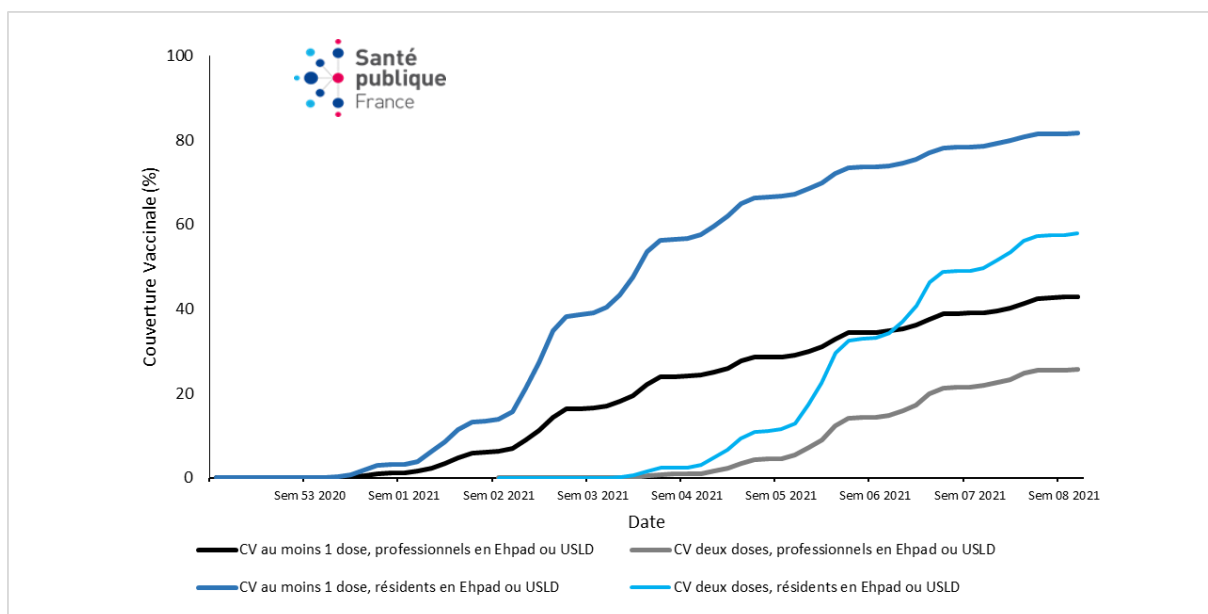
Figure 47. Couverture vaccinale des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par région, 09 mars 2021, France



Données non applicables à Mayotte. Surestimation possible dans certaines régions due à un dénominateur imprécis et aux limites de l'indicateur. Données Vaccin Covid Cnam, exploitation Santé publique France.

- Les évolutions des couvertures vaccinales au moins une dose et deux doses pour les professionnels exerçant en Ehpad ou USLD sont présentées dans la Figure 48.

Figure 48. Couvertures vaccinales pour les résidents et les professionnels des Ehpad ou USLD en fonction du nombre de doses de vaccin contre la COVID-19 au 09 mars 2021, par jour de vaccination, France



Données Vaccin Covid Cnam, exploitation Santé publique France.

Accès aux données des professionnels des Ehpad ou USLD (Géodes)

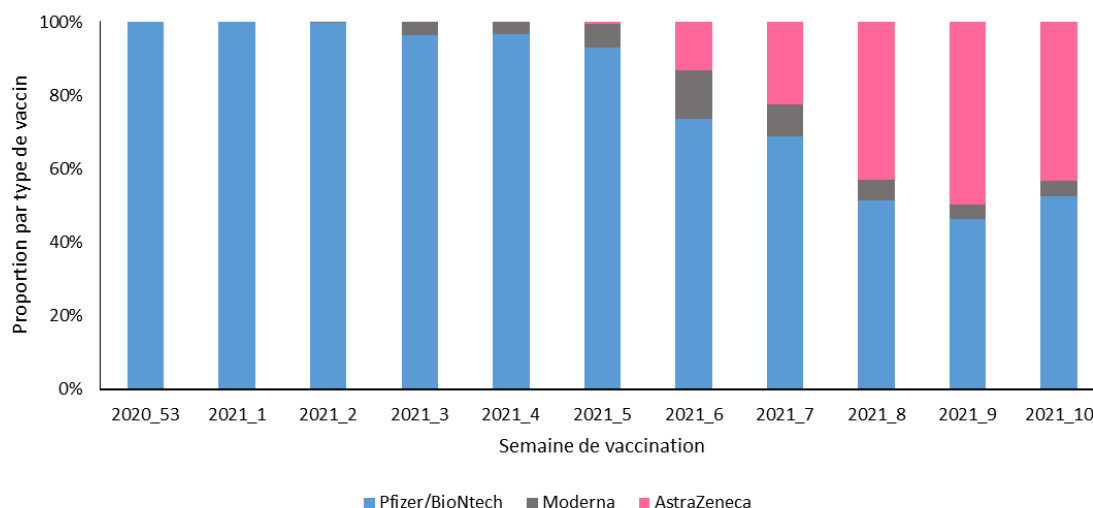
- [Couverture vaccinale des professionnels en Ehpad ou USLD \(au moins 1 dose\)](#)
- [Couverture vaccinale des professionnels en Ehpad ou USLD \(2 doses\)](#)
- [Nombre cumulé de professionnels en Ehpad ou USLD vaccinés \(au moins 1 dose\)](#)
- [Nombre cumulé de professionnels en Ehpad ou USLD vaccinés \(2 doses\)](#)
- [Nombre quotidien de professionnels en Ehpad ou USLD vaccinés \(au moins 1 dose\)](#)
- [Nombre quotidien de professionnels en Ehpad ou USLD vaccinés \(2 doses\)](#)

► 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 (Figure 49). Pour les premières doses : 74,8% des vaccinations ont été réalisées avec le vaccin Pfizer/BioNtech, 5,0% Moderna et 20,2% AstraZeneca. En semaine 09, la proportion de vaccins AstraZeneca utilisés pour la première dose était de 43,2%. La vaccination des personnes à risque âgées de 50 à 64 ans peut être réalisée avec ce vaccin par les médecins généralistes depuis le 25 février 2021.

- Pour les secondes doses : 96,0% des vaccinations ont été réalisées avec le vaccin Pfizer/BioNtech.

Figure 49. Proportion de personnes vaccinées par type de vaccin pour la première dose en France (données du 27 décembre 2020 au 08 mars 2021)



Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

Accès aux données par type de vaccin (Géodes)

- [Nombre quotidien de personnes vaccinée selon le type de vaccin](#) : ex : [Pfizer BioNtech](#)
- [Nombre cumulé de personnes selon le type de vaccin](#) : ex : [Pfizer BioNtech](#)
- [Nombre quotidien de personnes vaccinées 2 doses selon le type de vaccin](#) ex : [Pfizer BioNtech](#)
- [Nombre cumulé de personnes vaccinées 2 doses selon le type de vaccin](#) ex : [Pfizer BioNtech](#)

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

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 février 2021.

En vague 21 (du 15 au 17 février 2021), l'enquête CoviPrev a montré :

- une stabilité de l'adoption systématique des mesures barrières à l'exception d'une baisse mineure sur des mesures d'hygiène et d'une baisse plus conséquente **du respect de la distance entre individus, probablement liée** au passage de cette distance de 1 à 2 mètres. L'adoption systématique du masque en public est restée élevée et stable depuis le début du deuxième confinement ;
- une **augmentation des intentions de se faire vacciner** contre la COVID-19 des personnes non vaccinées (57%) et ce, dans toutes les tranches d'âge. Les 65 ans et plus exprimaient la plus forte intention de se faire vacciner (72%) ;
- une **augmentation des états dépressifs** (+3 points) **et anxieux** (+ 4 points) depuis la vague d'enquête précédente (vague 20 : 18-20 janvier) et un **maintien à un niveau élevé des problèmes de sommeil déclarés au cours des 8 derniers jours**.

Les résultats ont été publiés dans le [Point épidémiologique du 25 février 2021](#).

La prochaine enquête est prévue du **15 au 17 mars 2021**. Les résultats seront présentés dans le Point épidémiologique de la semaine suivante.

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](#).

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

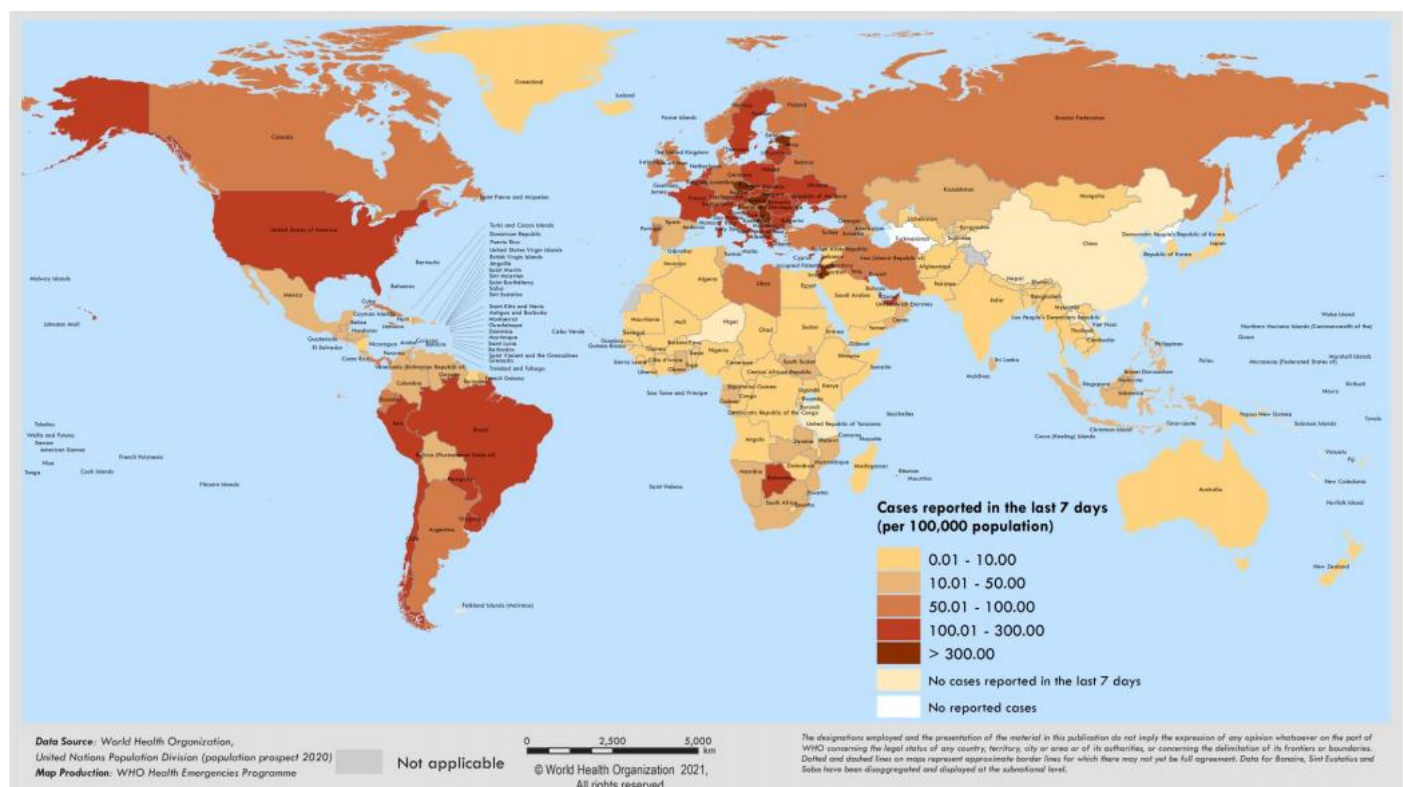
Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **116 874 912 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés **dans le monde - dont 2 597 381 décès** - au 10 mars 2021. En semaine S09 plus de 2,7 millions de nouveaux cas ont été signalés dans le monde, soit une **hausse** par rapport à la semaine précédente (+2%), observée pour la deuxième semaine consécutive. Le nombre de décès est en diminution avec 60 323 décès (-6%).

► Foyers majeurs

- Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans les zones **Europe** (1 136 080 cas et 20 770 décès) et **Amériques** (1 105 355 cas et 32 535 décès rapportés en semaine 09). Ces régions sont à l'origine, respectivement, de 42% et 40% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 34% et 54% des nouveaux décès en S09 (Figure 50, Tableau 16).

- Les pays qui signalaient le plus grand nombre de nouveaux cas en S08 sont : **les États-Unis** (+427 233 nouveaux cas), **le Brésil** (+413 597), **la France** (+147 699), **l'Italie** (+138 937) et **l'Inde** (+114 068).

Figure 50. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 09 (du 1^{er} au 07 mars 2021)



Source : OMS

► Tendances

• En semaine 09, le nombre de cas rapporté était en hausse dans deux régions OMS sur six : Afrique (+10% par rapport à S08) et Méditerranée orientale (+10%), tandis qu'il diminuait dans la région Pacifique occidental (-6%) (Tableau 16). Le nombre de nouveaux décès était globalement en baisse, avec une diminution rapportée dans quatre régions OMS : Afrique (-16%), Asie du Sud-Est (-32%), Europe (-6%), et Pacifique occidental (-20%). La Méditerranée orientale était la seule région à enregistrer une hausse du nombre de décès (+9%) en semaine 09.

Tableau 16. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde semaine 09 (du 1^{er} au 07 mars 2021) et évolution par rapport à la semaine précédente

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+55 341	+1 105 355	+167 385	+1 136 080	+228 543	+41 677
Tendance	+10% 	-2% 	-2% 	+4% 	+10% 	-6% 
Décès rapportés	+1 390	+32 535	+2 201	+20 770	+2 797	+630
Tendance	-16% 	-4% 	-32% 	-6% 	+9% 	-20% 

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%. Les flèches rouges indiquent 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 1,1 million en S09, et un peu plus de 32 000 nouveaux décès ont été enregistrés. Les pays rapportant les plus grands nombres de nouveaux cas sont les États-Unis avec 427 233 nouveaux cas, soit 129 cas/100 000 habitants (-10% par rapport à S08), le Brésil avec 413 597 nouveaux cas, soit 195 cas/100 000 habitants (+11%) et l'Argentine, avec 42 517 nouveaux cas, soit 94 cas/100 000 habitants (-14%). Les États-Unis et le Brésil rapportaient à eux deux 76% des nouveaux cas de la région. Les pays connaissant le plus grand nombre de nouveaux décès sont les États-Unis qui enregistrent 12 315 nouveaux décès (-17%), le Brésil avec 9 935 nouveaux décès (+23%) et le Mexique avec 5 104 nouveaux décès (-7%). Pour plus de détails sur la région Amériques, [cliquez ici](#).

• La région **Europe** a enregistré une nouvelle hausse du nombre de cas et comptait plus de 1,1 million de nouveaux cas en S09. Le nombre de décès continue d'être en baisse pour la sixième semaine consécutive avec un peu moins de 21 000 nouveaux décès. Les pays de la région Europe ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux cas étaient la France, qui rapportait 147 699 nouveaux cas, soit 220 cas/100 000 habitants (-2%), l'Italie avec 138 937 nouveaux cas, soit 230 cas/100 000 habitants (+24%) et la Pologne avec 87 928 cas, soit 232 cas/100 000 habitants (+29%). Les plus grands nombres de décès ont été signalés en Russie (2 978 décès), en Italie (2 071) et en France (1 959). Pour plus de détails sur la région Europe, [cliquez ici](#).

• En région **Afrique**, plus de 55 000 nouveaux cas et 1 300 décès ont été rapportés en S09. Si le nombre de décès hebdomadaires est resté en baisse pour la septième semaine consécutive, le nombre de cas augmente pour la première fois depuis la mi-janvier 2021. Les trois pays ayant rapporté les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Afrique du Sud avec 7 981 cas, soit 14 cas/100 000 habitants (-19% par rapport à la semaine 08), l'Éthiopie avec 6 976 cas, soit 6 cas/100 000 habitants (+13%) et la Zambie avec 4 840 cas, soit 26 cas/100 000 habitants (+48%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient l'Afrique du Sud (706 décès ; -30%), l'Éthiopie (66 ; -21%) et le Nigeria (59 ; -20%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

● En région **Asie du Sud-Est**, les nombres de cas et de décès étaient en hausse en semaine 09 avec plus de 167 000 nouveaux cas et plus de 2 200 nouveaux décès. Les pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés étaient l'Inde avec 114 068 cas, soit 8 cas/100 000 habitants (+9%), l'Indonésie avec 44 762 cas, soit 16 cas/100 000 habitants (-23%) et le Bangladesh avec 3 893 cas, soit 2 cas/100 000 habitants (+39%). Les trois pays cumulant le plus de décès étaient l'Indonésie (1 173 décès ; -30%), l'Inde (705 ; -6%) et le Népal (237 ; -67%, une baisse soudaine expliquée par des ajustements rétrospectifs sur les décès au Népal). Pour plus de détails sur la région Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

● En **région Méditerranée orientale**, un peu moins de 229 000 nouveaux cas et 2 800 décès ont été signalés en semaine 09. Le nombre de cas était en hausse pour la quatrième semaine consécutive. Les pays comptant le plus grand nombre de nouveaux cas étaient l'Iran avec 58 523 cas, soit 70 cas/100 000 habitants (+3%), la Jordanie avec 34 919 cas, soit 342 cas/100 000 habitants (+31%), et l'Irak avec 30 948 cas, soit 77 cas/100 000 habitants (+13%). Les plus grands nombres de décès ont été observés en Iran (614 décès ; +8%), au Liban (361 ; +2%) et au Pakistan (329 ; +20%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

● En **région Pacifique occidental**, le nombre de cas a diminué avec plus de 41 000 nouveaux cas rapportés en semaine 09. La région comptait plus de 600 décès, un chiffre en baisse par rapport à la semaine précédente. Les trois pays signalant le plus grand nombre de nouveaux cas étaient les Philippines avec 16 891 cas, soit 15 cas/100 000 habitants (+13%) la Malaisie avec 13 462 cas, soit 42 cas/100 000 habitants (-25%), et le Japon avec 7 216 cas, soit 6 cas/100 000 habitants (0%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient le Japon (367 ; -17%), les Philippines (176 décès ; -20%), et la Malaisie (45 ; -36%). 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

- Ce variant est associé à une transmissibilité accrue (de 36 à 75%) et possiblement à une forme plus sévère de la maladie et une mortalité plus élevée. Il ne semble pas associé à une réduction de l'efficacité des vaccins Pfizer-BioNTech, Oxford/AstraZeneca ou Moderna.

- Dans le monde, au 09 mars 2021, la présence du variant 20I/501Y.V1 a été rapportée dans **111 pays** par l'OMS, soit *cinq pays de plus* que la semaine précédente.

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

- Des études préliminaires suggèrent que ce variant est associé à un risque plus élevé d'échappement immunitaire et de réinfection. De plus en plus d'études montrent que les mutations présentes sur ce variant pourraient contribuer à un échappement à la réponse immunitaire développée suite à une infection antérieure ou à la vaccination. Une étude récente ayant analysé le plasma de 20 patients convalescents et de 22 patients vaccinés (12 par le vaccin Moderna, 10 par le vaccin Pfizer/BioNTech) a montré que la réponse immunitaire face au virus 20H/501Y.V2 était 9 à 12 fois moins importante qu'elle ne l'est avec la souche d'origine.

- Dans le monde, au 09 mars 2021, la présence du variant 20H/501Y.V2 a été rapportée dans **58 pays** selon l'OMS, soit **deux pays de plus** que la semaine précédente.

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

- Des recherches préliminaires menées à Manaus (Brésil), où le variant 20J/501Y.V3 a émergé, montrent une transmissibilité plus importante par rapport aux souches autres que variantes. De plus, ce variant aurait la capacité d'échapper à la réponse immunitaire induite par un premier contact avec des souches d'origine, et donc pourrait accroître le risque de réinfection. Des premières études sur la létalité indiquent qu'une infection par ce variant augmente entre 1,1 et 1,8 fois le risque de décès. Toutefois, les chercheurs mettent en garde sur le fait que ces résultats sont spécifiques à la situation de Manaus où le système de soins a été fortement ébranlé et ne sont pas généralisables à d'autres contextes. Il n'est effectivement pas établi si cette hausse de la létalité est imputable au variant, à l'effondrement du système de soins ou à ces deux causes.

- L'impact de la vaccination sur ce variant est en cours d'étude. Certains travaux conduits en laboratoire suggèrent que l'efficacité de la vaccination pourrait être atténuée pour ce variant, tandis qu'une récente communication scientifique publiée dans le *New England Journal of Medicine* montre que le vaccin Pfizer/BioNTech aurait un effet neutralisant.

- Dans le monde, au 09 mars 2021, la présence du variant 20J/501Y.V3 a été rapportée dans **32 pays**, soit **trois pays** de plus que la semaine précédente.

Retrouvez **les cartes** illustrant la présence des différents variants d'intérêt dans le monde dans le [Weekly Epidemiological Update](#) de l'OMS.

► Autres variants en cours d'étude

La surveillance de l'émergence de variants du SARS-CoV-2 est réalisée de manière continue en s'appuyant sur le partage des données de séquençage au niveau international. D'autres variants que ceux détaillés précédemment ont été identifiés au cours des dernières semaines. Leurs impacts potentiels sont actuellement à l'étude.

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 09 mars 2021

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 09 (du 1^{er} au 07 mars 2021), malgré une stabilisation du nombre de cas confirmés, les indicateurs restaient à un niveau très élevé, témoignant de l'intensité de la circulation du SARS-CoV-2 sur l'ensemble du territoire, avec de fortes disparités locales. Avec l'augmentation lente et constante des admissions en réanimation, la tension sur le système hospitalier continue de s'accroître durablement et devient critique dans certaines régions. On observe une modification des indicateurs épidémiologiques selon l'âge, avec notamment un rajeunissement de l'âge des patients hospitalisés. Cette tendance reflète l'augmentation des infections à SARS-COV-2 dans les groupes d'âge entre 15 et 75 ans. Ce rajeunissement reflète aussi l'amélioration notable des indicateurs épidémiologiques chez les 75 ans et plus, qui traduit l'effet protecteur du niveau de couverture vaccinale atteint dans cette population. Les variants plus transmissibles sont devenus majoritaires, dans un contexte de suspicion d'augmentation de la sévérité des infections dues à ces variants¹. L'adhésion aux mesures de prévention individuelles et collectives et l'accélération de la vaccination dans les prochaines semaines restent des enjeux majeurs pour contrer ces évolutions. Des mesures supplémentaires de réduction des contacts peuvent être nécessaires dans les zones où le niveau de pression sur le système de soins progresse le plus.

Au niveau national, en S09, **147 699 nouveaux cas confirmés** ont été enregistrés, soit **21 099 cas confirmés en moyenne chaque jour**. Les **taux d'incidence** (220/100 000 habitants), **de positivité** (7,3%) et **de dépistage** (3 031/100 000 habitants) **étaient comparables** à ceux de la semaine précédente.

Une **diminution des taux d'incidence et de positivité** était observée en S09 chez **les personnes de 75 ans et plus** (respectivement -14% et -0,6 point), et ce pour la cinquième semaine consécutive. Depuis S04, pour cette classe d'âge, le taux d'incidence a diminué de -45% et le taux de positivité de -2,8 points. En semaine 09, on observait une légère diminution des taux d'incidence (-4%) et de positivité (-0,4 point) chez les 45-74 ans par rapport à S08. En revanche, **le taux d'incidence a augmenté chez les 0-14 ans** (+8%), dans un contexte d'augmentation du taux de dépistage (+9%), probablement liée à la reprise des activités scolaires, qui faisait suite à deux semaines de baisse.

En semaine 09, le nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque était stable. Une seule zone scolaire était encore en vacances en S09, ce qui se traduit par une augmentation (+11,6%) du nombre de cas ayant eu un lien avec le milieu scolaire, après une diminution pendant trois semaines consécutives. De plus, le nombre de contacts à risque chez les enfants et adolescents s'est stabilisé en S09, après la diminution observée au cours des semaines précédentes. Ces indicateurs liés aux expositions en milieu scolaire pourraient ainsi repartir à la hausse dès la semaine 10.

Plus d'un quart des nouveaux cas avait précédemment été **identifié comme contact par le dispositif de contact-tracing**. Cette proportion est à son plus haut niveau depuis le début de ContactCovid, traduisant une amélioration de ce dispositif primordial pour identifier et interrompre les chaînes de transmission. En effet, pour ces cas précédemment identifiés comme contact, le nombre de personnes-contacts à risque était moins élevé que pour des cas non identifiés précédemment comme contact.

En parallèle, la **proportion de personnes-contacts devenues des cas était stable** en S09. Cependant, la proportion de personnes-contacts devenues des cas était toujours supérieure lorsque les cas étaient renseignés comme « variants » dans la base ContactCovid (15,4% vs 11,0%). Cela pourrait refléter une plus grande transmissibilité de ces variants, mais également un meilleur suivi des personnes-contacts de cas « variants ».

En médecine ambulatoire, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était en légère diminution par rapport à celui de la semaine précédente (69/100 000 habitants en S09 vs 79 en S08).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était stable en S09. Une légère hausse était tout de même observée chez les 5-14 ans, les 15-44 ans et les 65-74 ans.

¹ <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n579>

En semaine 09, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** tous âges était stable, après une hausse la semaine précédente. Une légère hausse était cependant observée chez les 45-64 ans, 65-74 ans et 5-14 ans.

Le taux hebdomadaire d'hospitalisations était stable en S09 (-3%) : **le nombre de patients COVID-19 hospitalisés en France restait toutefois très élevé**, avec **25 246** personnes hospitalisées au 09 mars. Le **taux d'admissions en réanimation** était en **augmentation** (+9% par rapport à S08). Cette tendance à l'augmentation des admissions en réanimation était déjà observée les semaines précédentes, à des niveaux faibles, représentant toutefois une augmentation de +15% des taux d'admissions en réanimation depuis la semaine 06. Cette tendance se traduit par une augmentation lente mais constante du nombre de personnes en cours d'hospitalisation en réanimation : au 09 mars 2021, 3 928 patients étaient hospitalisés en réanimation (contre 3 348 le 16 février, soit +17% en 4 semaines).

En France métropolitaine, les **estimations du R-effectif calculées à partir des données virologiques (tests RT-PCR et tests antigéniques, SI-DEP)** (1,02) et des **données des passages aux urgences** (1,03) **étaient significativement supérieures à 1**. L'estimation à partir des hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC) était inférieure à 1, de façon non significative (0,99).

Le nombre hebdomadaire de décès, incluant ceux liés à la COVID-19 survenus en milieu hospitalier et dans les établissements sociaux et médico-sociaux (décès survenus à domicile non inclus), **diminuait de nouveau en semaine 08**, avec 2 098 décès (vs 2 378 en S07, soit -12%). Cette diminution concernait à la fois les décès hospitaliers et les décès dans les établissements sociaux et médico-sociaux, et était observée depuis S05 (4,4 décès /100 000 habitants en S04 contre 3,1 en S08).

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 07 (du 15 au 21 février 2021). **L'excès de mortalité diminue depuis la semaine 04** (+15% en S06 et +14% en S07). Du fait du délai habituel de transmission des données, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 08 sera précisée la semaine prochaine.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

Les **régions les plus touchées** en semaine 09 étaient toujours les régions **Île-de-France, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur**. Ces régions présentaient les **plus forts taux d'incidence** (supérieurs à 300/100 000 habitants), d'hospitalisations et d'admissions en réanimation.

En **Île-de-France**, le **taux d'incidence était en augmentation** : 352/100 000 habitants vs 333 en S08, soit +6%. Les incidences les plus élevées étaient observées en Seine-Saint-Denis (441/100 000, +8%) et dans le Val-de-Marne (411, +13%). Les autres départements présentaient également une augmentation des taux d'incidence. Les **taux d'hospitalisations et d'admissions en réanimation étaient également en augmentation**, respectivement 20,0/100 000 (soit +14%) et 4,9 (soit +33%). Le **taux de décès** (hôpital et ESMS) atteignait 3,3/100 000 en S08 (données consolidées), **en augmentation** (+6%) par rapport à S07. Les estimations des **R-effectifs** à partir des données virologiques (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) **restaient significativement supérieures à 1, confirmant la forte circulation du SARS-CoV-2 dans la région**.

Dans les **Hauts-de-France**, le **taux d'incidence a diminué** (331/100 000 habitants vs 342 en S08, soit -3%). L'incidence la plus élevée était observée dans le Pas-de-Calais (407/100 000, +0%), les taux d'incidence étant en diminution ou stables dans l'ensemble des départements de la région. Le **taux d'hospitalisations** était de 19,6/100 000 habitants (vs 21,3 en S08, soit -8%) et celui des admissions en réanimation de 4,5 (vs 4,2 en S07, soit +6%). Le **taux de décès** (hôpital et ESMS) était de 3,5/100 000 habitants en S08 (données consolidées), en diminution (-21%) par rapport à S07.

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le **taux d'incidence** était en diminution (331/100 000 habitants en S09 vs 363 en S08 soit -9%), avec des disparités départementales subsistant malgré une diminution des taux d'incidence observée dans tous les départements de la région. Le département des Alpes-Maritimes présentait de nouveau l'incidence la plus élevée du territoire métropolitain (486/100 000, -14%). **Les taux d'hospitalisations** (25,7/100 000 habitants, -2%) et **d'admissions en réanimation** (5,2/100 000 habitants, +1%), stables, restaient les plus élevés de métropole en S09. C'était également le cas du **taux de décès** (hôpital et ESMS) liés à la COVID-19, de 6,2/100 000 habitants en S08 (données consolidées), en légère diminution par rapport à S07.

En **Grand Est**, l'ensemble des indicateurs restait stable mais à des niveaux toujours élevés.

En **Auvergne-Rhône-Alpes**, **Centre-Val de Loire** et **Bourgogne-Franche-Comté**, les taux d'incidence, d'hospitalisations et d'admissions en réanimation étaient en diminution.

Une hétérogénéité peut être observée au niveau départemental, mais 12 des 13 départements ayant un taux d'incidence dépassant 300/100 000 habitants étaient situés dans les trois régions les plus touchées. Des analyses plus précises sont présentées dans les [points épidémiologiques régionaux](#).

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

À **Mayotte**, où un confinement a été instauré le 05 février 2021, le **taux d'incidence était pour la seconde semaine consécutive en nette diminution** (229/100 000 habitants en S09, 496 en S08 et 861 en S07). Les taux de dépistage et de positivité étaient également en nette diminution, ce dernier restant toutefois élevé (13%, -6 points par rapport à S08). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en réanimation ont diminué de moitié entre S08 et S09 (respectivement 25 et 5/100 000 habitants en S09). Les estimations du R-effectif se maintiennent en dessous de 1 (de manière non significative), ce qui indique un ralentissement de l'épidémie.

À **la Réunion**, l'augmentation du taux d'incidence s'est poursuivie en S09 (123/100 000, +16%), avec un taux de dépistage stable. Le nombre de patients hospitalisés et le nombre de patients admis en réanimation ont diminué.

En **Guadeloupe**, le taux d'incidence était stable en S09 (111/100 000 habitants), après une forte augmentation en S08. Le nombre de patients hospitalisés et le nombre de patients admis en réanimation a diminué.

En **Guyane**, les indicateurs étaient légèrement inférieurs à ceux de la semaine précédente avec un taux d'incidence de 23/100 000 et des indicateurs hospitaliers à un niveau peu élevé.

En **Martinique**, le taux d'incidence se maintenait à un niveau faible (35/100 000) et les effectifs hospitaliers restaient peu élevés.

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

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) et 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.

Au niveau national en semaine 09, parmi les tests positifs criblés et dont les résultats sont disponibles dans SI-DEP (représentant 56% de l'ensemble des tests de première intention positifs), **65,8% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 (UK) et 4,9% de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** (vs respectivement 59,5% et 4,9% en S08). Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités entre les départements. Un total de 79 départements métropolitains présentait une proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) supérieure à 50% (parmi les tests positifs criblés) (contre 57 départements en S08). Dix départements présentaient une proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) supérieure à 10% (parmi les tests positifs criblés), avec une proportion de 45% en Moselle (en diminution par rapport à S08). Ces données sont maintenant disponibles sur [Geodes](#).

L'enquête Flash#2, conduite le 27 janvier 2021 (semaine 04) sur les tests RT-PCR positifs au SARS-CoV-2, avait déjà montré que les cas de COVID-19 liés à des suspicions de variant 20I/501Y.V1 étaient majoritaires parmi les prélèvements inclus dans cette enquête. Les résultats définitifs des prélèvements séquencés ont confirmé ce constat. **L'enquête Flash#3 a été conduite le 16 février 2021 (semaine 07) sur des prélèvements positifs au SARS-CoV-2 par RT-PCR quel que soit le résultat de criblage. Elle a inclus 699 prélèvements positifs issus de 138 laboratoires de biologie médicale publics et privés. Parmi les cas positifs au SARS-CoV-2 à la date de l'enquête, 39% étaient dus au variant 20I/501Y.V1, 5% au variant 20H/501Y.V2 et 1% au variant 20J/501Y.V3. D'autres lignages circulent également sur le territoire et font l'objet d'une surveillance.**

Les résultats des enquêtes Flash#2 et Flash#3 basés sur un séquençage complet du génome viral confirment l'hétérogénéité régionale de la diffusion des variants et une augmentation de leur prévalence dans la plupart des régions. Les résultats de Flash#3 soulignent aussi que la clade 20A.EU2 (responsable d'une majorité de cas en 2020 avec la clade 20A) est majoritairement retrouvée chez les 0-9 ans, et que la clade 20I/501Y.V1 est principalement retrouvée chez les personnes âgées de 10 à 69 ans, avec une présence plus marquée (>50%) chez les 10-29 ans.

L'enquête Flash#4 a eu lieu le 02 mars 2021 (semaine 09) et a permis d'inclure plus de 1 600 prélèvements positifs ; ses résultats seront restitués dans un prochain Point épidémiologique et ces enquêtes seront dorénavant répétées tous les 15 jours pour suivre la progression de chaque variant d'intérêt connu et surtout permettre la détection d'éventuels nouveaux variants.

► Surveillances spécifiques et populationnelles

La surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation lors de la deuxième vague montre une stabilité des indicateurs démographiques et médicaux sur l'ensemble de la période du 05 octobre 2020 au 09 mars 2021, avec une proportion élevée d'hommes (71%), de personnes de 65 ans et plus (61%) et de cas présentant une comorbidité (89%). Cependant, depuis le mois de janvier 2021, un rajeunissement de la population admise en réanimation est observé. Les comorbidités les plus fréquentes étaient toujours l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète. Un recours à la ventilation invasive a été nécessaire pour 42% des patients hospitalisés en réanimation pour COVID-19.

Dans les ESMS, la diminution du nombre de cas et de décès se poursuit. Depuis S05, on constate une diminution du nombre de signalements, reflétée par une diminution du nombre de cas confirmés parmi les résidents. Une diminution du nombre de décès, qui concerne en quasi-totalité les résidents d'Ehpad, est observée depuis S05 pour les décès survenus dans les établissements, et depuis S06 pour les décès survenus à l'hôpital. Cette amélioration est cohérente avec l'augmentation progressive de la couverture vaccinale dans cette classe d'âge et notamment parmi les résidents en Ehpad.

Les enfants sont très peu représentés chez les patients hospitalisés pour COVID-19 et parmi les décès (moins de 1%). Une surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) permet d'estimer l'incidence de ces cas en lien avec la COVID-19 (dernières données disponibles dans le [Point épidémiologique du 25 février 2021](#)).

Dans le cadre de la surveillance des infections nosocomiales (e-SIN), entre le 1^{er} janvier 2020 et le 07 mars 2021, **3 932 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 49 277 cas : 29 980 patients (217 décès liés), 19 287 professionnels de santé et 10 visiteurs. Parmi ces signalements, une grande majorité (n=2 827) correspondait à des cas groupés (au moins 3 cas liés). **Depuis la semaine 04-2021, le nombre de cas groupés de COVID-19 nosocomiaux signalés a diminué.** Les semaines S08 et S09 sont en cours de consolidation.

La majorité des cas groupés comprenait des professionnels de santé (n=2 261). L'analyse ces cas groupés et ceux constitués exclusivement de soignants montre que la contamination est essentiellement associée aux pauses et transmissions ainsi qu'à des ruptures dans les mesures barrières. Le dépistage reste la première mesure mise en place. Le renforcement des mesures barrières est plus fréquemment évoqué dans les cas groupés incluant uniquement des professionnels de santé.

Afin de contrôler au mieux ces cas groupés hospitaliers, les centres régionaux de prévention des infections associées aux soins (CPIAS) sont en appui des établissements de santé pour la mise en place des mesures correctrices, en lien avec les Agences régionales de santé. La Mission nationale MATIS (Prévention des infections associées aux soins) pilotée par Santé publique France actualise régulièrement une page dédiée COVID-19, sur le site du Répias. Par ailleurs, le ministère de la Santé, en lien avec Santé publique France, émet régulièrement des recommandations visant à renforcer le signalement et le contrôle de ces cas groupés.

La surveillance spécifique des **professionnels travaillant dans les établissements de santé**, mise en place depuis le 1^{er} mars 2020, rapportait **72 832** cas d'infection au SARS-CoV-2 au 08 mars 2021. Parmi ces cas, 19 étaient décédés en lien avec leur infection à SARS-CoV-2. Après une augmentation entre les semaines 53-2020 et 04-2021, **une diminution du nombre de cas** est observée depuis S05.

Depuis le début de l'épidémie, les infirmiers et les aides-soignants restent les professions le plus souvent atteintes. Relativement à l'ensemble des professionnels de leur catégorie parmi les ES participants, les aides-soignants et les kinésithérapeutes étaient les professions les plus impactées pendant la deuxième vague (respectivement 9,5% et 9,0%).

Lors de la deuxième vague, la majorité des régions a été fortement impactée par l'épidémie. Les régions Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Centre-Val de Loire étaient les plus touchées.

Il est important que les établissements continuent à participer, afin que les cas recensés soient le plus exhaustifs possibles. Les professionnels de santé libéraux peuvent, s'ils ont été atteints par la COVID-19, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#), ouverte à tous les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice et visant à documenter les circonstances de leur contamination.

Les personnes les plus fragiles face à cette épidémie restaient celles âgées de 65 ans et plus, ainsi que celles présentant des comorbidités. Cependant **une modification de l'âge des nouveaux cas ainsi que des nouveaux patients hospitalisés est observée depuis quelques semaines, avec notamment un rajeunissement de l'âge des patients.** Cette tendance résulte très vraisemblablement de la diminution d'incidence et donc du nombre de formes sévères chez les sujets de 75 ans et plus induite par la vaccination, sans qu'il soit possible de savoir si d'autres facteurs tels que des évolutions différentielles en fonction de l'âge des comportements de prévention auraient pu également contribuer à cette observation. Le taux d'incidence chez les personnes de 75 ans et plus a diminué de -45% par rapport à S04. Les personnes de 75 ans et plus constituaient encore la majorité des personnes hospitalisées en S09 : elles représentaient 53% des personnes hospitalisées le 09 mars. Cependant, une nette diminution du taux d'hospitalisations était observée dans cette classe d'âge depuis S04 (de 92,2/100 000 en S03 à 59,6 en S08, soit -35%). Une diminution des taux d'admissions en réanimation était également observée dans cette classe d'âge depuis S04, plus marquée à partir de S06 (de 8,4/100 000 en S03 à 6,7 en S08, soit -20%) (données SI-VIC). Cette tendance à la diminution de la part des 75 ans et plus parmi les cas sévères est également observée par les données du réseau sentinelle des services de réanimation.

En parallèle, **les taux d'admissions en réanimation ont augmenté chez les 15-74 ans** entre S03 et S08. Cette évolution est observée dans un contexte d'augmentation de l'incidence pour ces classes d'âge mais pourrait également refléter une augmentation de la sévérité des infections par les variants d'intérêts. Cette dernière hypothèse fait l'objet d'analyses complémentaires.

► Santé mentale

La santé mentale des personnes interrogées reste dégradée **d'après la dernière enquête** CoviPrev (vague 21 réalisée du 15 au 17 février 2021) dont les résultats **sont disponibles dans le [Point épidémiologique du 25 février 2021](#)**.

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 résultats de l'enquête CoviPrev (vague 21 du 15 au 17 février 2021), montrent que l'adoption systématique des mesures barrières est assez stable, à l'exception d'un léger déclin de l'adoption systématique des mesures d'hygiène et une difficulté du respect de la distance de 2 mètres entre individus. Les résultats de la vague 21 de l'enquête CoviPrev sont disponibles dans le [Point épidémiologique du 25 février 2021](#).

Concernant la vaccination contre la COVID-19, on dénombre au 09 mars 2021, **4 164 418 personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 et **2 032 791 personnes vaccinées par deux doses**, soit respectivement **6,2% et 3,0% de la population** en France. Au cours de la semaine 09, le nombre de personnes vaccinées a nettement augmenté : plus d'un million de personnes ont reçu leur première dose de vaccin depuis le 02 mars 2021.

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 09 mars 2021, il est estimé que **85,6% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin et 63,7% ont reçu deux doses**. De plus, **46,6% des professionnels travaillant en Ehpad ou USLD ont reçu au moins une dose de vaccin**.

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 des 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).

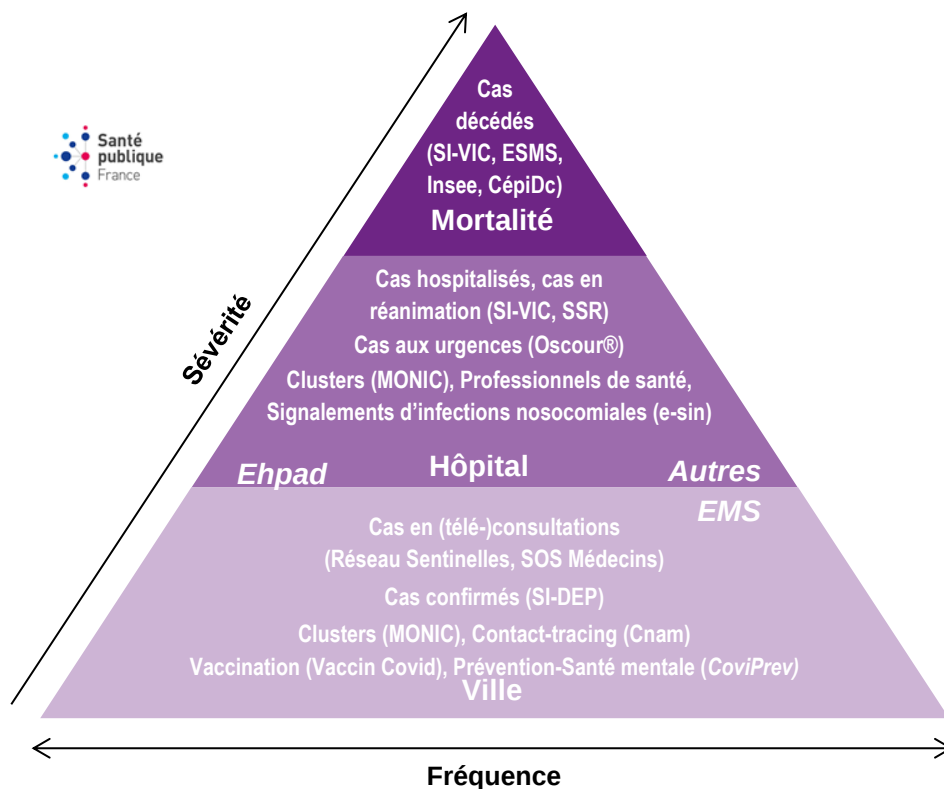
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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



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, Judith Benrekassa, Bruno Coignard

Systèmes de surveillance : Jonathan Bastard, Ghaya Ben Hmidene, Anne Berger-Carbonne, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Mathias Bruyand, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Mélanie Colomb-Cotinot, Kostas Danis, Gilles Delmas, Julien Durand, Myriam Fayad, Adeline Feri, Laure Fonteneau, Cécile Forgeot, Camille Fortas, Anne Fouillet, Laurence Guldner, Eline Hassan, Yu Jin Jung, Yann Le Strat, Audrey Léon, Daniel Levy-Bruhl, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Michael Padget, Juliette Paireau, Camille Pelat, Alessandro Pini, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Isabelle Poujol, Julian Rozenberg, Yann Savitch, Alexandra Septfons, Sophan Soing-Altrach, Cécile Sommen, Guillaume Spaccaferri, Benjamin Taisne, Pierre-Etienne Toulemonde, Sophie Vaux

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

11 mars 2021