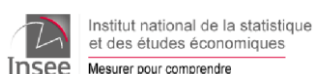


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 : médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Cnam, Inserm,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



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 25 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 24 mars 2021.**

► Points clés

En semaine 11, poursuite de la dégradation de l'ensemble des indicateurs, entraînant une très forte tension hospitalière dans plusieurs régions

- Forte augmentation du nombre de nouveaux cas depuis deux semaines
- Augmentation du nombre de patients en hospitalisation et en services de soins critiques
- Tendance à une légère augmentation des nombres de cas et d'hospitalisations chez les personnes de 75 ans et plus
- Intensification du dépistage en milieu scolaire
- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée
- Métropole : augmentation marquée de l'incidence dans l'ensemble des régions (excepté Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur)
- Outre-mer : augmentation de l'incidence en Martinique et du nombre d'hospitalisations en Guadeloupe

Variants

- Proportion de suspicions de variants d'intérêt par RT-PCR de criblage :
 - suspicions de variant 20I/501Y.V1 majoritaires en métropole à 76,3%
 - suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 stables à 4,7%

Prévention

- Vaccination : 6 616 899 personnes (couverture vaccinale de 9,9%) ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19
- Résultats de l'enquête CoviPrev du 15 au 17 mars :
 - tendance à la baisse de l'adoption des mesures de réduction des contacts
 - santé mentale toujours dégradée

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 11 (du 15 au 21 mars 2021)

	S11	S10*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	209 839	179 451	+17%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	7,9%	7,7%	+0,2 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	3 161	2 750	+15%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	9 637	8 243	+17%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	10 881	9 777	+11%
Nombre de nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19 (SI-VIC)	2 411	2 251	+7%

* Données consolidées

Du 1^{er} mars 2020 au 23 mars 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)**	92 935
---	--------

** Données en EHPA ou autre ESMS du 16 au 23 mars 2021 non disponibles

► Point de situation en semaine 11 (du 15 au 21 mars 2021)

En semaine 11 (du 15 au 21 mars 2021), l'ensemble des indicateurs, déjà à des niveaux très élevés, ont continué de progresser, avec notamment une augmentation de 17% du nombre de nouveaux cas. Cette accélération touche l'ensemble des régions (excepté la Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur) ; dans cinq départements d'Île-de-France, le niveau d'incidence atteint, voire dépasse, le niveau observé lors de la deuxième vague de l'épidémie. La dégradation de l'ensemble des indicateurs entraîne, dans plusieurs régions, une très forte tension sur le système hospitalier. Avec la progression de l'épidémie, la tension hospitalière va s'accroître dans les jours à venir. L'adhésion aux mesures de prévention individuelles, le respect des mesures de freinage collectives ainsi que l'accélération de la vaccination sont des enjeux majeurs pour faire face au haut niveau de circulation du virus et à la forte pression hospitalière. Des mesures supplémentaires de réduction des contacts sont nécessaires dans les territoires les plus touchés.

Au niveau national, en S11, **209 839 nouveaux cas ont été confirmés**, soit près de 30 000 cas en moyenne chaque jour. Les **taux d'incidence** (313/100 000 habitants), **de positivité** (7,9%) et **de dépistage** (3 940/100 000 habitants) **étaient en augmentation** par rapport à ceux de la semaine précédente. Cette augmentation concerne toutes les classes d'âge mais la plus forte augmentation était observée chez les 0-14 ans (+31%), dans un contexte d'augmentation importante du taux de dépistage (+41%) et de diminution du taux de positivité (-0,5 point), en partie liée à l'intensification des campagnes de dépistage organisées dans les établissements scolaires.

L'analyse des résultats des tests de criblage des variants d'intérêt collectés via l'outil SI-DEP montrait toujours une augmentation de la proportion de suspicions de variant **20I/501Y.V1 (UK)**, qui représentait **76,3%** des tests criblés en S11, proportion supérieure à 70% dans 67 départements métropolitains. La proportion de suspicions de variant **20H/501Y.V2 (ZA)** ou **20J/501Y.V3 (BR)** était stable à 4,7%.

Le taux hebdomadaire d'hospitalisations a continué d'augmenter en S11 (+11%) et le nombre de patients COVID-19 hospitalisés en France restait très élevé, avec **26 818 personnes hospitalisées** au 23 mars. Le **taux d'admissions en services de soins critiques était également en augmentation** en S11 (+9% par rapport à S10) et se traduit par une augmentation de personnes hospitalisées en services de soins critiques avec, au 23 mars 2021, **4 655 patients** (vs 4 260 le 16 mars, soit +9%).

Les personnes les plus fragiles face à cette épidémie restent 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. Les taux d'incidence, d'hospitalisations et d'admissions en services de soins critiques, qui avaient nettement diminué chez les personnes de 75 ans et plus, traduisant l'impact du niveau de couverture vaccinale dans ce groupe d'âge, étaient en légère augmentation ces deux dernières semaines.

La dernière enquête CoviPrev (vague 22, du 15 au 17 mars 2021), indique que, si les mesures barrières restent largement utilisées, la réduction systématique des contacts tend à baisser, probable reflet de la lassitude à l'égard des mesures de contrôle. La santé mentale des personnes interrogées reste dégradée.

L'adoption systématique des gestes barrières et la limitation des contacts 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. Avec environ 10% de la population qui a actuellement reçu au moins une dose de vaccin, l'accélération de la campagne de vaccination est plus que jamais un enjeu majeur pour contrer cette évolution.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	16
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	21
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	22
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	23
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	25
SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES.....	34
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ	36
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	41
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE	49
SITUATION INTERNATIONALE.....	54
VARIANTS D'INTÉRÊT DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL	57
SYNTHÈSE	58
SOURCES DES DONNÉES	64

Retrouvez les dernières données concernant la **surveillance des professionnels en établissements de santé** et le **signalement d'infections nosocomiales à SARS-CoV-2** dans le **PE du 11 mars 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

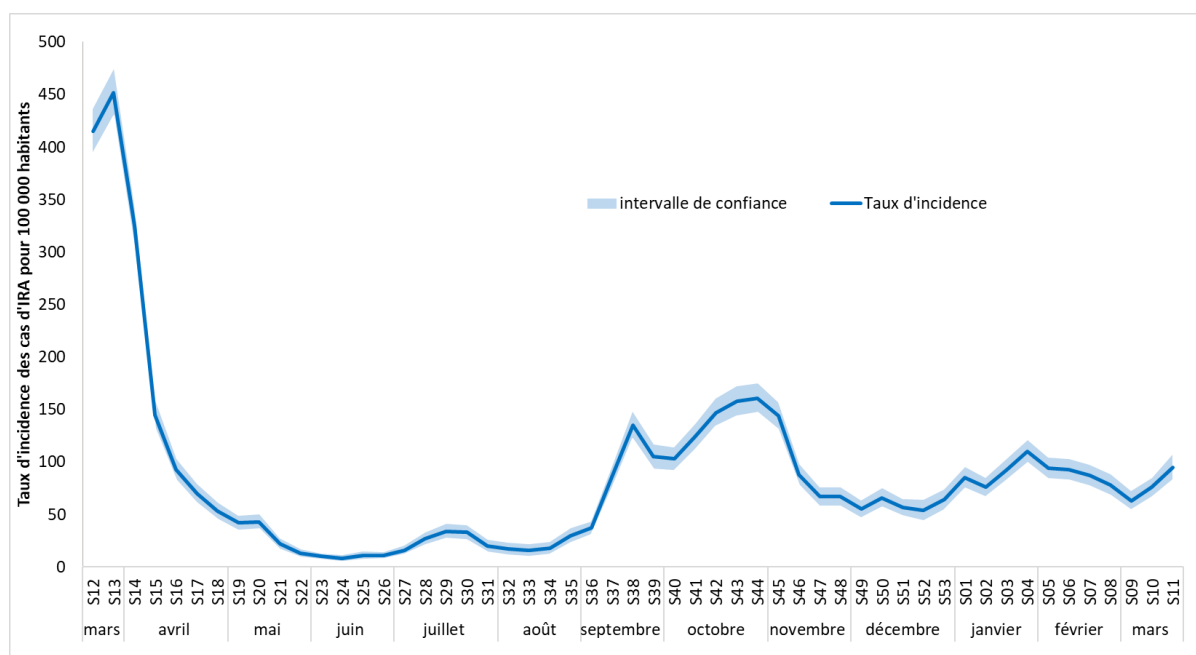
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes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

- En semaine 11 (du 15 au 21 mars 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 95/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [83-107] en France métropolitaine, en légère augmentation par rapport à la semaine 10 : 76/100 000 habitants (IC95% : [67-85]) (Figure 1).

- Sur les 28 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, trois se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2, cinq étaient positifs pour un virus respiratoire syncytial (VRS) et sept pour un métapneumovirus. Aucun virus grippal n'a été détecté.

- Depuis la semaine 37-2020, sur les 944 prélèvements nasopharyngés effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés, 288 (31%) étaient positifs pour un rhinovirus, 138 (15%) pour le SARS-CoV-2, 42 (4%) pour un métapneumovirus et 33 (3%) 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 11 : données non consolidées

Source : réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, **193 982 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 22 mars 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- En semaine 11 (du 15 au 21 mars 2021), **3 161 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur la période. Ce nombre était **en hausse** par rapport à la semaine précédente (2 750 actes en S10, soit +15%).

- L'analyse par classes d'âge montre une hausse importante chez les enfants de 0-14 ans (+30% soit +126 actes) et chez les 65 ans et plus (+24% soit +65 actes). Elle était plus modérée chez les 15-64 ans (+11% soit +214 actes).

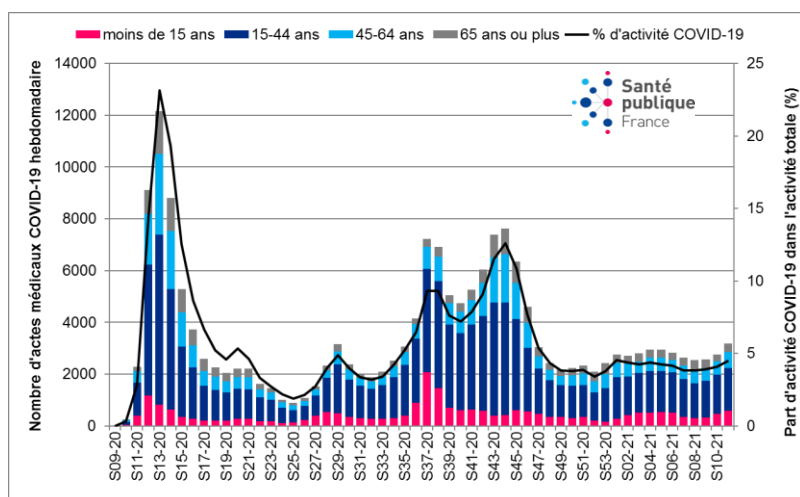
La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge** était de 6% chez les 0-4 ans, 13% chez les 5-14 ans, 52% chez les 15-44 ans, 18% chez les 45-64 ans, 6% chez les 65-74 ans et 5% chez les 75 ans et plus (contre respectivement 5%, 11%, 55%, 19%, 5% et 5% en S10).

- Au niveau régional, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était en hausse dans toutes les régions métropolitaines à l'exception de la Corse et des Pays de la Loire. Les hausses les plus marquées étaient observées en Bourgogne-Franche-Comté (+42% soit +39 actes), Occitanie (+28% soit +31 actes), Grand Est (+21% soit +50 actes), Normandie (+19% soit +25 actes), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+17% soit +53 actes) et Auvergne-Rhône-Alpes (+17% soit +63 actes).

- La majorité des actes a été enregistrée en Île-de-France (19%), Auvergne-Rhône-Alpes (13%), Hauts-de-France (13%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (11%) et Nouvelle-Aquitaine (10%).

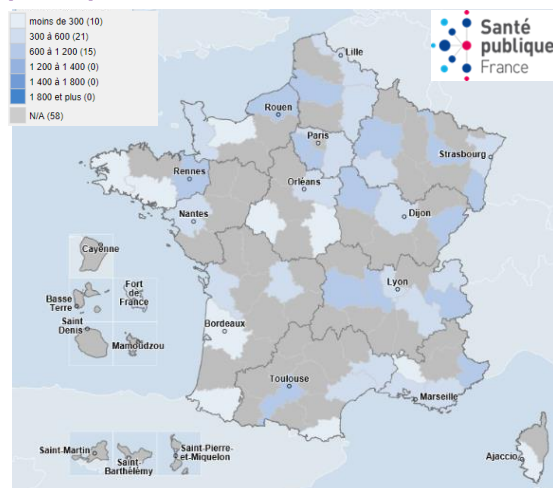
- La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était **stable** à 4,2% (4,1% en S10) (Figure 2).

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 11-2021, 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](#)).

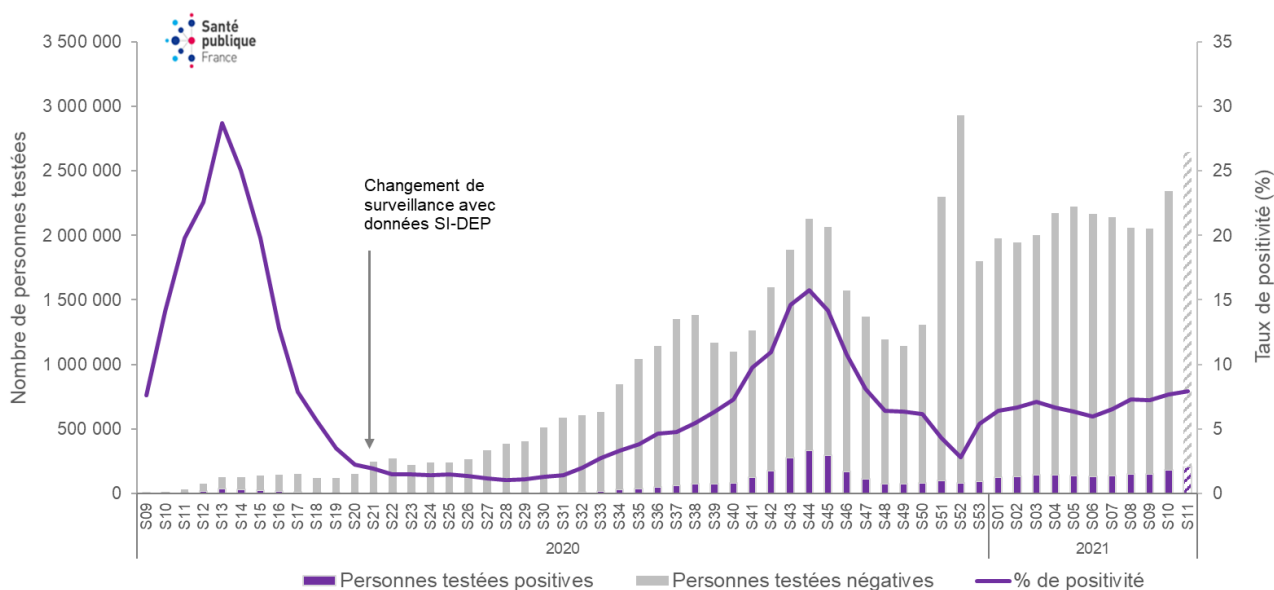
Un incident technique a été détecté le 19 mars par les équipes de Santé publique France (SpF) dans la chaîne de transmission de données vers l'Agence. Les premières investigations conduites par SpF et ses partenaires ont permis d'identifier une problématique de géocodage des adresses des personnes testées en amont (SpF n'ayant pas accès à l'adresse des patients, ni à aucune information nominative en application de la réglementation sur la protection des données personnelles). L'investigation de cet incident a permis de montrer que les données nationales n'étaient pas affectées mais que le problème concernait leur répartition sur certains territoires. Après résolution de cette problématique de géocodage en amont de SpF, l'ensemble des données de SI-DEP a été revu et renvoyé corrigé par les partenaires. Ces corrections ont eu pour conséquence l'intégration d'un nombre légèrement supérieur de tests. Mais elles n'impactent pas l'analyse de la dynamique globale de l'épidémie. Des investigations se poursuivent avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la chaîne de production des données dans l'objectif de corriger définitivement cette anomalie.

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

- En semaine 11, 2 644 582 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 2 340 463 en S10, soit +13%). Un total de 209 839 **nouveaux cas confirmés** a été rapporté, **en augmentation** (+17%) par rapport à la semaine 10 où 179 556 nouveaux cas avaient été signalés (Figures 4 et 5).

- Au 24 mars 2021, **un total de 4 378 446 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

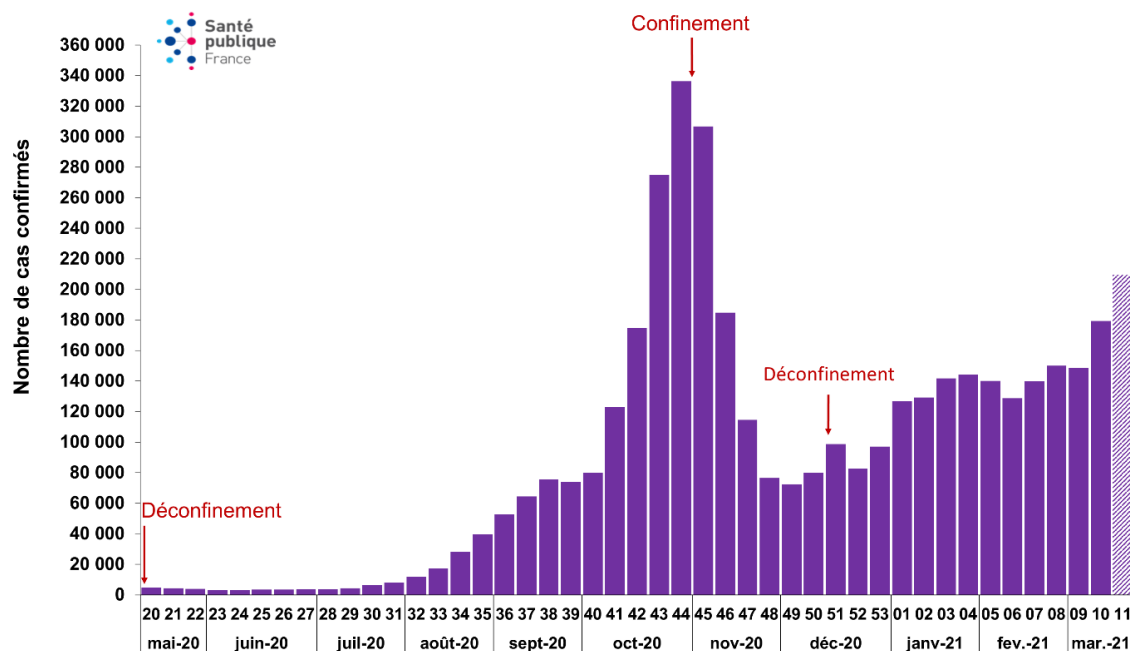
Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 24 mars 2021)



Semaine 11 : données non consolidées

Sources S09-S19-2021 : 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 21 mars 2021, France (données au 24 mars 2021)

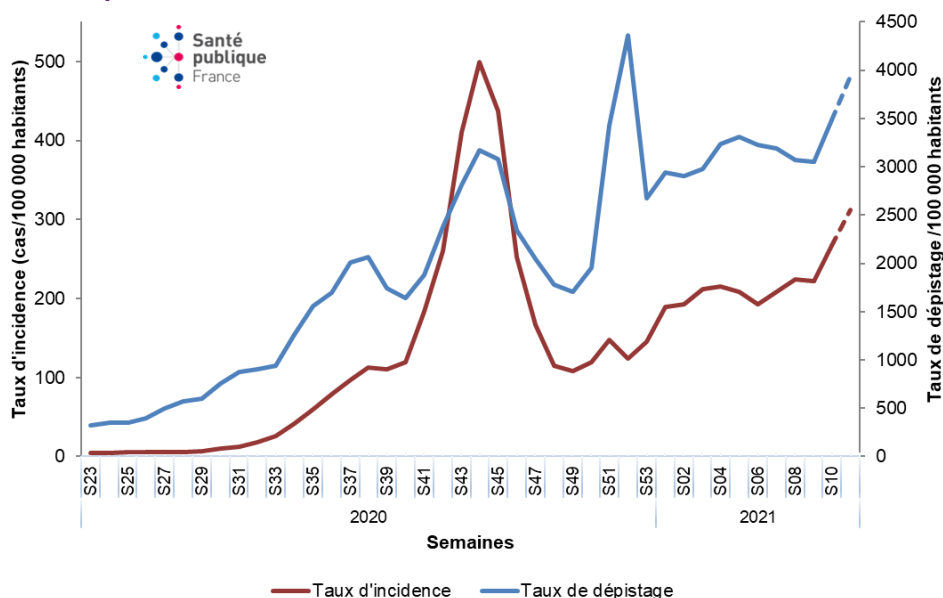


Semaine 11 : données non consolidées

Source SI-DEP

- En S11, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **7,9%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), **en légère augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (7,7% en S10) (Figure 4).
- Le **taux national d'incidence des cas confirmés** (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **313/100 000 habitants** en S11, **en augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (268 cas/100 000 habitants en S10, +17%) (Figure 6).
- Le **taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **3 940/100 000 habitants**, **en augmentation** par rapport à celui de S10 (3 487/100 000 habitants, +13%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 24 mars 2021)



Semaine 11 : données non consolidées

Source SI-DEP

Analyse par classe d'âge

- En semaine 11, au niveau national, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 230 chez les 0-14 ans, 426 chez les 15-44 ans, 309 chez les 45-64 ans, 208 chez les 65-74 ans et 171 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).

- **Le taux d'incidence était en hausse par rapport à S10 dans toutes les classes d'âge.** L'augmentation la plus importante était observée chez les 0-14 ans (+31%) suivis par les 15-44 ans (+16%), les 45-64 ans et les 65-74 ans (+14%) et les 75 ans et plus (+7%), alors qu'une baisse était observée depuis la semaine 04 dans cette même tranche d'âge (Figure 7a).

- Comparativement à S10, **le taux de dépistage était en forte augmentation chez les 0-14 ans (+41%),** et en hausse chez les 15-44 ans (+12%). Cet indicateur était plutôt stable chez les 45-64 ans (+7%), les 65-74 ans (+3%) et les 75 ans et plus (-2%) (Figure 7b).

- **Le taux de positivité des personnes testées était en légère augmentation par rapport à S10 dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 0-14 ans, pour lesquels ce taux était en diminution** (-0,5 point). La hausse la plus importante était observée chez les 65-74 ans (+0,7 point), les 45-64 ans (+0,6 point), les 75 ans et plus (+0,5 point) et les 15-44 ans (+0,3 point) (Figure 7c).

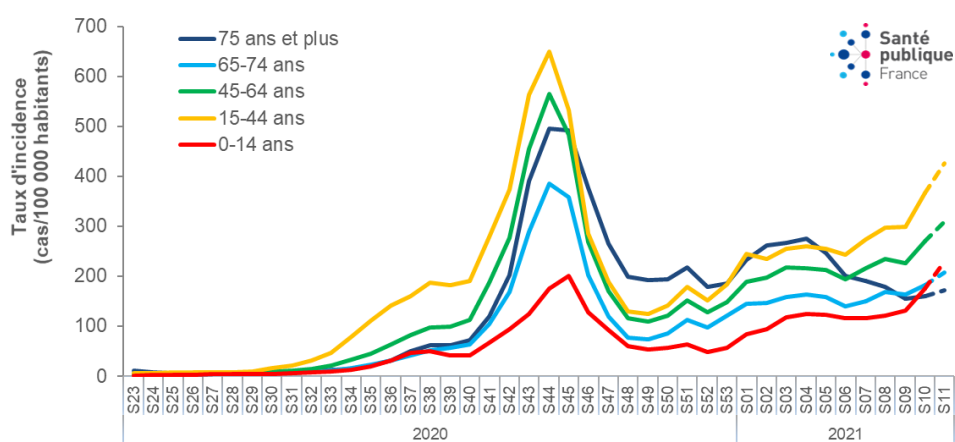
Dépistage selon la présence de symptômes

- En semaine 11, **parmi les personnes testées**, l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 88% (soit n=2 321 272). Le taux de positivité était de 21% chez les symptomatiques (stable par rapport à S10, 21%) et de 4,8% chez les asymptomatiques (4,6% en S10).

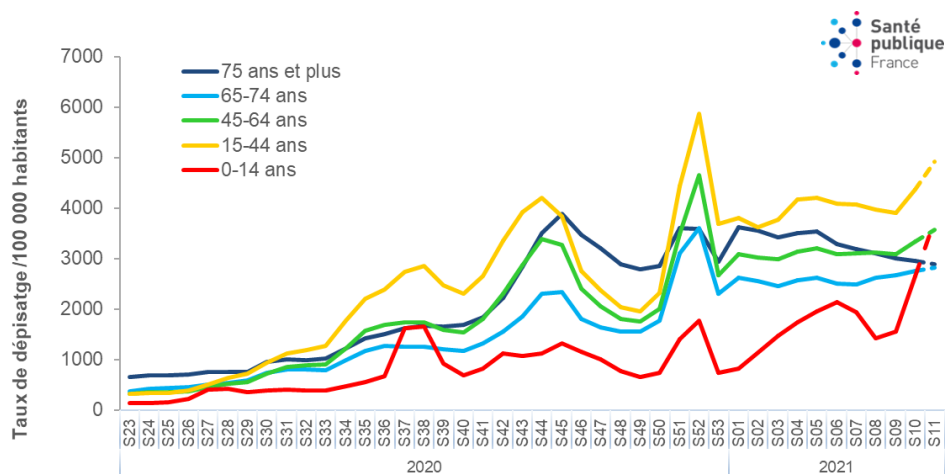
- Parmi les cas, 53% étaient symptomatiques, proportion stable par rapport à S10 (54%). **Le nombre de cas était en augmentation chez les symptomatiques** (100 601 vs 870 025 en S10, soit +16%) **et chez les asymptomatiques** (88 654 vs 75 166 en S10, soit +18%).

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 24 mars 2021)

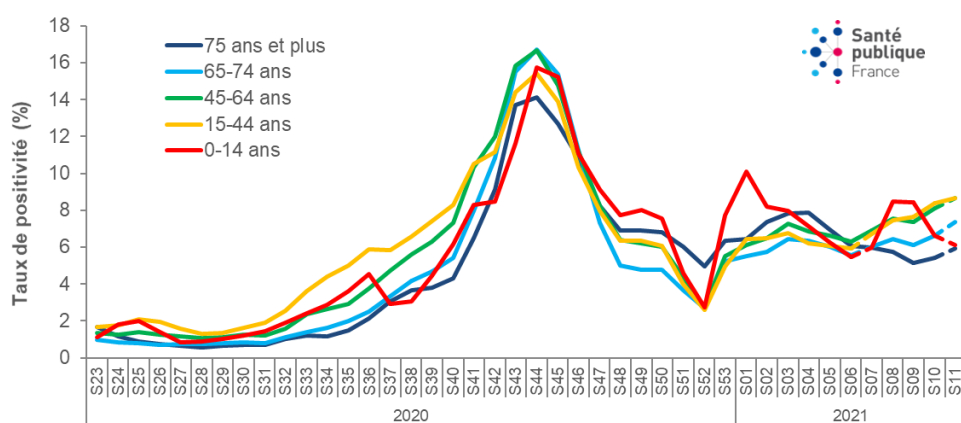
7a



7b



7c



Semaine 11 : 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](#).

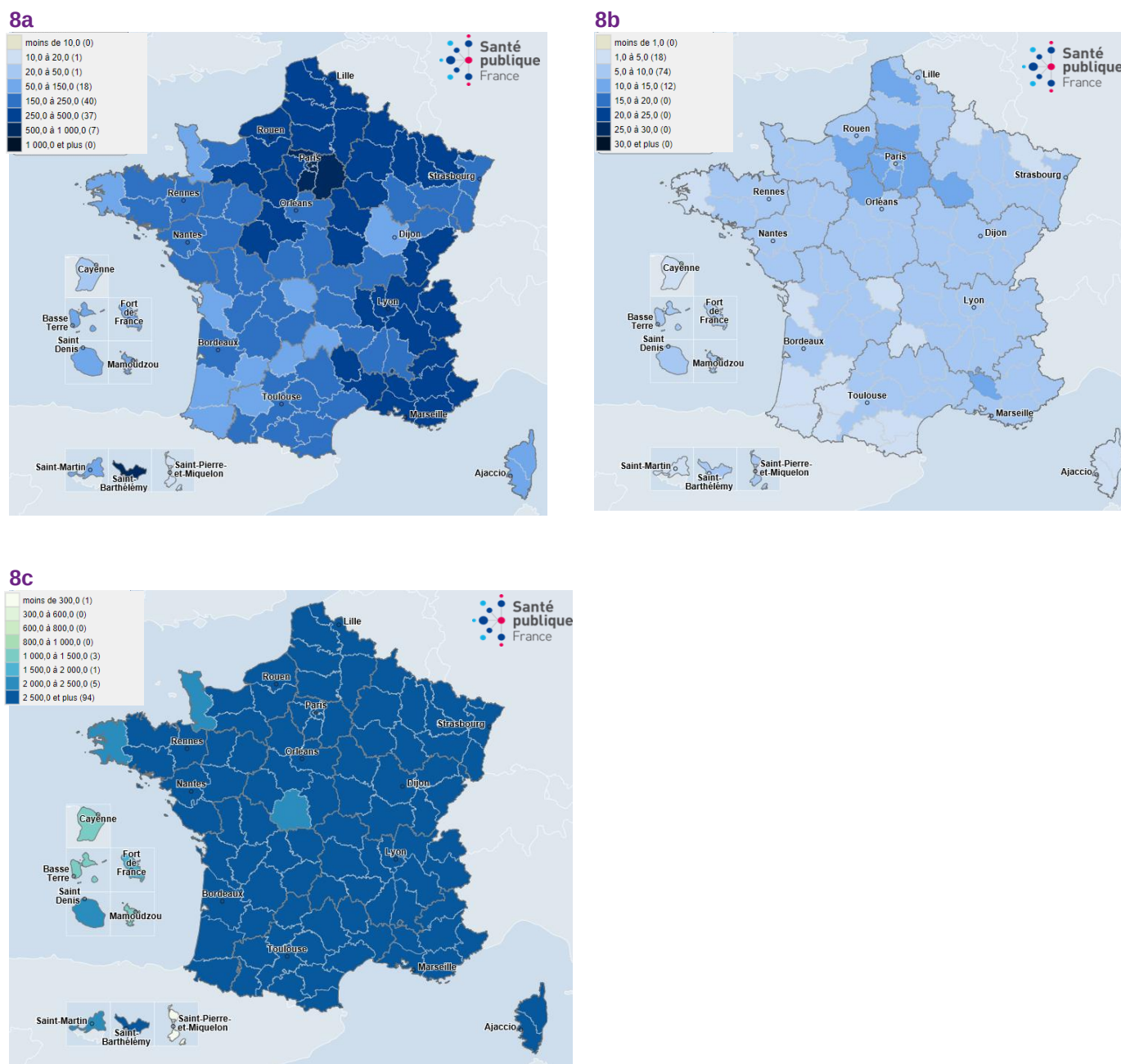
En métropole

- **En France métropolitaine**, 206 782 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 11, **en augmentation** par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S10 avec 176 667 nouveaux cas, soit +17%). Le **taux de positivité** était de 8,0% (vs 7,7% en S10 soit +0,3 point). Le **taux d'incidence** des cas confirmés **était de 319 cas/100 000 habitants** (vs 272 en S10 soit +17%). Le **taux de dépistage** s'élevait à **3 999/100 000 habitants**, en augmentation par rapport à la semaine précédente (3 530 en S10).
- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés était, en semaine 10, **au-dessus du seuil de 100/100 000 habitants dans 91 départements métropolitains** (87 en S10), et au-dessus du seuil de 250/100 000 habitants dans 43 départements (26 en S10). Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés en Île-de-France dans les départements de la Seine-Saint-Denis (702), le Val-d'Oise (664), le Val-de-Marne (591), la Seine-et-Marne (564), Paris (522) et l'Essonne (513) (Figure 8a).
- Le **taux de positivité** était supérieur ou égal à 10% dans douze départements en S11 (10 en S10). Les taux les plus élevés étaient rapportés en Île-de-France dans les départements de la Seine-Saint-Denis (14%), du Val-d'Oise (13%), de l'Essonne (12%), de la Seine-et-Marne (12%), du Val-de-Marne (11%) et des Yvelines (11%) (Figure 8b).
- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** (/100 000 habitants) en S11 étaient les Ardennes (6 858), Paris (6 782), la Moselle (6 140), le Val-de-Marne (5 294), les Alpes-Maritimes (5 200) et les Hauts-de-Seine (5 110) (Figure 8c).

En Outre-mer

- **À Mayotte**, les indicateurs étaient en **diminution** en S11, avec un taux d'incidence de 107/100 000 habitants, (198 en S10) et un taux de positivité de 7,9% (vs 10,8% en S10).
- **À La Réunion**, les indicateurs étaient **stables** en S11, avec un taux d'incidence de 116/100 000 habitants, (115 en S10), et un taux de positivité de 5,4% (vs 5,3% en S09).
- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient **en augmentation** en S11 avec un taux d'incidence de 111/100 000 habitants (83 en S10) et un taux de positivité de 9,1% (vs 7,0% en S10).
- **En Martinique**, les indicateurs étaient **en augmentation** en S11 avec un taux d'incidence de 116/100 000 habitants (69 en S10) et un taux de positivité de 7,2% (vs 5,3% en S10).
- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient **stables**, avec un taux d'incidence de 68/100 000 habitants (63 en S10) et un taux de positivité de 2,8% (vs 2,9% en S10).
- **En Guyane**, les indicateurs étaient **en augmentation**, avec un taux d'incidence de 34/100 000 habitants (22 en S10) et un taux de positivité de 3,0% (vs 2,0% en S10).

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 15 au 21 mars 2021, par département, France (données au 24 mars 2021)



Source : SI-DEP

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

► Analyse par niveaux scolaires

- En semaine 11, 578 490 personnes de moins de 18 ans ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 421 706 en S10, soit +37%). Un total de 38 182 **nouveaux cas confirmés** a été rapporté, **en augmentation** (+28%) par rapport à la semaine 10 où 29 740 nouveaux cas avaient été signalés. Les moins de 18 ans représentaient 18% de l'ensemble des nouveaux cas observés dans la population générale. Si l'on considère des classes d'âge plus fines, correspondant aux niveaux scolaires, les 0-2 ans représentaient 3% des nouveaux cas, les 3-5 ans 7%, les 6-10 ans 31%, les 11-15 ans 31% et les 15-17 ans 28%.

- Le **taux d'incidence** des cas confirmés au niveau national était de **431/100 000 habitants** chez les **15-17 ans**, **350/100 000 habitants** chez les **11-14 ans**, **283/100 000 habitants** chez les **6-10 ans**, **122/100 000 habitants** chez les **3-5 ans** et **58/100 000 habitants** chez les **0-2 ans** (Figure 9a).

- Ces taux étaient en **augmentation dans toutes les classes d'âge** par rapport à la semaine 10, avec une évolution particulièrement marquée chez les 3-5 ans (+42%) suivis par les 6-10 ans (+36%) puis les 0-2 ans (+25%), les 11-14 ans (+24%) et les 15-17 ans (+22%). Le **taux de dépistage** était également en **forte augmentation**, notamment chez les 3-5 ans (+66%) suivis des 6-10 ans (+45%) (Figure 9b). Le **taux de positivité** était **stable** chez les **0-2 ans** et **en diminution** dans les **autres tranches d'âge** (entre -2% chez les 15-17 ans et -14% chez les 3-5 ans) (Figure 9c).

Figure 9. Évolution des taux d'incidence (9a), de dépistage (9b) et de positivité (9c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge des moins de 18 ans, depuis la semaine 23-2020, France (données au 24 mars 2021)

9a

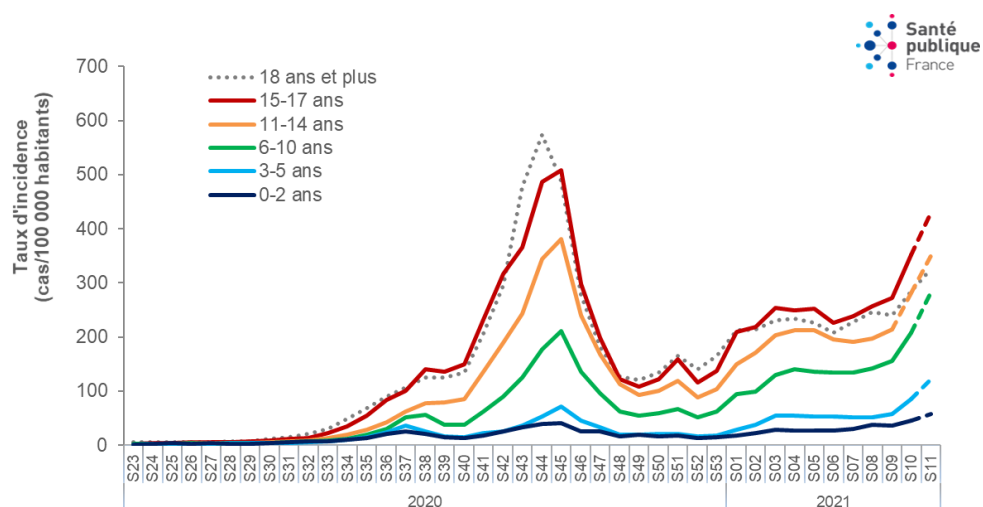
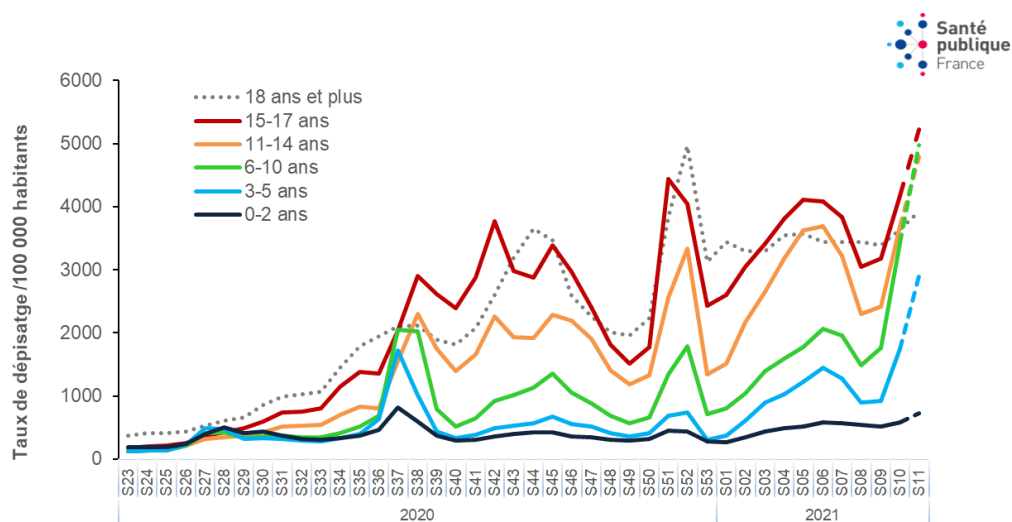
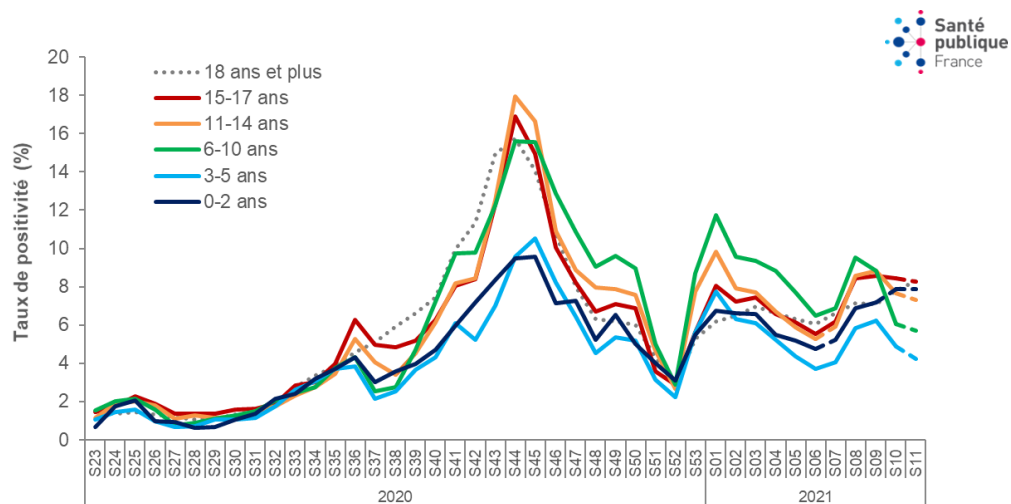


Figure 9. (suite)

9b



9c



Semaine 11 : données non consolidées

Source : SI-DEP

► 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 11, sur les 246 710 tests de première intention positifs (tests RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, **52,7% étaient associés à un test de criblage** lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 129 919 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **76,3%** (99 175) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1 (UK)** (contre 71,9% en S10) et 4,7% (6 105) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 (ZA)** ou **20J/501Y.V3 (BR)** (contre 5,0% en S10).

- La proportion de tests positifs criblés variait peu selon la classe d'âge : de 49,7% chez les 20-29 ans à 57,3% chez les 0-9 ans (Tableau 1).

- La proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) était $\geq 75\%$ chez les 0-69 ans et variait de 66,3% à 72,6% chez les 70 ans et plus.

- La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) était plus élevée chez les 60-69 ans (5,6%), les 20-29 ans (5,0%) et les 50-59 ans (4,9%). Elle était plus basse chez les personnes âgées de 90 ans et plus (3,6%).

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 24 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	252 373	14 014	8 030	57,3	6 027	75,1	322	4,0
10-19	448 389	37 219	19 704	52,9	15 188	77,1	860	4,4
20-29	423 695	40 145	19 959	49,7	15 317	76,7	1 002	5,0
30-39	431 126	39 895	20 159	50,5	15 697	77,9	922	4,6
40-49	387 156	37 876	19 802	52,3	15 403	77,8	901	4,6
50-59	347 290	32 697	17 309	52,9	13 318	76,9	855	4,9
60-69	255 337	22 418	12 499	55,8	9 406	75,3	702	5,6
70-79	160 828	12 418	6 843	55,1	4 971	72,6	315	4,6
80-89	97 483	7 101	3 984	56,1	2 763	69,4	168	4,2
90 et plus	46 837	2 863	1 597	55,8	1 059	66,3	57	3,6
Inconnu	804	64	33	51,6	26	78,8	1	3,0
Tous	2 851 318	246 710	129 919	52,7	99 175	76,3	6 105	4,7

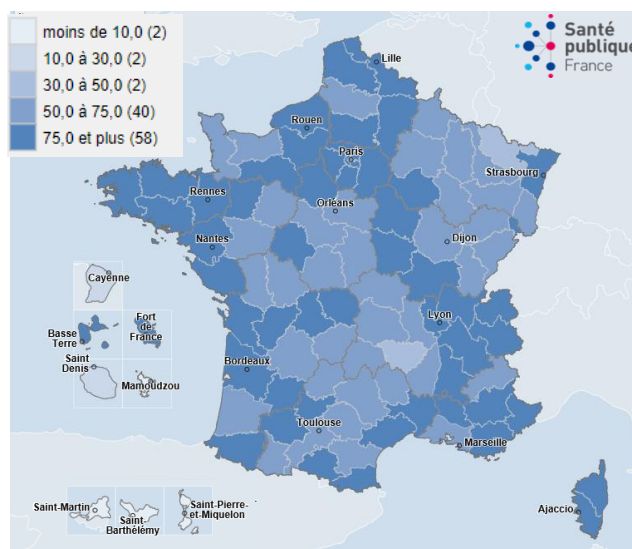
Pour chaque classe d'âge de 10 ans, les indicateurs suivants sont présentés, dans l'ordre : nombre total de tests (RT-PCR + tests antigéniques) ; nombre de tests positifs ; nombre de PCR de criblage ; % de PCR de criblage rapporté au total des tests positifs ; nombre de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (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, la proportion du variant 20I/501Y.V1 (UK) était supérieure à 50% dans 94 départements et **supérieure à 70% dans 67 d'entre eux** (Figure 10).

- En métropole, **neuf départements avaient une proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) supérieure à 10%**. Cette proportion était toujours particulièrement élevée en **Moselle**, bien qu'en diminution depuis plusieurs semaines (36,4% vs 54,4% en S08), ainsi qu'en en Dordogne (18,5%), Meurthe-et-Moselle (16,7%), dans les Vosges (16,1%) et la Meuse (15,5%) (Figure 11).

- 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)** était observée à **La Réunion** (40,3%). On note également une **forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK)** en **Guadeloupe** (92,8%), et en **Martinique** (98,5%) (Figures 10 et 11).

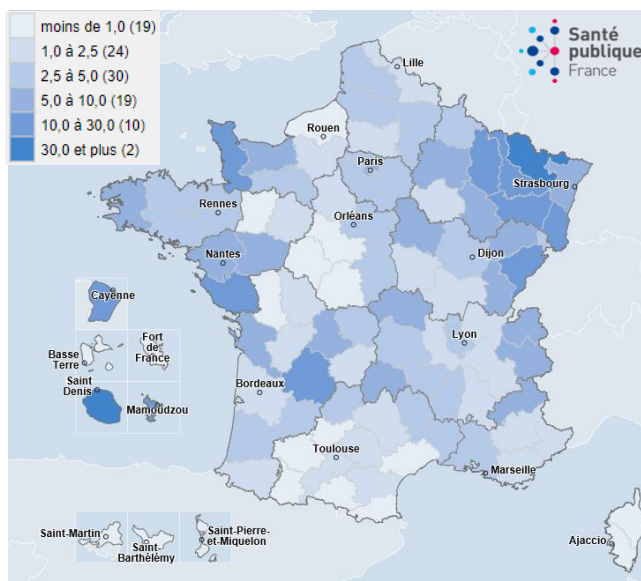
Figure 10. Proportion (%) de suspicions de variant d'intérêt 20I/501Y.V1 (UK) parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 24 mars 2021)



Note. Indicateur non calculable pour Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon en raison d'un trop faible nombre de tests de criblage réalisés.

Source : SI-DEP

Figure 11. 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 24 mars 2021)



Note. Indicateur non calculable pour Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon en raison d'un trop faible nombre de tests de criblage réalisés.

Source : SI-DEP

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.

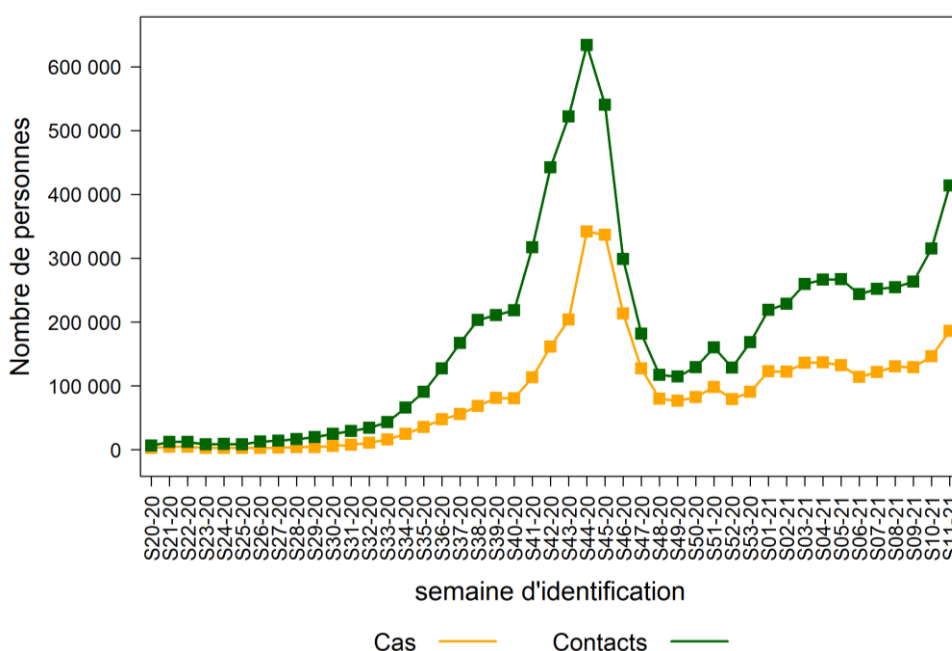
À Mayotte, le contact-tracing est mis en œuvre autour de tous les cas enregistrés dans SI-DEP. Cependant, pour des raisons structurelles, toutes les données ne figurent pas dans ContactCovid, et ne reflètent donc pas l'activité complète de contact-tracing sur le département. Les bilans de données sont 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 11.

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

- En semaine 11, le **nombre total de nouveaux cas était en forte augmentation**, et de façon plus marquée que la semaine précédente (186 163 cas contre 146 255 en S10, soit +27,3%, contre +13,3% entre S09 et S10), **ainsi que le nombre total de nouvelles personnes-contacts à risque** : 413 946 vs 315 065 en S10, soit +31,4% (Figure 12).

- En semaine 11, **l'âge moyen des cas était de 39 ans** (comme en S10) et l'âge moyen des personnes-contacts continuait à diminuer pour la 3^e semaine consécutive et était égal à 30 ans (contre 31 ans en S10, 32 ans en S09 et 33 ans en S08). **Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus évolue aussi à la baisse** avec une valeur de 5,5% (contre 6,7 % en S10).

Figure 12. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai 2020 au 21 mars 2021, France

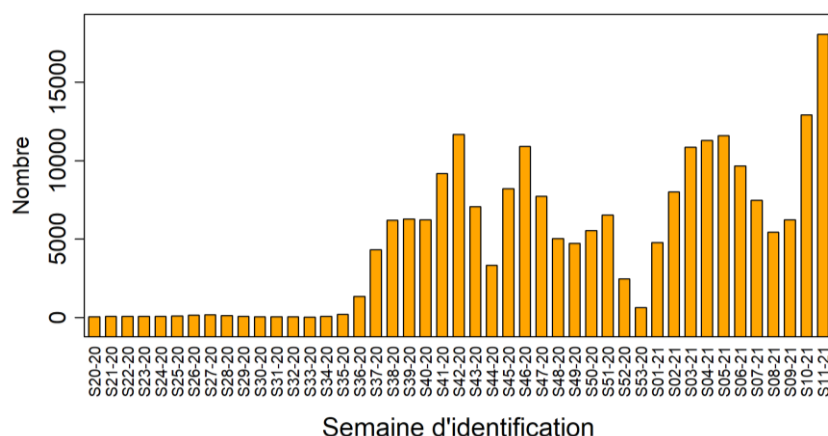


* Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique.

Source : ContactCovid – Cnam

● 18 074 cas ayant eu un **lien avec le milieu scolaire** ont été rapportés en S11, soit +39,8% par rapport à S10 (Figure 13). La moitié (54%) étaient des adolescents âgés de 10 à 18 ans et un quart (27%) 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 21 mars 2021, France



Source : ContactCovid - Cnam

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

● En semaine 11, la **proportion de cas (91%) et de personnes-contacts à risque (89%) ayant pu être investigués par l'Assurance maladie a baissé légèrement** (respectivement 94% et 93% en semaine 10).

● 27% des personnes-contacts à risque ont été investiguées sans être appelées mais *via* un site Internet (contre 17% en S10). Cette proportion dépasse 30% dans trois régions : Bretagne (38,5%), Hauts-de-France (32,5%) et Nouvelle-Aquitaine (30,4%).

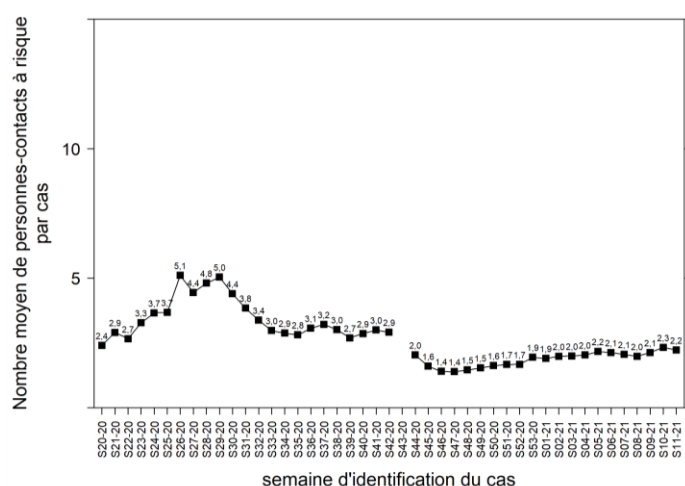
► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

● Le **nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était stable**, avec une valeur de 2,2 en S11 (Figure 14). Au niveau régional, cette valeur s'échelonnait entre 1,8 (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France) et 3,3 (Bretagne).

● La diminution du nombre de cas ne rapportant aucune personne-contact à risque se poursuit (40,5% contre 41,8% par rapport à la semaine précédente). Cette situation représentait 63,8% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 34,2% des cas âgés de 15 à 44 ans.

● Par ailleurs, 10,7% des cas rapportaient plus de cinq personnes-contacts à risque (stable par rapport à S10 : 10,5%). Cette situation représentait seulement 2,8% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 13,1% des cas âgés de 15 à 44 ans.

Figure 14. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, par semaine, du 13 mai 2020 au 21 mars 2021, France



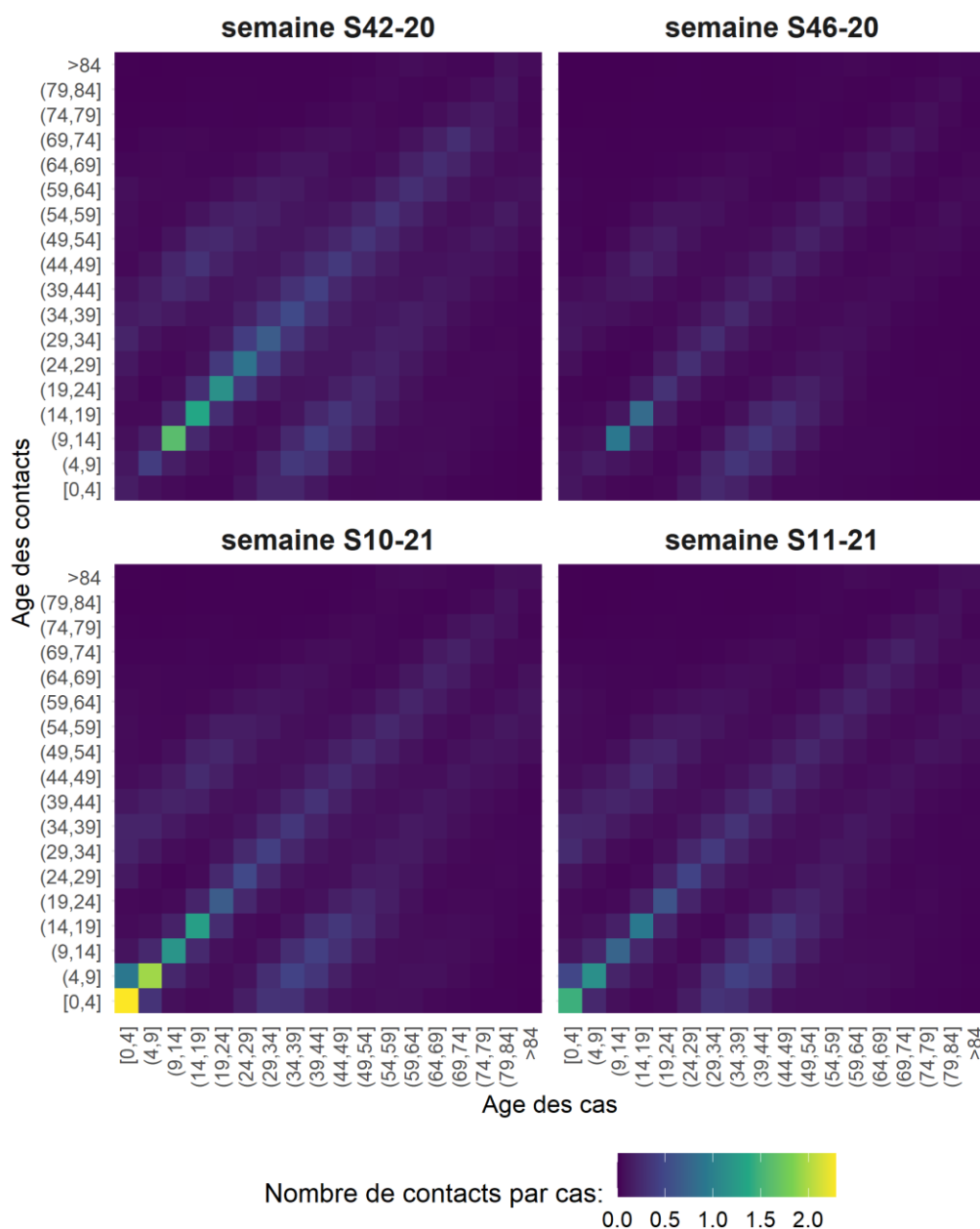
Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020

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 (<7,6%). À l'inverse, plus de 29,3% des personnes-contacts des cas de plus de 65 ans avaient elles-mêmes plus de 65 ans.
- En S11, 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 S10 (Figure 15). La diminution apparente des personnes-contacts à risque entre les personnes de moins de 19 ans en S11 s'explique par un délai plus long de consolidation des données dans cette classe d'âge.

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), 10 et 11-2021, 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.

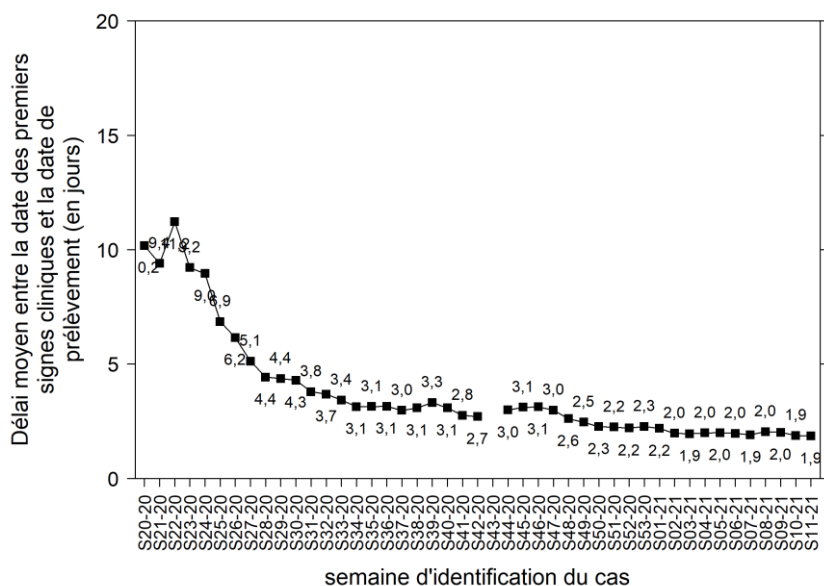
Valeurs calculées quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.

Source : ContactCovid – Cnam

► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En semaine 11, 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 57,1% des cas), **le délai moyen de diagnostic était stable à 1,9 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 21 mars 2021, France



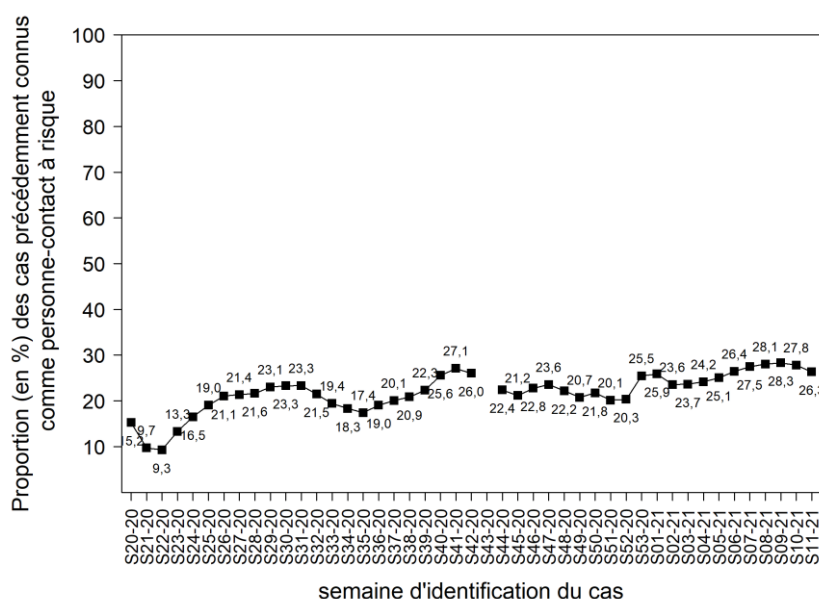
Note. Le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et une date de prélèvement renseignées. En semaine 11, cela représente 57,1% des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine à l'autre en raison des investigations 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 - Cham

► 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 a diminué légèrement et est égale à 26,3% (contre 27,8% en S10 ; Figure 17).
- La proportion des personnes-contacts devenues des cas était stable à 13,0% (personnes-contacts identifiées en S10, valeur non consolidée). Ce nombre était près de **deux fois plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques** (15,0%) que de cas asymptomatiques (8,4%), et **lorsque leur cas index appartenait au même foyer qu'elles** (20,1%) que lorsque cela n'était pas le cas (8,7%).

Figure 17. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 21 mars 2021, France



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 S11, le pourcentage de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence habituelle était en diminution pour la 2^e semaine consécutive (3,0% contre 4,1% en S10 et 4,8% en S09).
- Le pourcentage de cas ayant voyagé hors de France reste à un niveau très faible (0,8%).

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Le dispositif de surveillance des cas et des décès de COVID-19 en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) parmi les résidents et le personnel, mis en place par Santé publique France le 27 mars 2020, a évolué le 19 mars 2021 (l'ancienne application a été fermée à partir du 16/03/2021, jusqu'à la mise en production de la nouvelle application le 19/03/2021, permettant l'intégration des données historiques). De ce fait, de nombreux ESMS sont actuellement en cours de mise à jour de leurs données ou de leur authentification pour accéder à la nouvelle application. Ainsi, les données issues de la surveillance ESMS COVID-19 cette semaine ne sont pas consolidées.

- Du 1^{er} mars 2020 au 22 mars 2021, **28 895** 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.
- Il s'agissait de **17 543 (61 %) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (Ehpad et autres EHPA) **et 11 352 (39%) dans les autres ESMS** (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS).
- Parmi les 28 895 signalements en ESMS, **200 350 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **25 963 décès survenus dans les établissements**, 25 712 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.
- Entre le 19 et le 22 mars 2021, 441 utilisateurs ont accédé à la nouvelle application et 280 nouveaux épisodes COVID-19 dans les ESMS ont été signalés (données non consolidées).

► Évolutions de l'application

La nouvelle version de l'application ESMS comporte les évolutions et améliorations suivantes :

- Une définition de cas tenant compte des évolutions de la surveillance (déclaration uniquement des cas confirmés, notification de l'ensemble des décès attribués à la COVID-19).
- Des critères de signalement simplifiés.
- Une description plus précise des décès.
- Le nombre de résidents vaccinés contre la COVID-19 (deux doses).
- Une actualisation des demandes en matière de gestion auprès des Agences régionales de Santé (ARS).
- Une amélioration de l'ergonomie pour effectuer les signalements de cas et de décès de COVID-19 (plusieurs onglets thématiques, augmentation des contrôles à la saisie pour réduire les risques d'erreur de saisie, création de comptes utilisateurs sécurisés par un login et un mot de passe individuel permettant à l'utilisateur un accès à l'historique de ses données pour consultation/modification)
- Un rapport automatisé des principaux indicateurs de la surveillance et de la gestion du COVID-19 en ESMS pour le niveau national avec des déclinaisons régionales. Les informations seront mises à disposition des gestionnaires des ARS et des Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS).

Ces évolutions ont pour objectifs d'améliorer la qualité des données et l'harmonisation des indicateurs produits sur le territoire national.

Pour rappel, sur la nouvelle application le signalement doit être réalisé systématiquement et sans délai par la direction de l'ESMS dès le 1^{er} cas confirmé de COVID-19 survenu dans l'établissement.

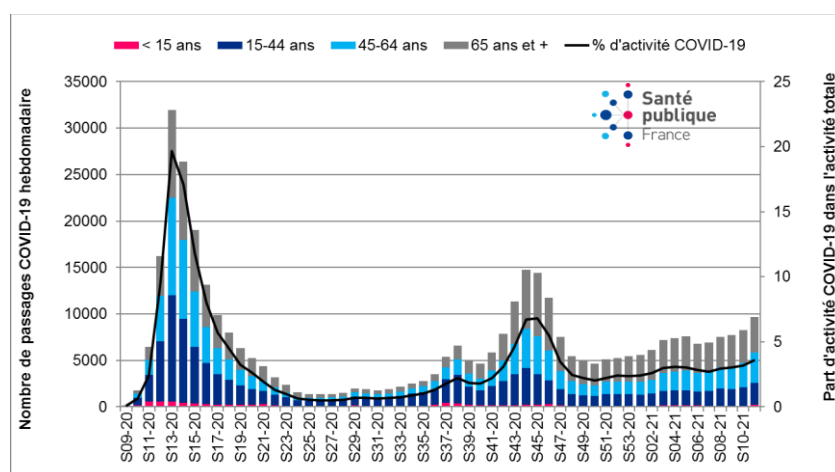
Un **guide de signalement** expliquant le dispositif et les modalités d'utilisation de cette nouvelle application est disponible sur le site de Santé publique France à l'adresse :

<https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/covid-19-outils-pour-les-professionnels-de-sante>

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

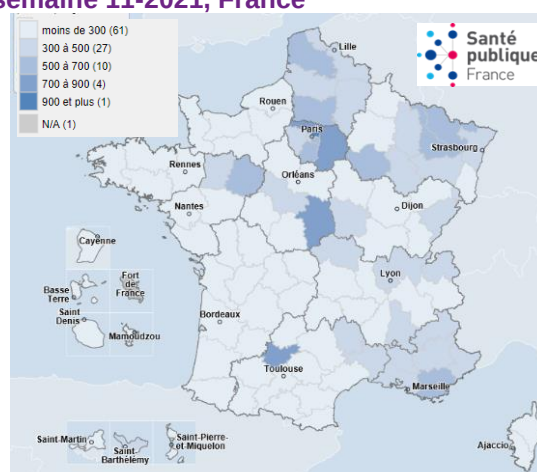
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **405 976 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 23 mars 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période) (Figure 18).
- **En semaine 11 (du 15 au 21 mars 2021), 9 637 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (8 243 passages en S10). Ce chiffre était **en hausse pour la 2^e semaine consécutive** (+17% en S11 et +6% en S10) (Figure 18).
- La part d'activité était en légère hausse (3,6% en S11 vs 3,2% en S10) et le nombre d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était en légère baisse à 55% (vs 58% en S10).
- Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en forte hausse chez les moins de 15 ans (+100% soit +108 passages) et en hausse plus modérée chez les 15-74 ans (+20% soit +1 108 passages) et les 75 ans et plus (+4% soit +77 passages). 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 (24%), 45-64 ans (34%), 65-74 ans (18%), 75 ans et plus (22%) (Figure 18).
- **Au niveau régional**, le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en hausse dans toutes les régions métropolitaines à l'exception de la Corse et de la Nouvelle-Aquitaine. Les hausses les plus marquées étaient observées en Île-de-France (+27% soit +658 passages), Grand Est (+25% soit +166 passages), Centre-Val-de Loire (+25% soit +52 passages), Bretagne (+25% soit +40 passages) et Auvergne-Rhône-Alpes (+17% soit +150 passages). Dans les DOM, le nombre de passages était stable ou en baisse.
- En semaine 11, comme au cours des semaines précédentes, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, **la majorité était enregistrée en Île-de-France (32%)**, Provence-Alpes-Côte d'Azur (12%), Auvergne-Rhône-Alpes (11%) et Hauts-de-France (10%).

Figure 18. 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 19. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 11-2021, 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 Cori¹, avec une fenêtre temporelle mobile de sept 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, 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 sept 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.**

- Les estimations du nombre de reproduction effectif en **France métropolitaine** étaient **supérieures à 1 de façon significative à partir des trois sources de données**. Ainsi, au 20 mars 2021, l'estimation était de **1,16** (IC95% [1,16-1,17]) à partir des données virologiques (SI-DEP) et de **1,14** (IC95% [1,11-1,16]) à partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)**. Au 21 mars 2021, elle était de **1,09** (IC95% [1,07-1,11]) à partir des **données d'hospitalisation pour COVID-19 (SI-VIC)** (Tableau 2 et Figure 20).

► Régions métropolitaines

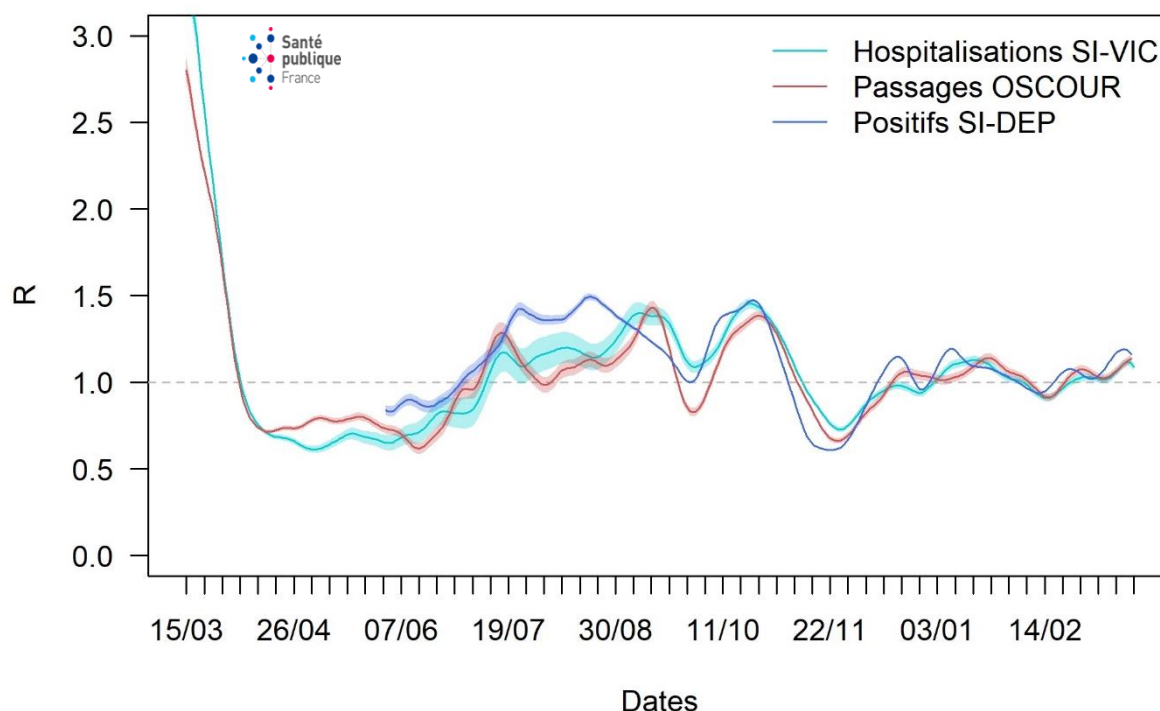
- Au 20 mars 2021, les estimations des nombres de reproduction à partir des **données virologiques SI-DEP** étaient significativement supérieures à 1 dans 11 régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Pays de la Loire. En Corse et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'estimation était inférieure à 1 mais non significativement (Tableau 2).
- À partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)**, au 20 mars, huit régions métropolitaines présentaient des nombres de reproduction significativement supérieurs à 1 : Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Occitanie et Pays de la Loire. Trois autres régions métropolitaines présentaient une estimation supérieure à 1 mais de façon non significative : Bourgogne-Franche-Comté, Normandie et Nouvelle-Aquitaine.
- À partir des **hospitalisations pour COVID-19** rapportées dans SI-VIC, les estimations des nombres de reproduction au 21 mars étaient significativement supérieures à 1 dans cinq régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France et Occitanie. L'estimation du nombre de reproduction était supérieure à 1 de façon non significative dans sept autres régions métropolitaines : Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- **Les estimations des nombres de reproduction obtenues à partir des trois sources de données étaient significativement supérieures à 1 dans cinq régions métropolitaines** : Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France et Occitanie.

► Régions d'outre-mer

- Au 20 mars, les estimations du nombre de reproduction étaient **significativement supérieures à 1 en Guyane et Martinique** à partir des données virologiques **SI-DEP** (Tableau 2).
- Le nombre de reproduction estimé excédait 1 mais non significativement en Guadeloupe et à La Réunion à partir des données virologiques SI-DEP, en Guadeloupe et en Guyane à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et à La Réunion à partir des hospitalisations rapportées dans SI-VIC. **À Mayotte**, les estimations du nombre de reproduction à partir des trois sources de données étaient **significativement inférieures à 1 pour la 3^e semaine consécutive**.

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 20. 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 20 mars 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 2. Nombre de reproduction effectif du 20 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 21 mars 2021 à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), par région, France

Territoire	Région	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1,22 (1,20-1,23)	1,14 (1,07-1,21)	1,08 (1,02-1,15)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,18 (1,15-1,21)	1,05 (0,95-1,16)	1,07 (0,97-1,18)
	Bretagne	1,18 (1,15-1,21)	1,16 (1,00-1,32)	1,11 (0,98-1,25)
	Centre-Val de Loire	1,21 (1,18-1,24)	1,22 (1,08-1,36)	1,06 (0,95-1,18)
	Corse	0,91 (0,83-1,00)	0,86 (0,59-1,17)	0,82 (0,53-1,17)
	Grand Est	1,15 (1,13-1,16)	1,20 (1,12-1,28)	1,18 (1,10-1,25)
	Hauts-de-France	1,14 (1,12-1,15)	1,11 (1,04-1,19)	1,07 (1,02-1,13)
	Île-de-France	1,20 (1,19-1,21)	1,25 (1,21-1,30)	1,11 (1,07-1,16)
	Normandie	1,23 (1,21-1,26)	1,02 (0,91-1,14)	1,05 (0,95-1,15)
	Nouvelle-Aquitaine	1,19 (1,16-1,21)	1,01 (0,92-1,11)	1,03 (0,93-1,13)
	Occitanie	1,16 (1,14-1,18)	1,10 (1,01-1,19)	1,17 (1,07-1,27)
	Pays de la Loire	1,18 (1,15-1,20)	1,15 (1,02-1,27)	1,10 (0,99-1,21)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,99 (0,97-1,00)	0,99 (0,93-1,04)	1,01 (0,95-1,07)
	France métropolitaine	1,16 (1,16-1,17)	1,14 (1,11-1,16)	1,09 (1,07-1,11)
France ultramarine	Guadeloupe	1,00 (0,90-1,11)	1,14 (0,82-1,51)	0,83 (0,50-1,23)
	Guyane	1,30 (1,06-1,56)	1,02 (0,53-1,68)	NC
	La Réunion	1,00 (0,94-1,06)	0,92 (0,73-1,13)	1,02 (0,82-1,26)
	Martinique	1,51 (1,36-1,65)	NA	NC
	Mayotte	0,61 (0,54-0,67)	0,53 (0,30-0,81)	0,63 (0,44-0,87)

NC : le nombre de reproduction n'est pas estimable de façon fiable en raison d'un nombre de cas insuffisant sur les sept derniers jours.

NA : données non disponibles pour cette région.

Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

Depuis mars 2020, l'outil SI-VIC a été déployé dans les hôpitaux afin de suivre l'hospitalisation des patients infectés par le SARS-CoV-2. Pour permettre un pilotage plus fin des tensions hospitalières, des évolutions ont été apportées à ce système. Le terme « réanimation », utilisé auparavant pour regrouper l'ensemble des services de soins critiques, est désormais remplacé par « soins critiques », ce qui permet de différencier le service de réanimation proprement dit des autres services appartenant à cet ensemble (comme les soins intensifs ou les soins continus). D'autre part, il est désormais possible de distinguer, parmi les patients hospitalisés porteurs du SARS-CoV-2, si l'hospitalisation est pour traitement de la COVID-19 ou si elle survient pour une autre raison chez une personne porteuse d'une infection à SARS-CoV-2. Ces nouvelles fonctionnalités sont analysables depuis le 25 janvier 2021.

Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en services de soins critiques 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 services de soins critiques, décès

Patients actuellement hospitalisés et nombre total de décès

- Le 23 mars 2021, **26 818 patients COVID-19 étaient hospitalisés en France** (vs **25 552** le 16 mars, soit +5%), dont :
 - **4 655 en services de soins critiques** (vs **4 260** le 16 mars, soit +9%) (Figures 21 et 22). Parmi ceux-ci, **3 547** étaient en services de **réanimation** et 1 108 dans d'autres services de soins critiques (soins intensifs ou soins continus) ;
 - **14 654 en hospitalisation conventionnelle** (vs **13 616** le 16 mars, soit +8%) ;
 - **7 004 en soins de suite et réadaptation** et **505 en autres unités de soins**.

Figure 21. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 23 mars 2021)

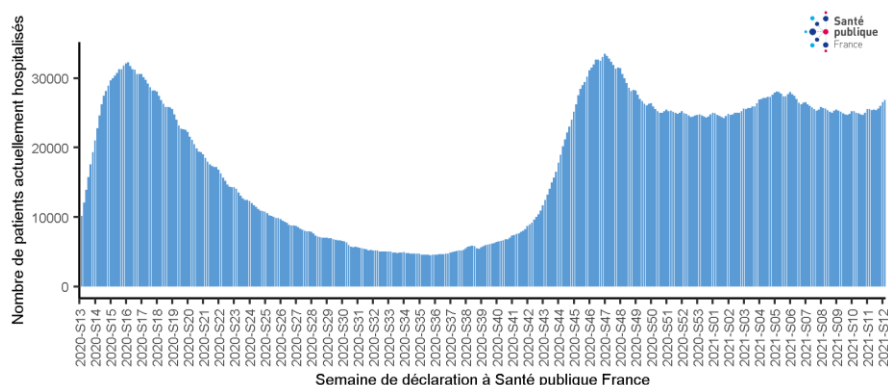
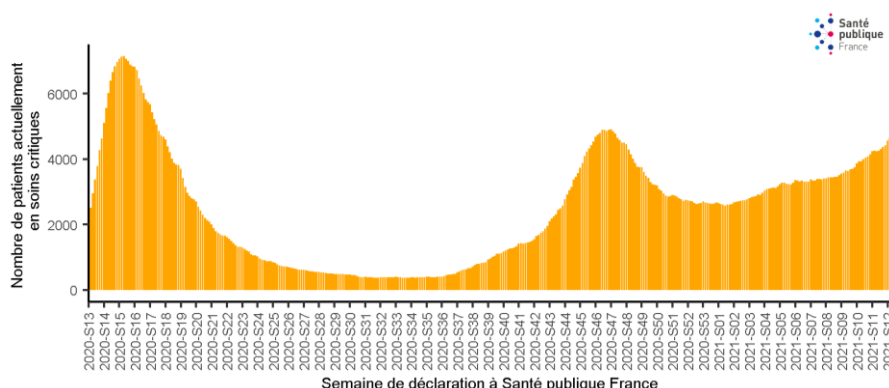


Figure 22. Nombre de patients COVID-19 en services de soins critiques, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 23 mars 2021)



- Parmi les **378 142 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars 2020 (Tableau 3) :
 - l'âge médian des patients est de 74 ans et 52% sont des hommes ;
 - **67 530** patients sont décédés : **75%** étaient âgés de 75 ans et plus et **58%** étaient des hommes.

Tableau 3. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en services de soins critiques) le 23 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 23 mars 2021				Depuis le 1 ^{er} mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Soins Critiques		Décès	
	N	%	N	%	N	%
Total	26 818		4 655		67 530	
Classes d'âge *						
Total	26 611		4 615		67 172	
0-14 ans	68	<1	7	<1	5	<1
15-44 ans	1 411	5	264	6	463	<1
45-64 ans	5 690	21	1 708	37	5 252	8
65-74 ans	6 412	24	1 776	38	11 108	17
75 et +	13 030	49	860	19	50 344	75
Régions *						
Total	26 756		4 634		67 503	
Métropole						
Auvergne-Rhône-Alpes	3 146	12	495	11	9 718	14
Bourgogne-Franche-Comté	1 172	4	148	3	4 020	6
Bretagne	678	3	87	2	1 278	2
Centre-Val de Loire	1 025	4	152	3	2 163	3
Corse	116	<1	13	<1	159	<1
Grand Est	2 470	9	401	9	8 641	13
Hauts-de-France	3 271	12	598	13	6 994	10
Île-de-France	6 626	25	1 360	29	16 245	24
Normandie	1 354	5	166	4	2 498	4
Nouvelle-Aquitaine	1 166	4	203	4	3 086	5
Occitanie	1 458	5	294	6	3 492	5
Pays de la Loire	833	3	102	2	2 197	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 113	12	512	11	6 462	10
Outre-mer						
La Réunion	157	<1	55	1	111	<1
Martinique	37	<1	10	<1	49	<1
Mayotte	65	<1	16	<1	115	<1
Guadeloupe	53	<1	14	<1	190	<1
Guyane	16	<1	8	<1	85	<1

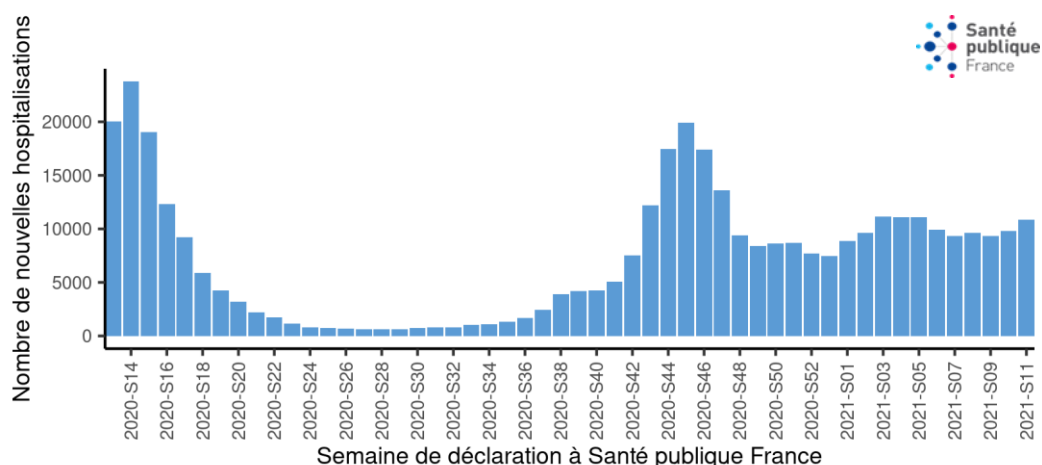
* L'information sur l'âge ou sur la région n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Source : SI-VIC

Nouvelles hospitalisations et nouveaux décès

• Le nombre de **déclarations de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19**, après une stabilisation en S08 et S09, a augmenté en S10 et S11 : **10 881** nouvelles hospitalisations déclarées en S11 vs **9 777** en S10, soit +11% (Figure 23). En S11, 90% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

Figure 23. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 21 mars 2021)

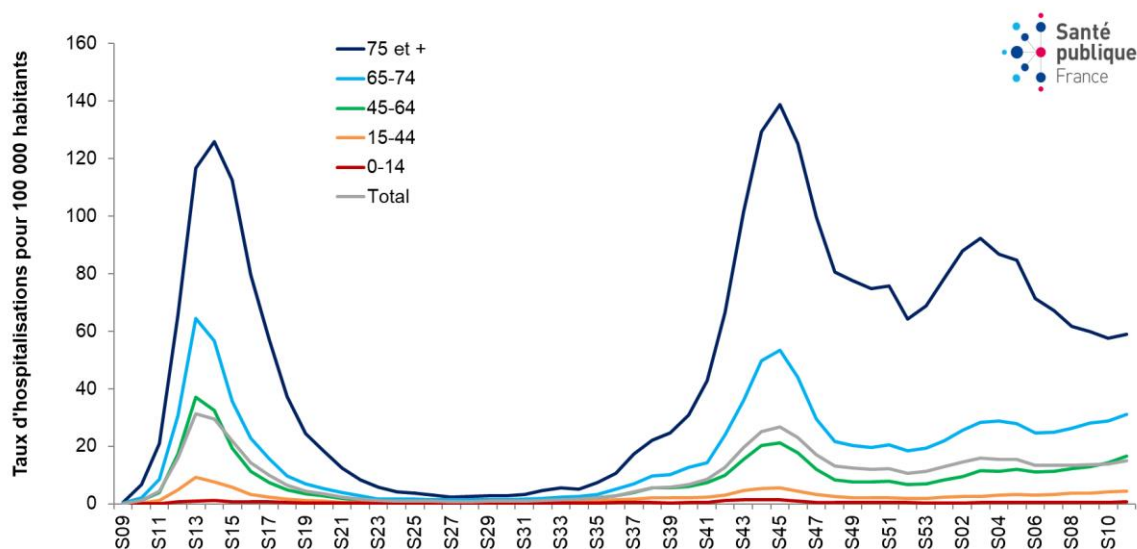


Source : SI-VIC

• Après consolidation, les **données par date d'admission à l'hôpital** montrent que le nombre de nouvelles hospitalisations était en légère augmentation en S10 (+3% par rapport à S09). Les données de S11 ne sont pas encore consolidées mais on note cependant une augmentation de +9% entre S10 et S11.

• Le taux d'hospitalisations par date d'admission a **augmenté** dans **toutes les classes d'âge** entre les semaines **01 et 03**. Il a continué à augmenter chez les 15-74 ans jusqu'en S11. **Chez les 75 ans et plus**, il a nettement **diminué** entre **S03 et S10** (de 92,2 pour 100 000 en S03 à 57,6 en S10) et semble légèrement augmenter de nouveau en S11, malgré la non consolidation des données (Figure 24).

Figure 24. 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 23 mars 2021)



S11 : données non consolidées

Source : SI-VIC

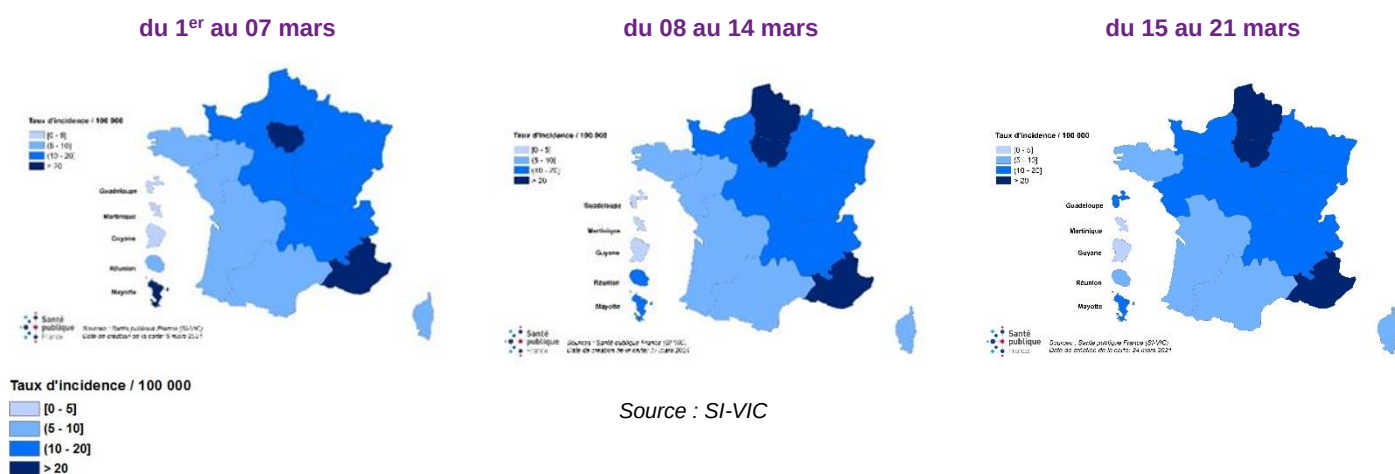
- En S11, le **taux hebdomadaire** d'hospitalisations par date de déclaration était de **16,2/100 000 habitants** contre **14,6** en S10.

- En France métropolitaine, le **taux hebdomadaire d'hospitalisations** était en augmentation dans toutes les régions, à l'exception du **Centre-Val de Loire** (-4%) et de la **Corse** (-3%).

- Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Île-de-France** (25,2/100 000 habitants), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (24,7/100 000 habitants) et **Hauts-de-France** (24,6/100 000 habitants). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 17,6 pour 100 000 habitants (Figure 25).

- En Outre-mer, le **plus fort taux d'hospitalisations** en S11 était encore observé à **Mayotte** avec 15,4/100 000 habitants, malgré une **diminution** depuis la semaine 07 (18,6 en S10 soit -9 hospitalisations). Le taux d'hospitalisations était également en baisse à **La Réunion** (9,0 vs 10,8, soit -16 hospitalisations). En **Guadeloupe**, le taux d'hospitalisations était en forte hausse (12,5 en S11 vs 4,0 en S10, soit +32 hospitalisations). Les taux d'hospitalisations étaient stables en Guyane.

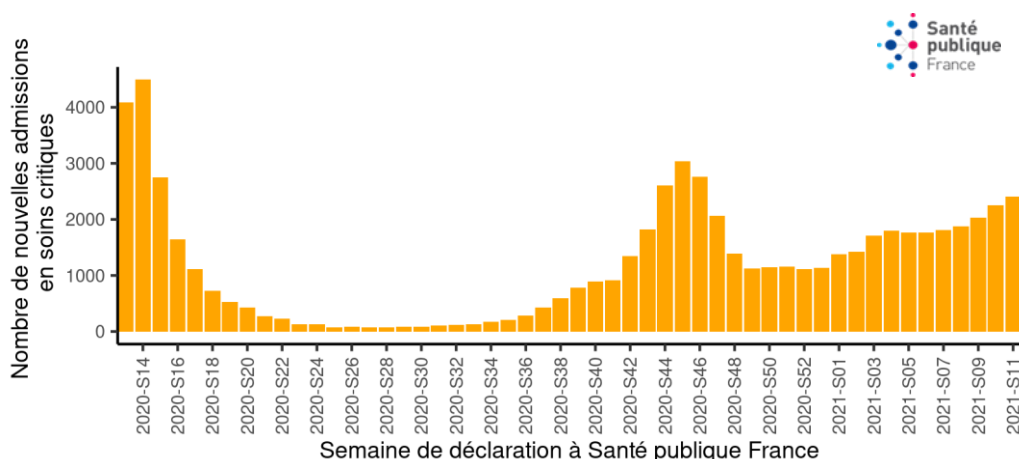
Figure 25. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 1^{er} au 21 mars 2021 (S09 à S11, date de déclaration), France



- L'augmentation du nombre de déclarations de **nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19** observée depuis S08 s'est poursuivie en S11 : **2 411** en S11 contre 2 251 en S10, soit **+7%** (Figure 26). Parmi ceux-ci :

- 96% des patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19 ;
- le nombre de nouvelles déclaration d'admissions en services de réanimation était de 1 636 (vs 1 584 en S10, soit +3%).

Figure 26. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques, selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 21 mars 2021)

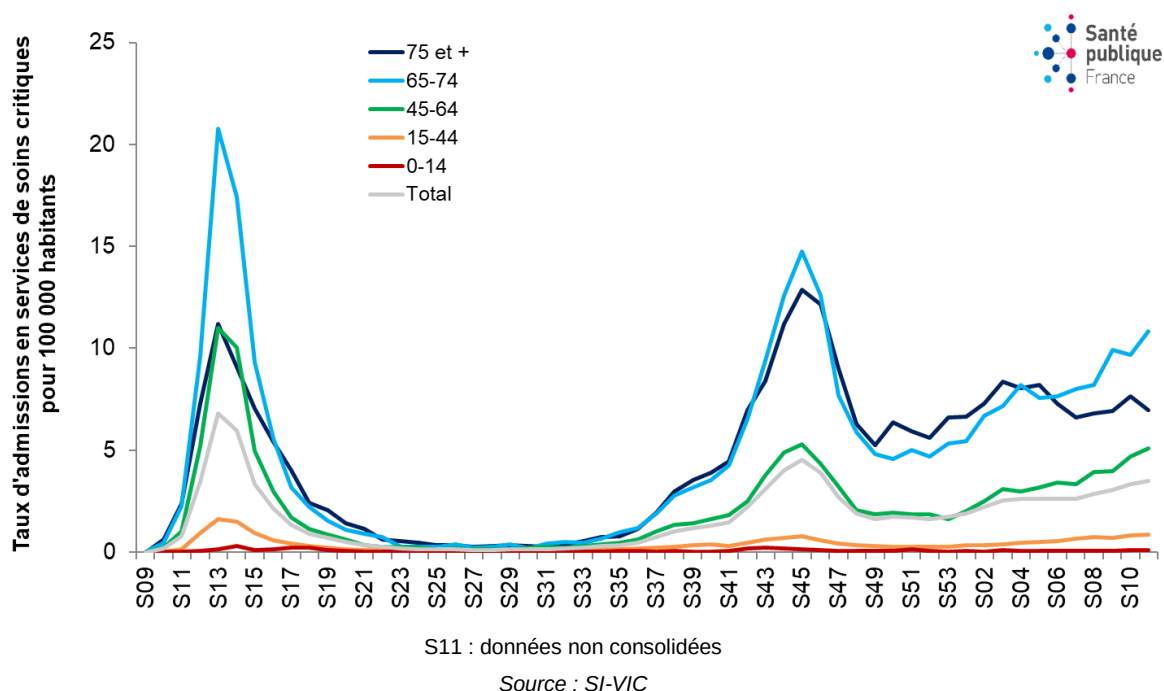


- Après consolidation, les **données par date d'admission en services de soins critiques** montrent que le nombre de nouvelles admissions avait continué d'augmenter en S10 (+9% par rapport à S09). Malgré la non consolidation des données en S11, on note cependant une augmentation de +6% entre S10 et S11.

- Chez les **75 ans et plus**, après une **diminution entre S03 et S07 des taux d'admissions en soins critiques** par date d'admission, une augmentation de ces taux était observée entre la S07 et S10 (de 6,6 en S07 à 7,6 en S10 ; la tendance à la baisse en S11, non consolidée, ne peut être interprétée).

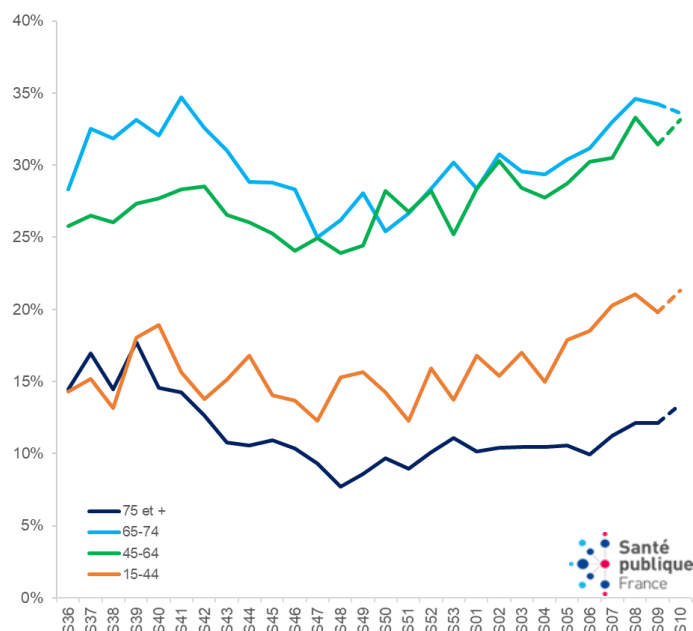
Dans les autres classes d'âge de 15 ans à 74 ans, on constate une **augmentation des taux d'admissions en soins critiques depuis la semaine 03** (Figure 27).

Figure 27. Taux d'admissions hebdomadaires de patients COVID-19 en services de soins critiques par classe d'âge selon la date d'admission, depuis le 02 mars 2020, France (données au 23 mars 2021)



- La proportion de patients hospitalisés en services conventionnels, transférés (ou directement admis) en service de soins critiques montre depuis début décembre 2020 une tendance à l'**augmentation du risque d'être admis en soins critiques**. Cette tendance, plus marquée depuis S06 chez les moins de 75 ans et depuis S08 chez les 75 ans et plus, peut témoigner d'une plus grande sévérité moyenne des cas. L'augmentation tend à se stabiliser chez les 65-74 ans depuis S08 (Figure 28).

Figure 28. Évolution hebdomadaire de la proportion (%) de patients hospitalisés en services conventionnels qui ont été transférés (ou directement admis) en service de soins critiques entre les semaines 36-2020 et 10-2021



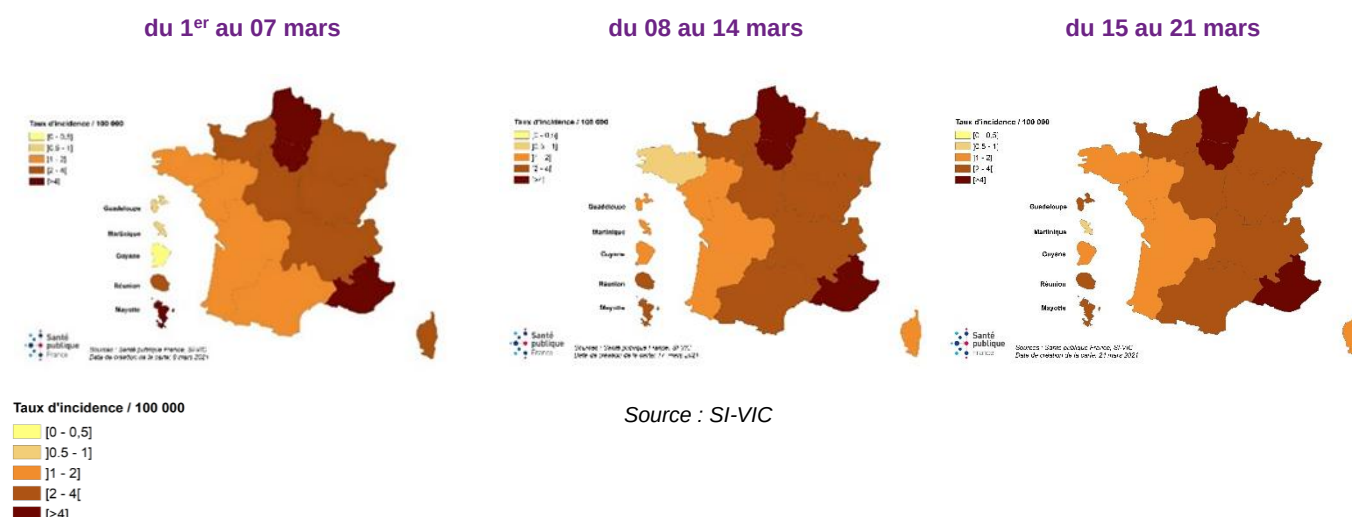
- Le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques par date de déclaration était de **3,6/100 000 habitants** en S11 contre **3,4** en S10.

- En France métropolitaine, les **plus fortes augmentations du taux hebdomadaire de nouvelles admissions en services de soins critiques** étaient observées dans les régions **Bretagne** (+70%), **Nouvelle-Aquitaine** (+22%), **Pays de la Loire** (+19%), **Bourgogne-Franche-Comté** (+18%), et **Grand Est** (+17%). Il est à noter que les régions Bretagne, Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie ont accueilli des patients en réanimation suite à des évacuations sanitaires en provenance de Provence-Alpes-Côte d'Azur, Hauts-de-France et Île-de-France, ce qui pourrait expliquer une part de ces augmentations.

- Les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de soins critiques** en métropole étaient encore rapportés en **Île-de-France** (6,4/100 000 habitants), **Hauts-de-France** (5,4), et **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (4,8). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 3,7 pour 100 000 habitants (Figure 29).

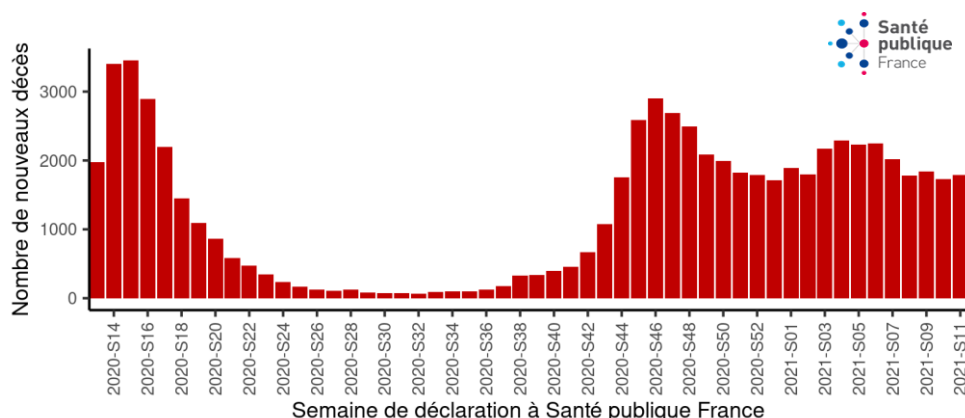
- En Outre-mer, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en services de soins critiques** en S11 était observé à **La Réunion**, malgré une diminution par rapport à S10 (2,8/100 000 habitants vs 3,3, soit -4 admissions). Ce taux était également élevé et en augmentation en **Guadeloupe** (2,7 en S11 vs 1,3 en S10 soit +5 admissions). À **Mayotte**, il poursuivait sa **diminution** depuis S08 (2,1/100 000 habitants en S11 vs 3,6 en S10, soit -4 admissions). Les effectifs réduits des admissions en services de de soins critiques en Martinique et en Guyane ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

Figure 29. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en soins critiques de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 1^{er} au 21 mars 2021 (S09 à S11, par date de déclaration), France



- Après avoir diminué en S07 et S08, le nombre de **déclarations de décès** de patients COVID-19 survenus au cours d'une hospitalisation semble s'être stabilisé depuis S09 : **1 789** décès en S11 contre **1 727** en S10 (soit +4%). En S11, 86% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19. (Figure 30).
- Après consolidation, les **données par date de survenue du décès à l'hôpital** montrent que la diminution du nombre de décès observée entre la S05 et la S09 s'est poursuivie en S10 (-8% par rapport à S09). Les données de S11 ne sont pas encore consolidées (+2% entre S10 et S11).

Figure 30. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 21 mars 2021)



- Le **taux hebdomadaire** de décès de patients COVID-19 était de **2,7/100 000 habitants** en S11, contre 2,6 en S10.
- Le **taux hebdomadaire de décès** en S11 était en augmentation en Normandie (+33%), Pays de la Loire (+28%) et Bourgogne-Franche-Comté (+25%). Il était stable ou en 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** (4,1 pour 100 000 habitants), **Hauts-de-France** (4,1), **Île-de-France** (3,4), **Grand Est** (3,2) et **Bourgogne-Franche-Comté** (3,1).
- **En Outre-mer**, les **plus fort taux hebdomadaires de décès** étaient observés à **Mayotte** (4,7/100 000 habitants), en **augmentation** par rapport à S10 (1,4 en S10, soit +9 décès) et à **La Réunion** (2,6/100 000 habitants), en **augmentation** par rapport à S10 (0,9 en S10, soit +14 décès). Les effectifs réduits des décès dans les autres régions ne permettaient 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 23 mars 2021, parmi les **8 700 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19**, **70% étaient des hommes**. Cette proportion a diminué entre les périodes septembre-décembre 2020 et janvier-mars 2021 (72% vs 68%, $p < 0,001$). **L'âge médian des patients était également en légère diminution entre ces deux périodes, passant de 68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]) **à 67 ans** (IIQ : [57-74]). **La proportion de patients âgés de 65 ans et plus a diminué de façon significative** (63% vs 56%, $p < 0,001$). Au total, 121 étaient des professionnels de santé.

- **89% des patients admis en réanimation en septembre-décembre 2020 présentaient au moins une comorbidité contre 87% en janvier-mars 2021** ($p < 0,05$). Cette proportion est stable entre les deux périodes parmi les patients âgés de moins de 65 ans (84% vs 83%, non significatif). Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient, **pour les deux périodes, l'hypertension artérielle, l'obésité** ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg.m}^{-2}$) **et le diabète** (Tableau 4).

- Parmi les 6 803 patients pour lesquels l'information était renseignée, **47% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour**. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 7 061 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**. La comparaison de ces deux indicateurs par période est à ce jour peu informative du fait du nombre important de signalements toujours en cours pour lesquels ces indicateurs n'ont pas encore été renseignés.

- **1 709 décès** ont été rapportés à ce jour (dont huit professionnels de santé) : 1 175 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 et 534 parmi les patients admis en janvier-mars 2021. **L'âge médian des personnes décédées était de 73 ans** (IIQ : [67-79]) ; **81% étaient âgées de 65 ans et plus et 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%)**. Un recul insuffisant ne permet pas à ce jour de comparer, entre les deux périodes d'étude, les caractéristiques des patients décédés.

- Entre le 05 octobre 2020 et le 23 mars 2021, **5 280 sorties de réanimation** ont été rapportées, 3 337 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 et 1 943 parmi ceux admis en janvier-mars 2021.

Tableau 4. Âge et comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 23 mars 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France

Classe d'âge	Septembre-décembre 2020 (n=5 084)		Janvier-mars 2021 (n=3 616)	
	n	%	n	%
0-14 ans	11	<1	12	<1
15-44 ans	284	6	261	7
45-64 ans	1 583	31	1 293	36
65-74 ans	1 908	38	1 252	35
75 ans et +	1 277	25	760	21
Non renseigné	21		38	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	547	11	441	13
Au moins une comorbidité	4 408	89	3 063	87
Hypertension artérielle	2 272	46	1 622	46
Obésité (IMC>=30) ³	2 007	45	1 499	46
Diabète	1 563	32	1 005	29
Pathologie cardiaque	1 245	25	798	23
Pathologie pulmonaire	1 055	21	709	20
Pathologie rénale	442	9	295	8
Immunodépression	377	8	180	5
Cancer	360	7	232	7
Pathologie neuromusculaire	164	3	127	4
Pathologie hépatique	118	2	72	2
Autre	787	16	481	14
Non renseigné	129		112	

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

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

³ La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients dont l'IMC est renseigné (n=4 442 sur la période septembre-décembre 2020 et n=1 016 sur la période janvier-mars 2021).

SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES

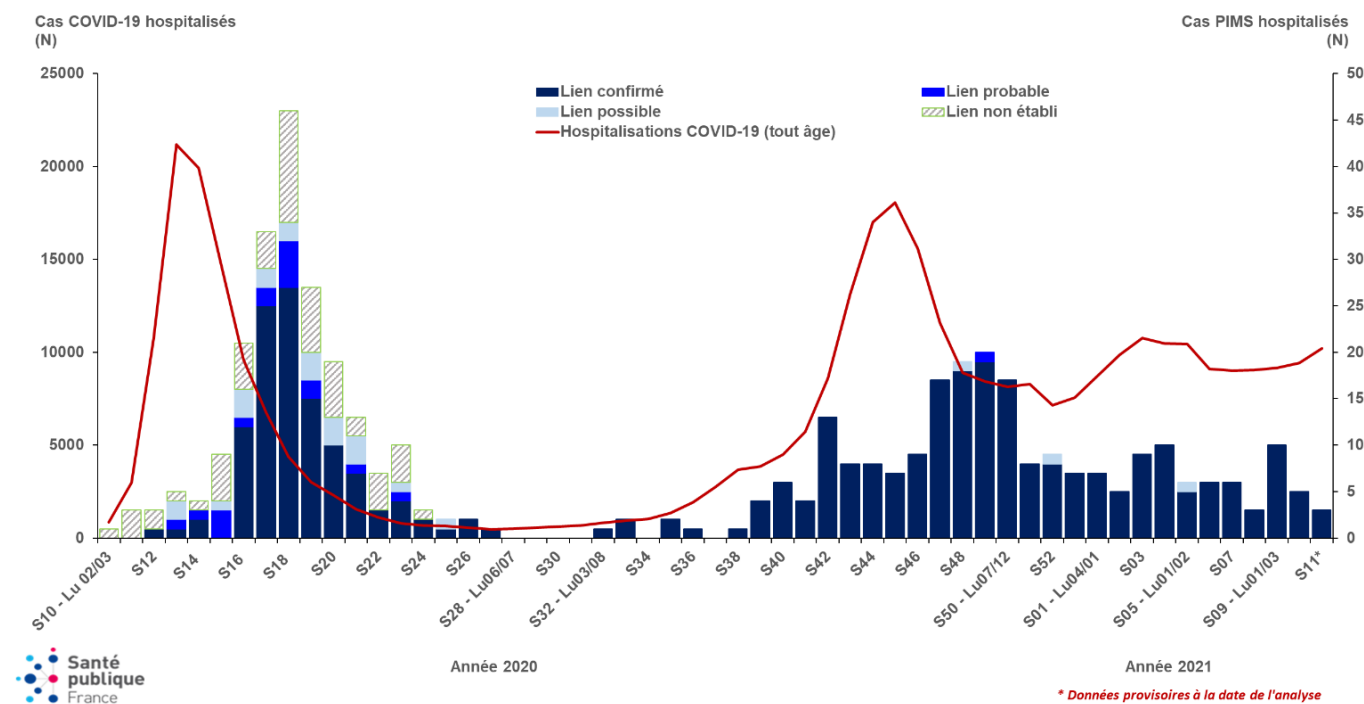
Fin avril 2020, le signalement de cas de myocardite avec état de choc cardiogénique chez des enfants avec une infection COVID-19 récente a conduit à la mise en place, par Santé publique France et les sociétés savantes de pédiatrie, d'une surveillance active de ces tableaux cliniques atypiques. Ces syndromes sont recensés sous l'appellation de « [syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques](#) » ou PIMS. La [méthodologie et les premiers résultats](#) de leur surveillance en France ont été publiés en juin 2020.

- **Entre le 1^{er} mars 2020 et le 21 mars 2021, 442 cas** de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (ou PIMS) ont été signalés.
- 195 cas (44%) ont concerné des filles. L'âge médian des cas était de 7 ans (25% des cas avaient ≤ 4 ans et 75% ≤ 11 ans).
- **Plus de trois quarts des cas étaient confirmés par une RT-PCR et/ou une sérologie pour SARS-CoV-2 positives** (n=342, 77%). Le lien avec le virus était probable chez 18 patients, soit 4% des cas (contage avec un sujet positif ou scanner évocateur) et considéré comme possible chez 24 patients (5%). Pour les 58 patients restants (13%), ce lien n'a pas pu être établi.
- Parmi les 384 patients pour lesquels le lien avec la COVID-19 était possible, probable ou confirmé, les PIMS étaient associés à une myocardite pour 278 cas (72%). Parmi les 58 patients sans lien établi avec la COVID-19, une myocardite n'a été retrouvée que chez 5 d'entre eux.
- Un séjour en réanimation a été nécessaire pour 196 enfants (44%) et en unité de soins critiques pour 110 (25%). Les autres enfants ont été hospitalisés en service de pédiatrie. Un enfant âgé de 9 ans est décédé dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite.
- **Les régions ayant signalé le plus grand nombre de cas** sont l'**Île-de-France** (173 cas, 39%), Auvergne-Rhône-Alpes (61 cas, 14%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (55 cas, 12%) et Grand Est (39 cas, 9%). Les autres régions ont rapporté moins de 25 cas (Tableau 5).
- Un **délai moyen de survenue des PIMS de quatre à cinq semaines après l'infection par le SARS-CoV-2** avait été observé lors de la première vague de l'épidémie. Après un pic observé en semaine 18-2020 (semaine d'hospitalisation), le nombre de cas signalés a diminué de manière importante au cours de l'été, avant une nouvelle augmentation depuis la semaine 39 (fin septembre) : 226 cas ont été rapportés entre le 21 septembre 2020 et le 21 mars 2021, tous confirmés à l'exception d'un cas probable et de trois cas possibles (Figure 31).
- Au total, les données recueillies confirment l'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique rare chez l'enfant avec fréquente atteinte cardiaque, lié à l'épidémie de COVID-19, également observé dans d'autres pays. En France, l'incidence cumulée des PIMS en lien avec la COVID-19 (384 cas) a été estimée à **26,5 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans** (soit 14 511 544 habitants, données Insee 2019).

Tableau 5. Nombre de cas de PIMS par région en fonction de leur lien avec le SARS-CoV-2, du 02 mars 2020 au 21 mars 2021, France (données au 23 mars 2021)

Nombre de cas de PIMS selon le lien avec le SARS-CoV-2					
Régions métropolitaines	Lien confirmé	Lien probable	Lien possible	Lien non établi	Total
Île-de-France	142	8	6	17	173
Auvergne-Rhône-Alpes	45	3	2	11	61
Provence-Alpes-Côte d'Azur	44	1	4	6	55
Grand Est	32	2	2	3	39
Nouvelle-Aquitaine	18	1	1	4	24
Pays de la Loire	11	1	1	6	19
Normandie	6	1	2	5	14
Occitanie	11	0	0	1	12
Bourgogne-Franche-Comté	7	1	0	2	10
Hauts-de-France	4	0	2	0	6
Centre-Val de Loire	3	0	2	0	5
Bretagne	1	0	1	1	3
Corse	0	0	0	0	0
Régions ultramarines					
Mayotte	12	0	0	0	12
Guadeloupe	4	0	1	2	7
Guyane	1	0	0	0	1
La Réunion	1	0	0	0	1
Martinique	0	0	0	0	0
France entière	342	18	24	58	442

Figure 31. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations pour PIMS, en fonction du lien avec la COVID-19, et d'hospitalisations COVID-19 tous âges, du 02 mars 2020 au 21 mars 2021, France (données au 23 mars 2021)



SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

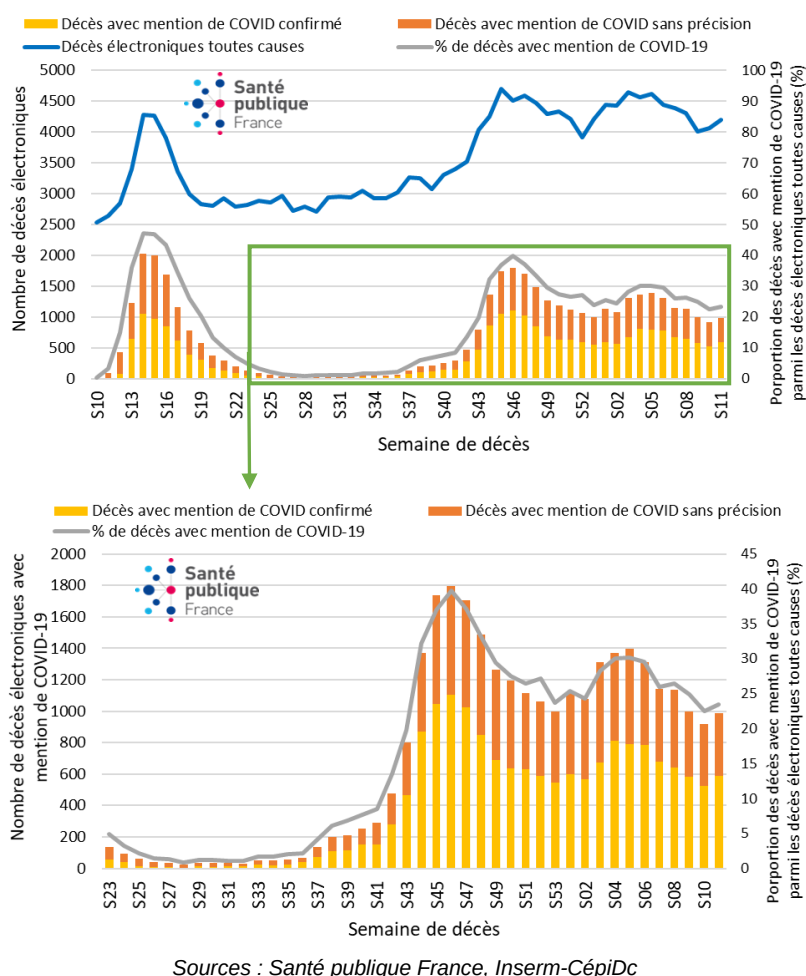
► Mortalité lors d'une hospitalisation pour COVID-19 et en ESMS

- Les **décès à l'hôpital** de patients présentant une infection au SARS-CoV-2 sont présentés dans la partie « Hospitalisations, admissions en services de soins critiques, décès » du chapitre « Surveillance en milieu hospitalier ».
- En raison du déploiement en cours de la nouvelle application pour le signalement des cas et des décès de COVID-19 en ESMS (Cf. chapitre « Surveillance dans les établissements sociaux et médico-sociaux »), les **données de mortalité en ESMS** ne peuvent pas être présentées cette semaine.

► 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, 40 553 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 6).
 - L'âge médian au décès était de 85 ans et 92,8% des personnes avaient 65 ans et plus.
 - Les hommes représentaient 55% de ces décès.
 - 54,9% de ces certificats de décès contenaient une mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée.
- Des comorbidités étaient renseignées pour 26 422 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 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 11 (du 15 au 21 mars 2021), **986 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 23,5% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 32). Ce nombre de décès était **en hausse de 7,6% par rapport à la semaine précédente** (soit +70 décès). La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 59,8%.
- Parmi les 986 personnes décédées au cours de la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 702 (71%) étaient âgées de 75 ans et plus, 197 (20%) de 65 à 74 ans et 81 (8%) de 45 à 64 ans. Cinq personnes décédées étaient âgées de 15 à 44 ans. La hausse des effectifs sur la semaine écoulée est observée dans toutes les classes d'âges.

Figure 32. 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 21 mars 2021, France (données au 23 mars 2021)



Sources : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 6. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 22 mars 2021, France (données au 23 mars 2021)

Sexe	n	%
Hommes	22 134	55
Femmes	18 418	45

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	1	20	4	80	5	0
15-44 ans	76	32	159	68	235	1
45-64 ans	758	28	1 926	72	2 684	7
65-74 ans	1 750	30	4 132	70	5 882	15
75 ans ou plus	11 546	36	20 201	64	31 747	78
Tous âges	14 131	35	26 422	65	40 553	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	9 311	35
Hypertension artérielle	5 843	22
Diabète	4 237	16
Pathologie respiratoire	3 474	13
Pathologie rénale	3 465	13
Pathologies neurologiques*	2 281	9
Obésité	1 522	6
Immunodéficience	593	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 S09-2021 (du 1^{er} au 07 mars 2021).** Les effectifs avaient 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 jusqu'en semaine 10** (Tableau 7 et Figure 33). **Le nombre de décès en semaine 10-2021 semble revenir dans les marges de fluctuation habituelles.**

● Le nombre de décès chez les personnes de 65-84 ans reste toutefois significativement supérieur à celui attendu jusqu'en semaine 10, alors que les effectifs sont revenus dans les marges de fluctuation habituelle dès la semaine 09 chez les 85 ans ou plus.

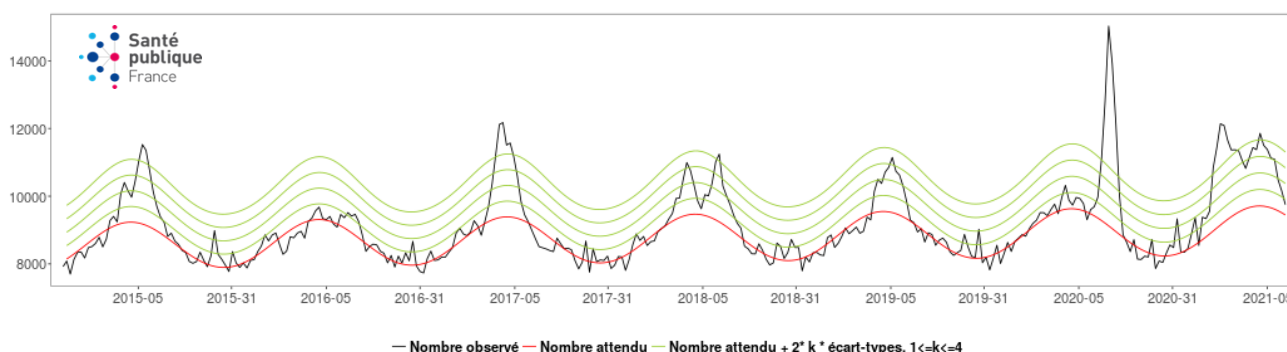
Tableau 7. Estimation de la proportion (%) de l'excès de décès par rapport à la mortalité attendue, tous âges confondus, dans un échantillon de 3 000 communes, de la semaine 01 à la semaine 09-2021, France

	2021								
Semaine	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07	S08	S09
%	+18	+17	+22	+18	+17	+15	+15	+10	+7

Estimations non consolidées pour les semaines 07 à 09-2021

Sources : Santé publique France, Insee

Figure 33. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 34-2014 à la semaine 10-2021, France



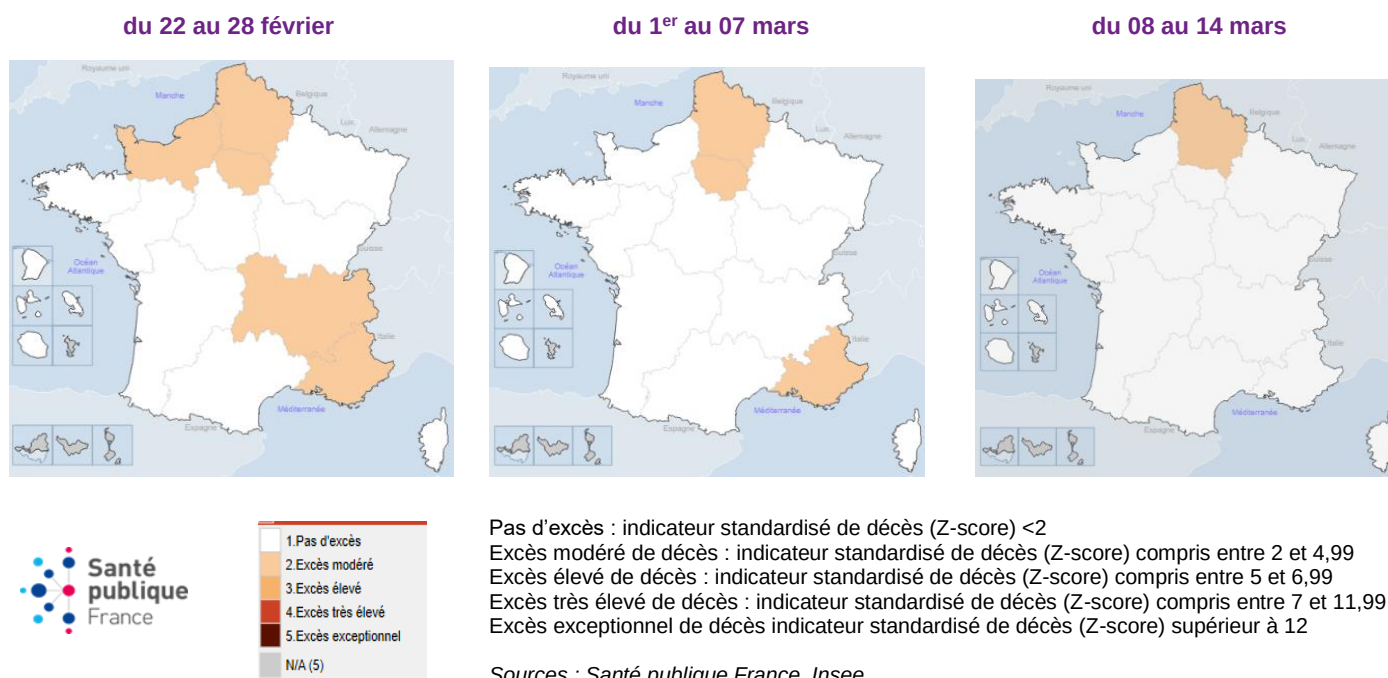
Sources : Santé publique France, Insee

● Au niveau régional, le nombre de décès toutes causes confondues semble revenir dans les marges de fluctuation habituelles dans toutes les régions, sauf dans les Hauts-de-France où il reste significativement supérieur au nombre des décès attendus en semaine 10. Le nombre de décès en Île-de-France est également proche de la limite haute des marges de fluctuation habituelle en semaine 10. 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 S07 dans huit régions, en S08 dans cinq régions, en S09 dans trois régions et en S10 dans les Hauts-de-France** (Figure 34).

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 06 à 09-21, 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 34. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues pour les semaines 08, 09 et 10-2021, par région, France (données au 23 mars 2021)



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

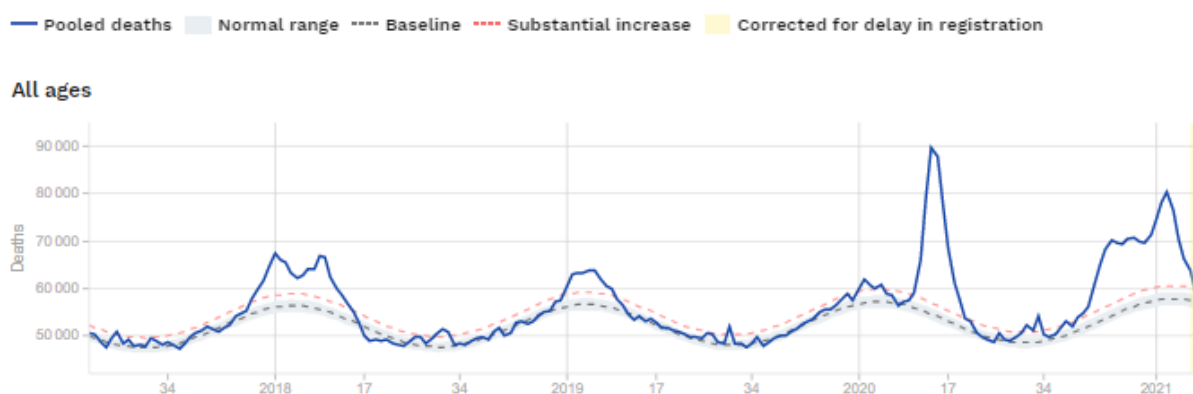
Pour en savoir + sur les évolutions de la mortalité toutes causes, consulter la page des [Bulletins SurSaUD®](#)

► 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 35). 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 à partir de la semaine 08.** Cette dynamique reste à confirmer avec la consolidation des données de chaque pays/région (Figure 35).

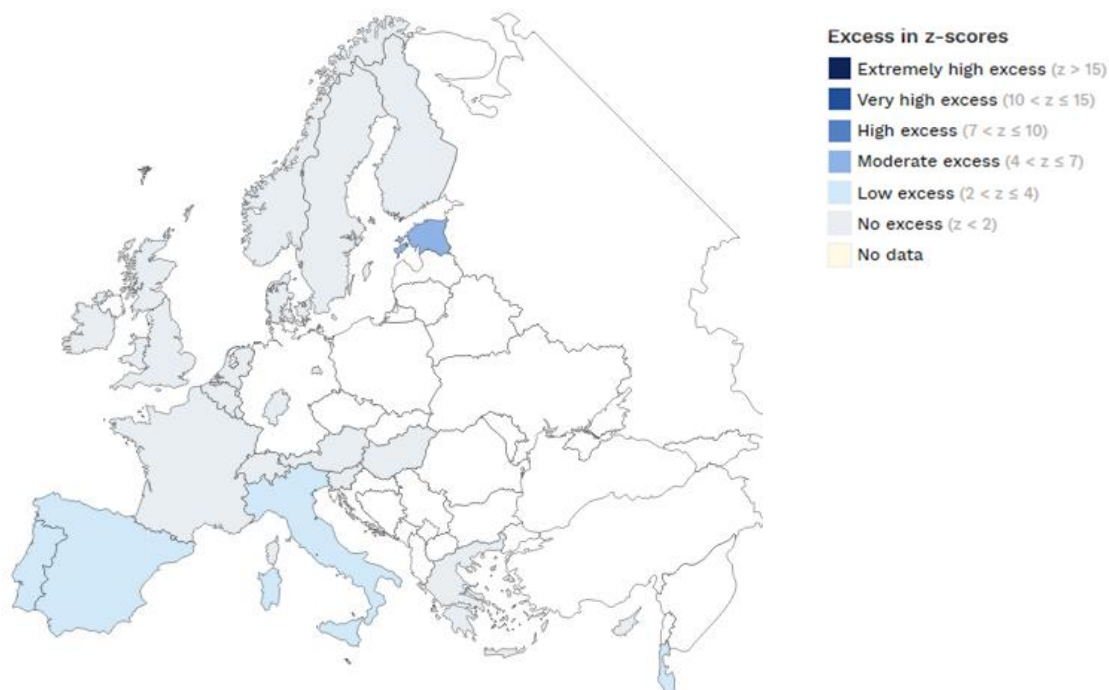
● Au total, un excès de mortalité était observé dans douze pays/régions en S05-2021, dans neuf pays/régions en S06 et S07 et dans six pays/régions en S08 (Estonie, France, Italie, Malte, Espagne et Portugal) (Figure 36).

Figure 35. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 27 pays/régions européens, de la semaine 16-2017 à la semaine 10-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 17 mars 2021)



Source : EuroMOMO

Figure 36. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 08-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 17 mars 2021)



Source : EuroMOMO

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 23 mars 2021, **6 616 899 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France **et 2 506 023 personnes ont reçu deux doses** (données par date d'injection).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, 9,9% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (vs 8,1% le 16 mars 2021) et 3,7% a reçu deux doses (Tableau 8).

Tableau 8. 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 23 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	782 341	9,7	294 204	3,7
Bourgogne-Franche-Comté	316 072	11,4	137 170	4,9
Bretagne	360 366	10,8	145 567	4,4
Centre-Val de Loire	249 726	9,8	112 819	4,4
Corse	47 085	13,7	19 578	5,7
Grand Est	611 275	11,1	221 205	4
Hauts-de-France	624 595	10,5	173 755	2,9
Île-de-France	1 033 424	8,4	336 457	2,7
Normandie	359 512	10,9	139 905	4,2
Nouvelle-Aquitaine	662 731	11	278 456	4,6
Occitanie	604 285	10,2	263 145	4,4
Pays de la Loire	346 783	9,1	143 116	3,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	553 303	10,9	211 252	4,2
France métropolitaine	6 551 498	10,1	2 476 629	3,8
Guadeloupe	8 074	2,1	3 337	0,9
Guyane	8 016	2,8	2 825	1
La Réunion	31 170	3,6	15 878	1,8
Martinique	9 935	2,8	4 028	1,1
Mayotte	8 084	2,9	3 304	1,2
Non précisé	122	non applicable	22	non applicable
France entière	6 616 899	9,9	2 506 023	3,7

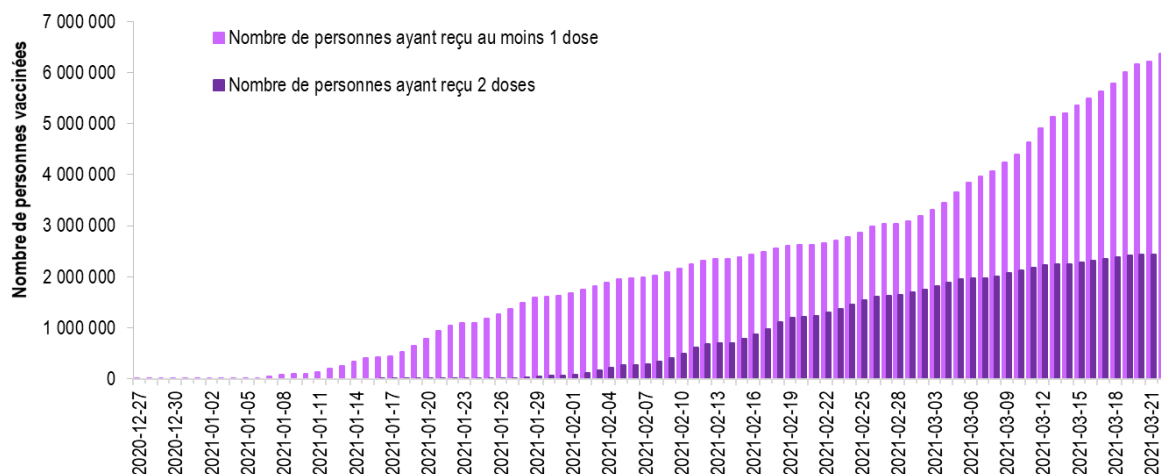
Du fait de défauts de saisie dans la base Vaccin Covid, les nombres de personnes vaccinées et donc les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés (notamment en Île-de-France et dans les DROM).

Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy : données non consolidées.

Sources : données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

● En une semaine (depuis le 16 mars 2021), plus de 1,1 million de personnes ont reçu leur première dose de vaccin. On observe 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 37).

Figure 37. 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 23 mars 2021)



● Les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées chez les personnes les plus âgées (Tableau 9) 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 : 51,0% (vs 42,9% le 16 mars 2021), 75-79 ans : 51,9% (vs 42,1%) et 70-74 ans : 19,2% (vs 13,6%).

Tableau 9. 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 23 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	57 678	1,1	9 673	0,2
25-29	87 930	2,4	22 411	0,6
30-39	237 139	2,9	75 436	0,9
40-49	346 979	4,0	121 980	1,4
50-59	860 843	9,8	317 618	3,6
60-64	560 403	13,7	143 743	3,5
65-69	527 975	13,5	110 033	2,8
70-74	666 148	19,2	135 906	3,9
75-79	1 151 621	51,9	500 300	22,6
80 ans et +	2 118 971	51,0	1 068 652	25,7
inconnu*	1 212	non applicable	271	non applicable
France	6 616 899	9,9	2 506 023	3,7

* Inconnu et incluant les personnes vaccinées et mentionnées comme âgées de moins de 18 ans

Sources : données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

● Les couvertures vaccinales pour au moins une dose sont de 8,8% pour les hommes et de 10,8% pour les femmes.

Accès aux données en population générale (Géodes)

- 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 surestimés 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 23 mars 2021, **571 432 résidents en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France (vs 560 165 le 16 mars 2021). Il est ainsi estimé que **91,2% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19 (vs 89,4% le 16 mars 2021).
- Les couvertures vaccinales régionales de la première dose varient entre 84,1% 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 ceux présentant des défauts de saisie dans Vaccin Covid (Figure 38).
- Il est estimé que **445 706 résidents des Ehpad et USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, ce qui correspond à 71,1% de ces résidents en France (Figure 39).

Figure 38. 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 23 mars 2021, France

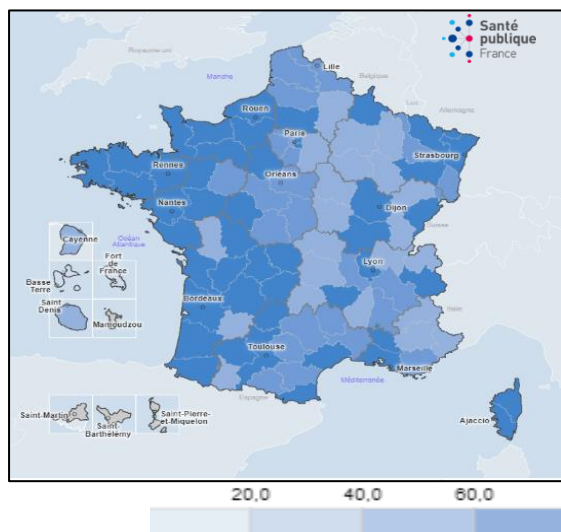
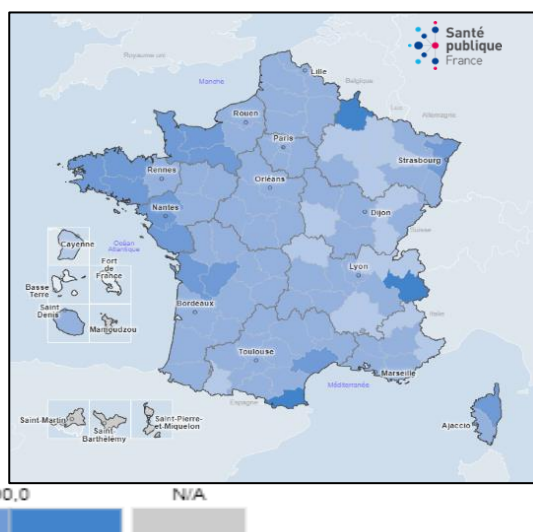


Figure 39. Couverture vaccinale des résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des résidents), par département, au 23 mars 2021, France



Données non applicables à Mayotte. Surestimation possible dans certaines régions due à un dénominateur imprécis et aux limites de l'indicateur.
Sources : 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 42.

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

- 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 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 23 mars 2021, **240 764 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 **51,5% 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 40,5% et 60,6% (Figure 40). 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 **168 997 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, correspondant à 36,1% de ces professionnels en France (Figure 41).

Figure 40. 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, 23 mars 2021, France

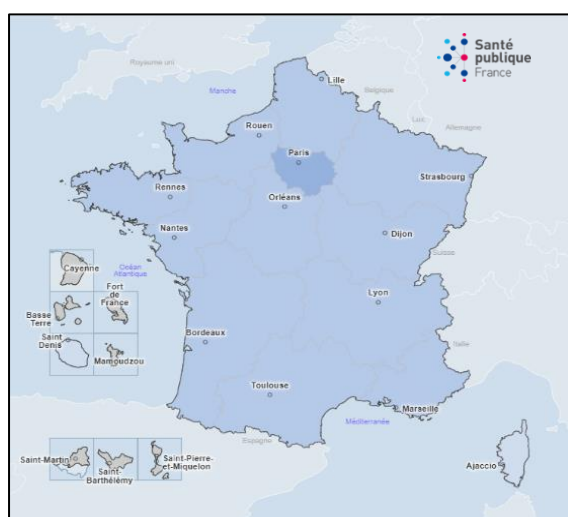


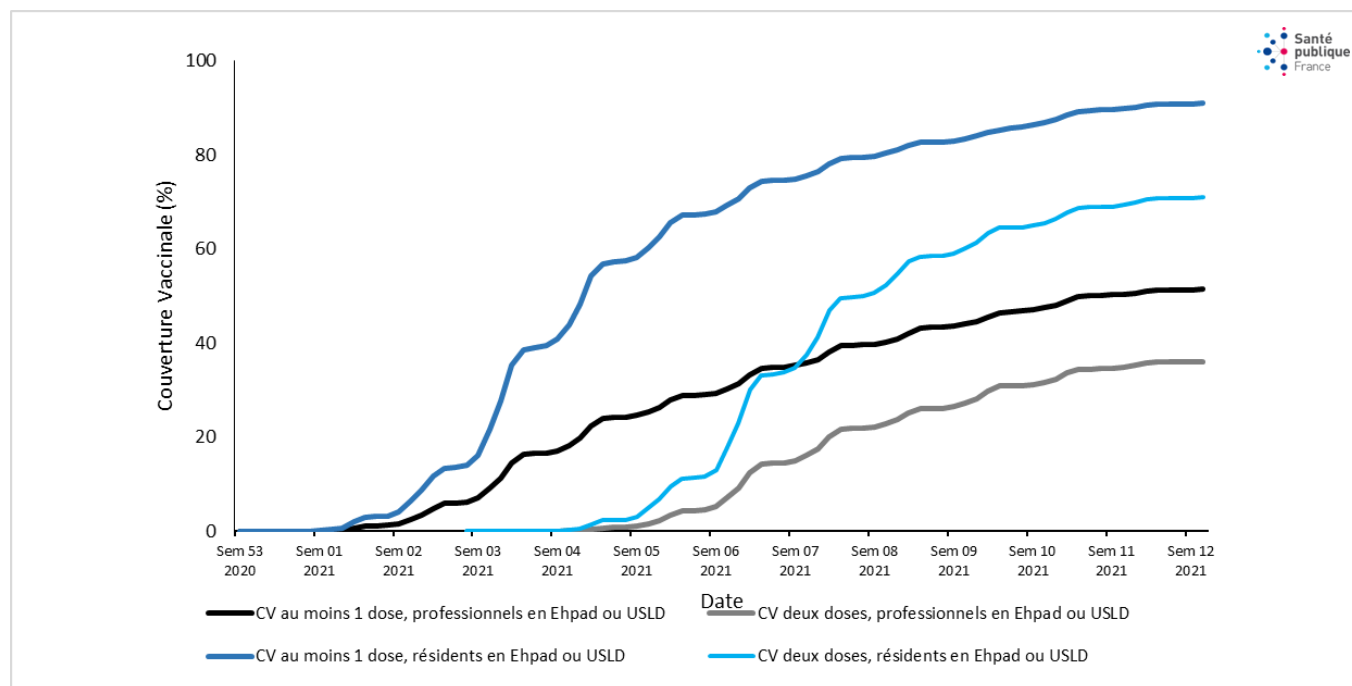
Figure 41. Couverture vaccinale des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par région, 23 mars 2021, France



Données non applicables à Mayotte. Surestimation possible dans certaines régions due à un dénominateur imprécis et aux [limites de l'indicateur](#).
Sources : 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 42.

Figure 42. 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 23 mars 2021, par jour de vaccination, 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 \(2 doses\)](#)

► Personnes de moins de 65 ans présentant des comorbidités

Les personnes de moins de 65 ans présentant des comorbidités 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 renseignements sur les personnes âgées de 64 à 74 ans et présentant des comorbidités, ne sont pas exhaustives à cette date. Les analyses portent donc uniquement sur les personnes âgées de moins de 65 ans présentant des comorbidités.

• **Au 23 mars 2021** (données par date d'injection), **631 187 personnes présentant une ou des comorbidités ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France, et 132 306 en ont reçu deux** (Tableau 10). Il est ainsi estimé que **18,1% des personnes présentant des comorbidités ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19 et 3,8% en ont reçu deux. Les répartitions des personnes ayant été vaccinées (au moins une dose et deux doses) sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 10. Nombres de personnes de moins de 65 ans ayant des comorbidités ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 en France, par région, au 23 mars 2021, France

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Deux doses de vaccin (N)
Auvergne - Rhône - Alpes	70 537	13 631
Bourgogne - Franche-Comté	27 125	6 138
Bretagne	33 883	7 220
Centre-Val de Loire	21 861	5 694
Corse	4 028	1 010
Grand - Est	65 288	12 854
Hauts-de-France	76 145	11 463
Ile de France	99 894	18 574
Normandie	35 276	7 086
Nouvelle - Aquitaine	61 052	13 641
Occitanie	52 392	13 404
Pays de la Loire	31 835	7 082
Provence-Alpes-Côte d'Azur	45 540	11 787
France métropolitaine	624 856	129 584
Guadeloupe	832	301
Guyane	1 027	366
La Réunion	3 436	1 634
Martinique	787	282
Mayotte	233	136
Non précisé	16	3
France entière	631 187	132 306

Accès aux données des personnes présentant des comorbidités (Géodes)

[Nombre cumulé de personnes avec comorbidités vaccinées \(au moins 1 dose\)](#)

[Nombre cumulé de personnes avec comorbidités vaccinées selon l'âge \(au moins 1 dose\)](#)

[Nombre cumulé de personnes avec comorbidités vaccinées \(2 doses\)](#)

[Nombre cumulé de personnes avec comorbidités vaccinées selon l'âge \(2 doses\)](#)

► 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 23 mars 2021** (données par date d'injection) **1 057 148 professionnels de santé ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 574 269 en ont reçu deux.** Il est ainsi estimé que **47,5% des professionnels de santé ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19 (vs 44,2% le 16 mars 2021) et 25,8% en ont reçu deux (Figures 43 et 44).

● Selon les tranches d'âge, les professionnels de santé les plus nombreux à se faire vacciner étaient les 50-59 ans (328 596, soit 31,1% des premières doses chez les professionnels de santé) et les 40-49 ans (224 067, soit 21,2%).

● Concernant la répartition par sexe, parmi l'ensemble des professionnels de santé ayant reçu au moins une dose de vaccin, 746 398 étaient des femmes (70,6%) et 309 706 des hommes (29,3%) (1 044 données manquantes).

Figure 43. Couverture vaccinale des professionnels de santé ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par département, au 23 mars 2021, France

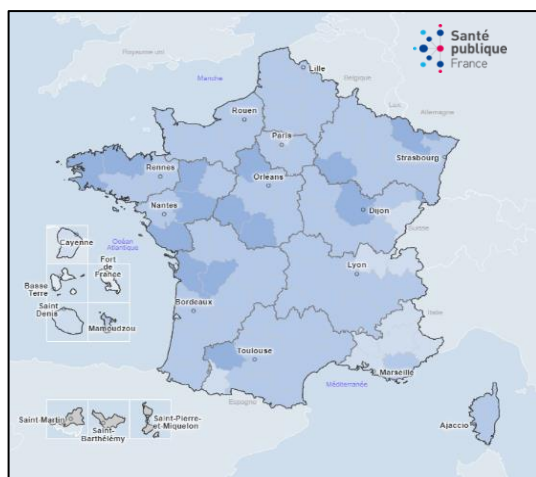
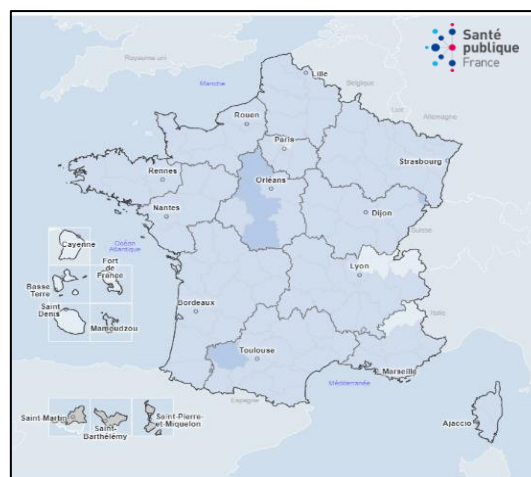


Figure 44. Couverture vaccinale des professionnels de santé ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par département, au 23 mars 2021, France



Accès aux données des professionnels de santé (Géodes)

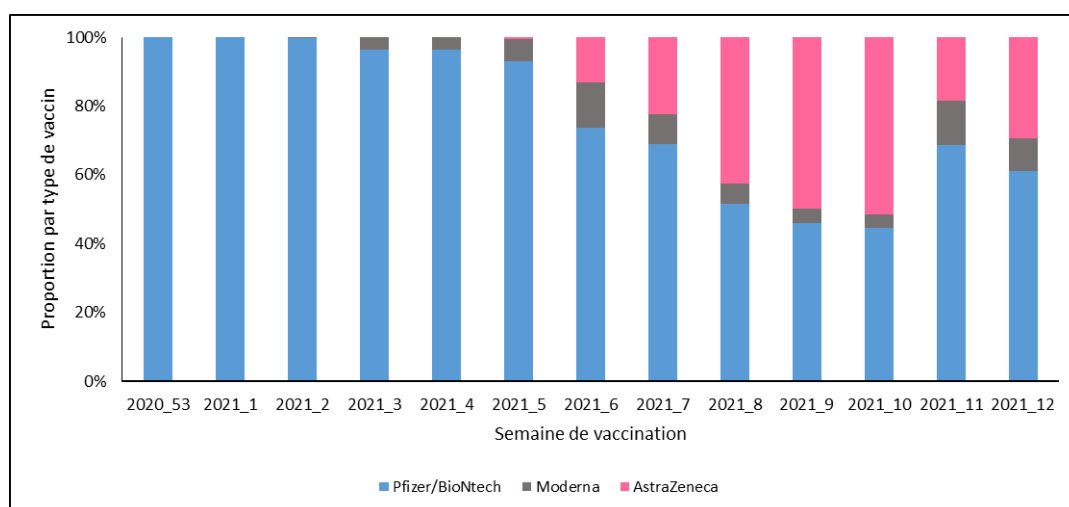
- [Nombre cumulé de PS vaccinés \(au moins 1 dose\)](#)
- [Nombre cumulé de PS vaccinés selon le sexe \(au moins 1 dose\) : homme femme](#)
- [Nombre cumulé de PS vaccinés selon l'âge \(au moins 1 dose\) : ex : 40-49 ans ; 50 – 59 ans](#)
- [Nombre cumulé de PS vaccinés \(2 doses\)](#)
- [Nombre cumulé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

► 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 45). Pour les premières doses : 68,2% des vaccinations ont été réalisées avec le vaccin Pfizer/BioNtech, 6,3% Moderna et 25,5% AstraZeneca. En semaine 11, le vaccin Pfizer/BioNtech était également le plus utilisé pour la première dose (68,6%).
- Pour les secondes doses : 94,4% des vaccinations ont été réalisées avec le vaccin Pfizer/BioNtech.
- Du fait du signal de pharmaco-vigilance concernant le vaccin AstraZeneca et de la suspension temporaire de son utilisation, suivie d'une restriction d'utilisation aux sujets de 55 ans et plus, la proportion de personnes vaccinées pour la première dose avec le vaccin AstraZeneca a fortement diminué en semaine 11.

Figure 45. Proportion de personnes vaccinées par type de vaccin pour la première dose en France (données du 27 décembre 2020 au 23 mars 2021)



Données des semaines 11 et 12 non consolidées

Sources : 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 mars 2021.

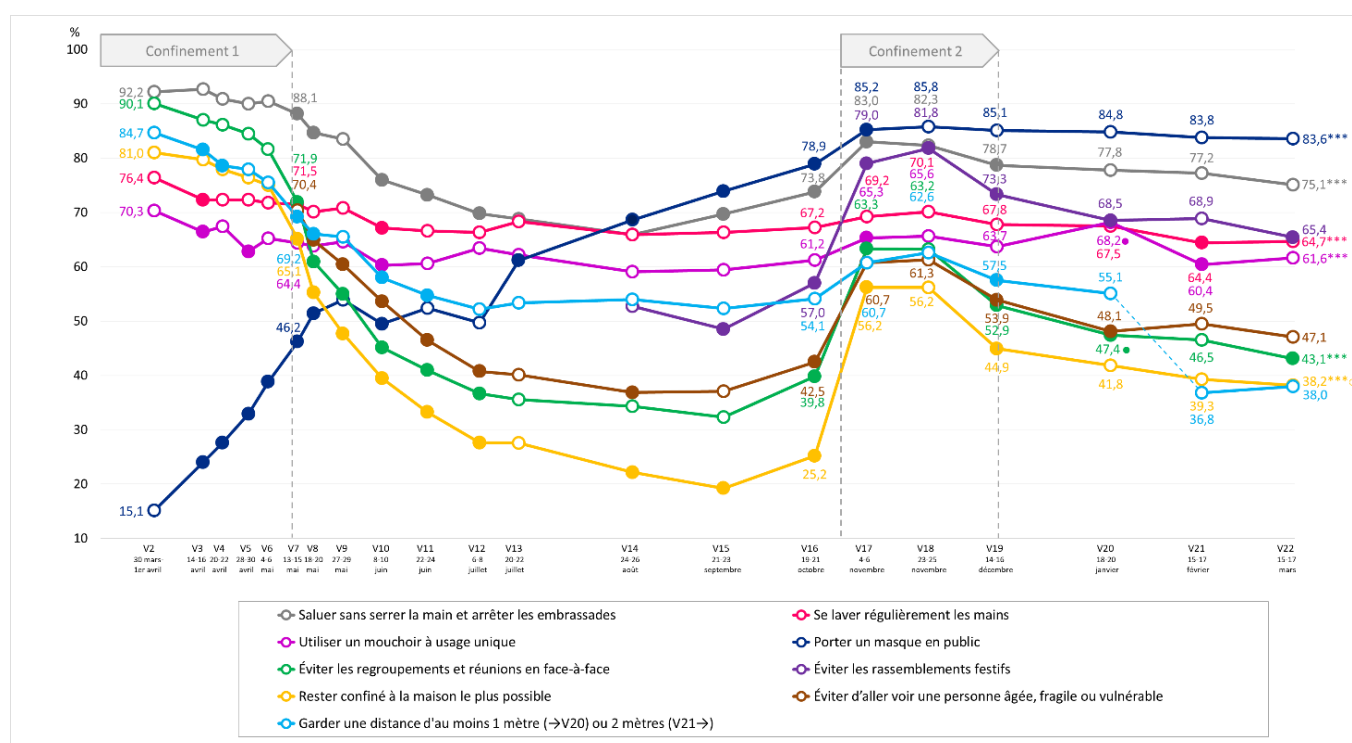
► Adoption des mesures barrières

- En vague 22 de l'enquête (15-17 mars 2021), l'adoption systématique des **mesures en lien avec l'hygiène (se laver régulièrement les mains, utiliser un mouchoir à usage unique)** était stable par rapport à celle observée en vague 21 (15-17 février 2021) (Figure 46). En revanche, la proportion de personnes déclarant respecter certaines **mesures de distance physique a diminué** par rapport à la vague précédente, comme « éviter les rassemblements festifs » (69% en V21 vs 65% en V22) ou « éviter les regroupements et réunions en face à face » (46% en V21 vs 43% en V22). L'adoption systématique des autres mesures reste globalement stable depuis la sortie du deuxième confinement. Si le fait de respecter une distance d'au moins 2 mètres entre individus (38%) et de rester confiné à la maison le plus possible (38%) sont les mesures les moins souvent déclarées, le port systématique du masque en public reste la mesure déclarée la plus souvent respectée (84%). L'adoption systématique de la distance de sécurité entre individus, portée à 2 mètres en février, ne s'est pas améliorée depuis la dernière vague.

- Des différences sont observées en fonction de la classe d'âge. En particulier, en vague 22, **les 18-24 ans ont moins souvent adopté certaines mesures** que les autres classes d'âge : se laver régulièrement les mains, saluer sans se serrer la main, garder une distance d'au moins 2 mètres, éviter les regroupements et réunions en face à face, éviter les rassemblements festifs, porter systématique un masque en public, rester confiné à la maison le plus possible et éviter de sortir pendant la période de couvre-feu.

- En vague 22, un peu plus d'un tiers des personnes interrogées (35%) ont déclaré avoir aéré leur logement quelques minutes toutes les heures. Plus des trois-quarts des personnes interrogées (76%) ont déclaré éviter de sortir pendant le couvre-feu : elles étaient 79% en vague 21.

Figure 46. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev (vague 22 : 15-17 mars 2021), France métropolitaine



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 22) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 2), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

• En vague 22, les populations adoptant moins systématiquement les mesures de prévention sont le plus souvent **les hommes et les 18-24 ans**. Les **25-34 ans** adoptent moins de distanciation physique et le port systématique du masque en public. Les personnes ayant **un faible niveau de littératie en santé** adoptent moins de mesures d'hygiène et de distanciation physique et restent moins souvent confinées à la maison le plus possible. **Les personnes qui ne présentent pas de risque de développer une forme grave de COVID-19** adoptent moins de mesures de distanciation physique ainsi que de port systématique du masque et restent moins souvent confinées à la maison le plus possible (Tableau 11).

Tableau 11. Variables sociodémographiques associées à une moindre adoption des mesures de prévention. Enquête CoviPrev (vague 22 : 15-17 mars 2021), France métropolitaine

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

Notes de lecture. Les associations entre chacun des quatre indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (test de Wald ajusté, $p < 0,05$). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à une moindre adoption, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. -- : aucune modalité de la variable sociodémographique n'est associée à une moindre adoption pour l'indicateur considéré.

^a La littératie en santé désigne la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour prendre des décisions concernant leur santé (échelle *Health Literacy Questionnaire*, Dimension 5).

^b Facteurs de risque de développer une forme grave de COVID-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC > 30).

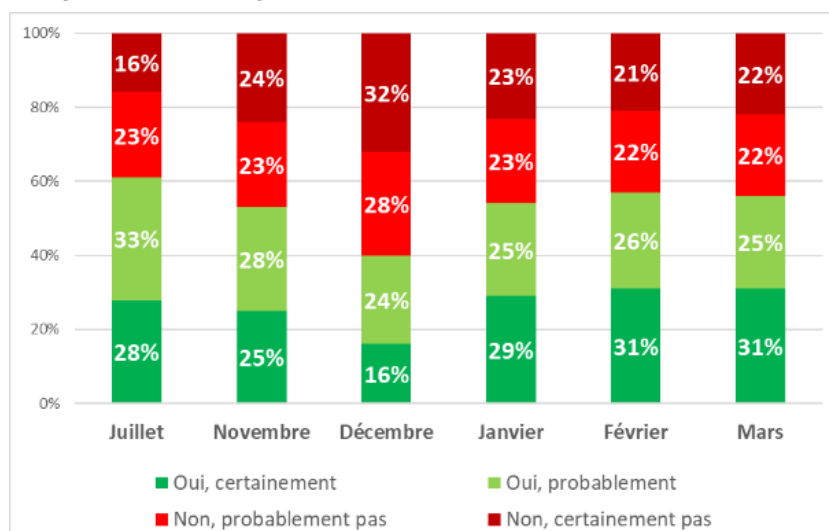
¹ 4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique ; aérer votre logement quelques minutes toutes les heures.

² 4 mesures de réduction des contacts : saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; garder une distance d'au moins 2 mètres ; éviter les regroupements et réunions en face-à-face avec des proches qui n'habitent pas avec moi ; éviter les rassemblements festifs.

► Intention de vaccination contre la COVID-19 en population générale

• En vague 22 (15-17 mars 2021), plus de la moitié (56%) des personnes interrogées n'ayant pas été vaccinées (n=1 775) répondait vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la COVID-19, dès que cela serait possible pour eux. Ce résultat est comparable à celui de la vague 21 (15-17 février 2021) où 57% déclaraient alors avoir l'intention de le faire (Figure 47).

Figure 47. Évolution des intentions de se faire vacciner contre la COVID-19 (% pondérés). Enquête CoviPrev (vague 22 : 15-17 mars 2021), France métropolitaine



- Tout comme décrit dans les autres vagues, les hommes, les plus de 65 ans ainsi que les CSP+ restent les plus favorables à la vaccination (Tableau 12).

Tableau 12. Intentions de se faire vacciner contre la COVID-19 selon l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle (CSP). Enquête CoviPrev (vague 22 : 15-17 mars 2021), France métropolitaine

Oui, certainement ou probablement	Sexe		Âge (années)					CSP en 3 classes		
	Homme	Femme	18-24	25-34	35-49	50-64	≥65	CSP+	CSP-	Inactifs
Effectif vague 22 (n)	952	1 048	202	310	510	502	476	951	809	240
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Vague 21	62	53	35	40	54	62	77	68	50	43
Vague 22	60	52	36	39	55	58	79	64	49	47

- Parmi les 774 personnes (44%) qui ne souhaitent pas se faire vacciner, les raisons les plus souvent déclarées pour justifier leur choix restaient : « **Les nouveaux vaccins ne sont pas sûrs** » (76%) ; « *Je préfère d'autres moyens de prévention comme les gestes barrières* » (29%) ; « *Ce n'est pas efficace pour empêcher la propagation de l'épidémie* » (25%) ainsi que « *On ne peut pas choisir son vaccin* » (23%).

- Parmi les 226 personnes qui ont reçu au moins une dose de vaccin, 17% disent se laver moins souvent les mains ou moins bien limiter les contacts protégés. Près de la moitié (49%) se sentent plus détendus.

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

► Santé mentale

- **En vague 22 (15-17 mars)**, aucune évolution statistiquement significative des indicateurs (anxiété, dépression, satisfaction de vie, problèmes de sommeil et pensées suicidaires) n'est observée par rapport à la vague précédente (vague 21, 15-17 février) (Figure 48).

- **La prévalence des états dépressifs se maintenait à un niveau élevé** depuis la vague 17 (04-06 novembre 2020) (supérieure à 20% vs 10% selon les données du Baromètre santé 2017) (Figure 48). **Elle avait été multipliée par deux** entre fin septembre (11% en vague 15) et fin novembre (23% en vague 18).

- **La prévalence des états anxieux se maintenait également à un niveau élevé**, près de 21% (vs 13,5% dans le Baromètre santé 2017) (Figure 48).

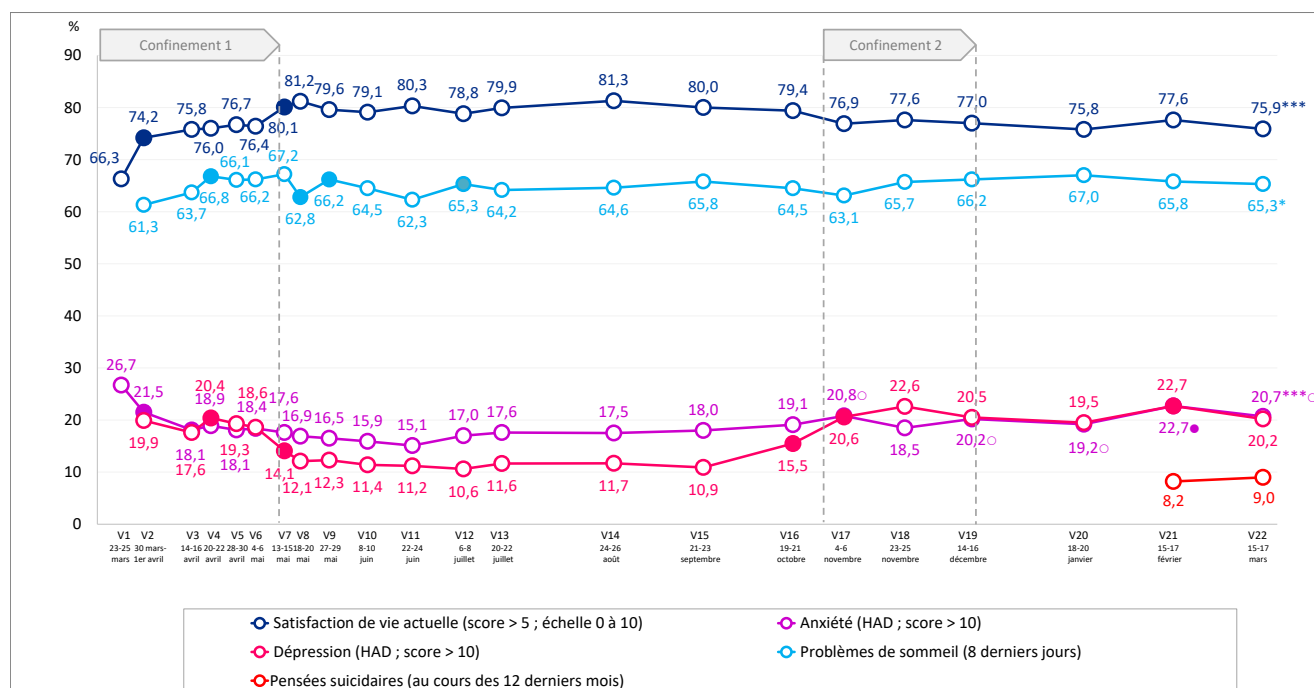
- En vague 22, **31% des personnes interrogées présentaient un état anxieux ou un état dépressif** (11% un état anxieux seulement, 10% un état dépressif seulement et 10% un état à la fois dépressif et anxieux).

- **Les problèmes de sommeil se sont maintenus à un niveau élevé** (supérieur à 65% vs 49% selon les données du Baromètre santé 2017). Ils avaient **globalement augmenté depuis le début du premier confinement** (61% en vague 2, 30 mars-1^{er} avril 2020) (Figure 48).

- **La satisfaction de vie (76%) restait inférieure à celle observée hors épidémie** (-9 points par rapport aux données du Baromètre santé 2017) et suivait **une tendance globalement à la baisse** depuis fin août (81,3% en vague 14 : 24-26 août). Elle était cependant **supérieure à celle observée au début du premier confinement** (66% en vague 1, 23-25 mars 2020) (Figure 48).

- **La prévalence des pensées suicidaires se maintenait également à un niveau élevé** (9% vs 5% dans le Baromètre Santé 2017) (Figure 48).

Figure 48. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev (vague 22 : 15-17 mars 2021), France métropolitaine



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 22) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 1 ou 2 selon l'indicateur), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$. HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*.

- En vague 22, les profils de population ayant une santé mentale plus dégradée étaient (Tableau 13) :
 - les personnes déclarant **des antécédents de trouble psychologique**, celles **ayant ou ayant eu des symptômes de COVID-19**, les personnes déclarant une **situation financière très difficile** ainsi que les **chômeurs** pour les quatre indicateurs : anxiété, dépression, problèmes de sommeil, pensées suicidaires ;
 - les personnes **sans activité professionnelle (inactifs)** pour les états anxieux, les états dépressifs et les pensées suicidaires et les **catégories socioprofessionnelles inférieures (CSP-)** pour les problèmes de sommeil ;
 - les **étudiants** pour les états anxieux ;
 - les **18-24 ans** et les **personnes vivant dans un logement surpeuplé** pour les états anxieux et les pensées suicidaires ;
 - les **25-34 ans** pour les états anxieux et dépressifs ;
 - les **35-49 ans** et les personnes présentant **un risque de développer une forme grave de COVID-19** pour les états anxieux, les problèmes de sommeil et les pensées suicidaires ;
 - les **femmes** pour les états anxieux et les problèmes de sommeil.

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>

Tableau 13. Variables sociodémographiques associées à l'anxiété, à la dépression, aux problèmes de sommeil et aux pensées suicidaires. Enquête CoviPrev (vague 22 : 15-17 mars 2021), France métropolitaine

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)	Pensées suicidaires (au cours des 12 derniers mois)
Sexe	Femmes	--	Femmes	--
Classe d'âge (en 5 classes)	18-24 ans / 25-34 ans / 35-49 ans	25-34 ans	35-49 ans	18-24 ans / 35-49 ans
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	Inactifs	Inactifs	CSP-	Inactifs
Situation professionnelle	Etudiants/Chômeurs	Chômeurs	Chômeurs	Chômeurs
Situation financière perçue	Très difficile	Très difficile	Très difficile	Très difficile
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19^b	Oui	--	Oui	Oui
Vivre dans un logement surpeuplé^c	Oui	--	--	Oui
Avoir ou avoir eu des symptômes de COVID-19	Oui	Oui	Oui	Oui
Antécédents de trouble psychologique	Oui	Oui	Oui	Oui

Note de lecture. Les associations entre chacun des quatre indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil, pensées suicidaires) et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (test de Wald ajusté, $p < 0,05$). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à un trouble plus élevé, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. -- signifie qu'aucune modalité de la variable sociodémographique n'est associée au trouble considéré.

^aHAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*.

^bFacteurs de risque de développer une forme grave de COVID-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC > 30).

^cSelon la définition de l'Insee : logement avec moins de 18 m² par personne ou moins de 25 m² si la personne vit seule.

• **En vague 22**, indépendamment des facteurs sociodémographiques et des conditions de vie durant l'épidémie, **les facteurs affectifs** (émotions ressenties vis-à-vis de la situation épidémique) associés à **une santé mentale plus dégradée** étaient (Tableau 14) :

- **l'inquiétude à l'égard de la santé et le sentiment de déprime** pour les états anxieux, les problèmes de sommeil et les pensées suicidaires ;
- **le sentiment de colère** pour l'anxiété, la dépression et les problèmes de sommeil ;
- **le sentiment de solitude** pour les états anxieux et dépressifs ;
- **les sentiments de peur et de frustration** pour les états dépressifs.

Tableau 14. Déterminants cognitifs et affectifs associés à l'anxiété, la dépression, aux problèmes de sommeil et aux pensées suicidaires. Enquête CoviPrev (vague 22 : 15-17 mars 2021), France métropolitaine

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)	Pensées suicidaires (au cours des 12 derniers mois)
Déterminants affectifs				
Inquiétude à l'égard de la santé	***	--	***	*
Inquiétude à l'égard de la situation économique	--	--	--	--
Frustration	--	**	--	--
Colère	***	***	*	--
Déprime	***	Ø	***	***
Solitude	**	***	--	--
Isolement	--	--	--	--
Peur	Ø	***	--	--
Impuissance	--	--	--	--

Notes de lecture. L'association entre les déterminants affectifs et les 4 indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil, pensées suicidaires) était testée après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées aux conditions de vie durant l'épidémie et des autres variables affectives (modèles de régression logistique, test de Wald au seuil de 5%). ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$; -- : association non significative ($p > 0,05$). Ø déterminant affectif non introduit dans le modèle d'analyse. ^aHAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

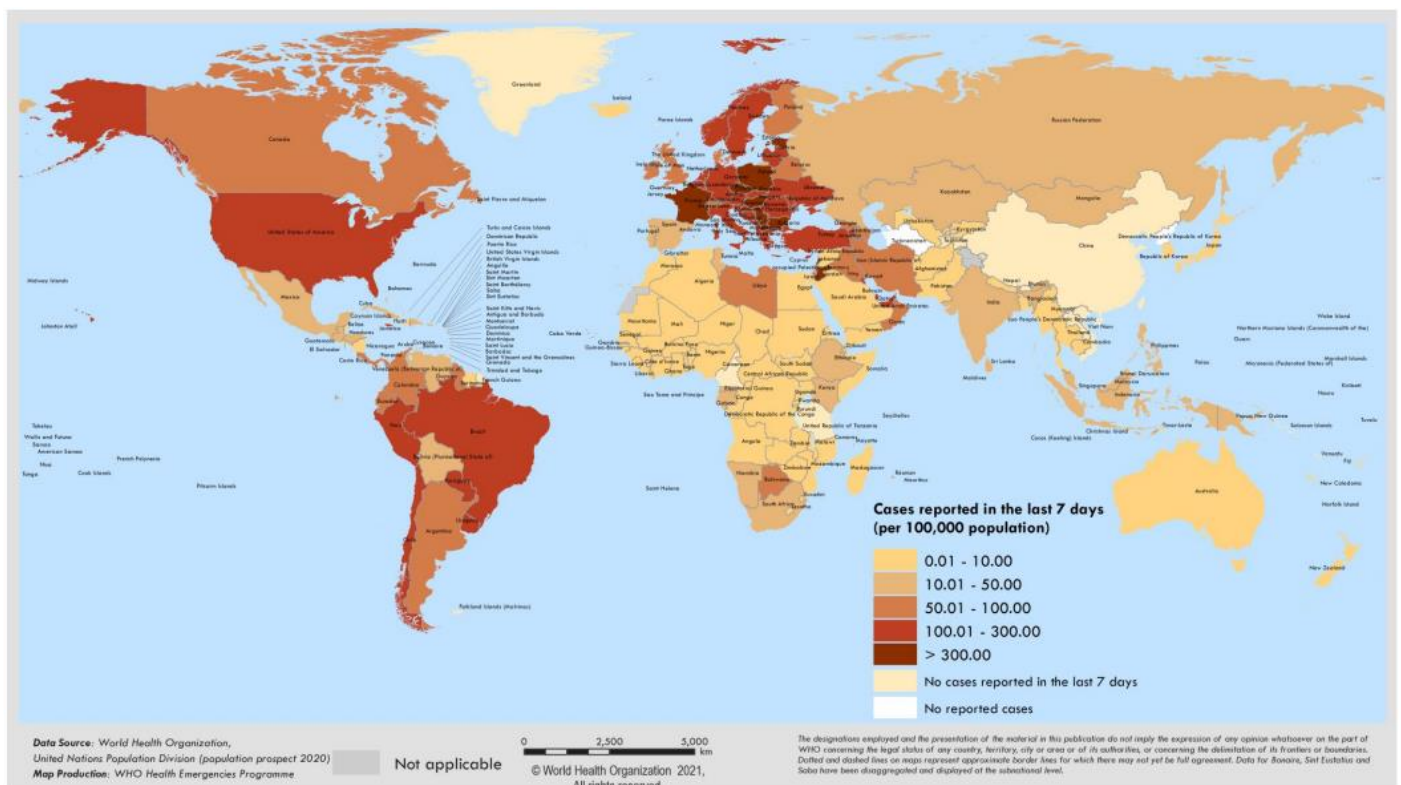
SITUATION INTERNATIONALE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **123 419 065 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés **dans le monde – dont 2 719 163 décès** – au 24 mars 2021. En semaine 11, plus de 3,2 millions de nouveaux cas ont été signalés dans le monde, soit une **hausse** par rapport à la semaine précédente (**+8%**), observée pour la quatrième semaine consécutive. Le nombre de décès, s'élevant à 60 414, était également en hausse (+3%).

► Foyers majeurs

- Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans les zones **Europe** (1 441 065 cas et 21 772 décès rapportés en semaine 11) et **Amériques** (1 173 561 cas et 31 040 décès). Ces régions sont à l'origine de 44% et 36% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 35% et 51% des nouveaux décès en S11 (Figure 49, Tableau 15).
- Les pays qui signalaient le plus grand nombre de nouveaux cas en S11 sont : le Brésil (+508 010 nouveaux cas), les États-Unis (+374 369), l'Inde (+240 082), la France (+209 839) et l'Italie (+154 493).

Figure 49. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 11 (du 15 au 21 mars 2021)



Source : OMS

► Tendances

- En semaine 11, les indicateurs étaient en hausse ou stables par rapport à la semaine précédente dans toutes les régions OMS à l'exception du Pacifique occidental (Tableau 15). Les régions signalant les hausses de cas les plus importantes étaient l'Asie du Sud-Est (+49%) et le Pacifique occidental (+29%). Le nombre de nouveaux décès augmentait dans trois régions OMS : l'Asie du Sud-Est (+14%), la Méditerranée orientale (+12%), et l'Afrique (+10%).

Tableau 15. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 11 (du 15 au 21 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	+50 916	+1 173 561	+298 438	+1 441 065	+263 650	+63 730
Tendance	-3% →	-5% →	+49% ↗	+13% ↗	+8% ↗	+29% ↗
Décès rapportés	+1 428	+31 040	+2 435	+21 772	+3 253	+486
Tendance	+10% ↗	+2% →	+14% ↗	+1% →	+12% ↗	-33% ↘

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

- La région **Europe** a enregistré une nouvelle hausse du nombre de cas pour la quatrième semaine consécutive et comptait plus de 1,4 million de nouveaux cas en S11. Le nombre de décès a également augmenté avec un peu moins de 22 000 nouveaux décès. Les pays de la région Europe ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient la France, qui rapportait 209 839 nouveaux cas, soit 313 cas/100 000 habitants (+17%), l'Italie avec 154 493 nouveaux cas, soit 256 cas/100 000 habitants (0%) et la Pologne avec 151 918 cas, soit 401 cas/100 000 habitants (+36%). Les plus grands nombres de décès ont été signalés en Russie (2 940 décès ; -2%), en Italie (2 761 ; +20%) et en Pologne (2 122 ; +12%). Pour plus de détails sur la région Europe, [cliquez ici](#).

- La région des **Amériques** a enregistré près de 1,2 million de nouveaux cas hebdomadaires en S11, et plus de 31 000 nouveaux décès. Le nombre de nouveaux décès était en hausse pour la première fois depuis six semaines. Les pays rapportant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient le Brésil avec 508 010 nouveaux cas, soit 239 cas/100 000 habitants (+3% par rapport à S10), les États-Unis avec 347 369 nouveaux cas, soit 113 cas/100 000 habitants (-19%) et le Pérou, avec 49 035 nouveaux cas, soit 149 cas/100 000 habitants (+11%). Les pays connaissant le plus grand nombre de nouveaux décès étaient le Brésil qui a enregistré 15 209 nouveaux décès (+23%), les États-Unis avec 7 552 nouveaux décès (-19%) et le Mexique avec 3 368 nouveaux décès (-21%). Pour plus de détails sur la région Amériques, [cliquez ici](#).

- En région **Afrique**, plus de 50 000 nouveaux cas et 1 400 décès ont été rapportés en S11. Le nombre de décès a augmenté pour la première fois depuis huit semaines. Les trois pays ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Éthiopie avec 11 587 cas, soit 10 cas/100 000 habitants (+28% par rapport à la semaine 10), l'Afrique du Sud avec 8 387 cas, soit 14 cas/100 000 habitants (+2%) et le Kenya avec 7 358 cas, soit 14 cas/100 000 habitants (+66%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient l'Afrique du Sud (821 décès ; +34%), l'Éthiopie (107 ; -11%) et le Kenya (79 ; +132%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

● En région **Asie du Sud-Est**, le nombre de cas était en forte hausse en semaine 11 avec plus de 298 000 nouveaux cas. Près de 80% de ces nouveaux cas étaient portés par l'Inde. Le nombre de décès a augmenté avec plus de 2 400 cas. Les pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés étaient l'Inde avec 240 082 cas, soit 17 cas/100 000 habitants (+62%), l'Indonésie avec 41 047 cas, soit 15 cas/100 000 habitants (0%) et le Bangladesh avec 12 470 cas, soit 8 cas/100 000 habitants (+91%). Les trois pays cumulant le plus de décès étaient l'Inde (1 148 décès ; +35%), l'Indonésie (1 118 ; -5%) et le Bangladesh (141 ; +86%). Pour plus de détails sur la région Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

● En région **Méditerranée orientale**, près de 264 000 nouveaux cas et un peu plus de 3 200 décès ont été signalés en semaine 11. Le nombre de cas était en hausse pour la sixième semaine consécutive. Les pays comptant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient la Jordanie avec 57 666 cas, soit 565 cas pour 100 000 habitants (+21%), l'Iran avec 54 445 cas, soit 65 cas/100 000 habitants (-6%), et l'Irak avec 35 072 cas, soit 87 cas/100 000 habitants (+13%). Les plus grands nombres de décès ont été observés en Iran (582 décès ; +6%), en Jordanie (503 ; +31%), et au Liban (381 ; +19%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

● En région **Pacifique occidental**, le nombre de cas a augmenté en semaine 11 de manière importante avec près de 64 000 nouveaux cas rapportés. La région comptait plus de 500 décès, un chiffre en baisse par rapport à la semaine précédente. Les trois pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient les Philippines avec 39 445 cas, soit 36 cas/100 000 habitants (+55%) la Malaisie avec 9 304 cas, soit 29 cas/100 000 habitants (-12%), et le Japon avec 8 765 cas, soit 7 cas/100 000 habitants (+11%). Les pays signalant le plus grand nombre de décès étaient le Japon (252 ; -24%), les Philippines (164 décès ; -45%), et la Corée du Sud (27 ; -23%). 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, quatre d'entre eux étant qualifiés de variants d'intérêt en raison de leur transmissibilité augmentée et du risque d'échappement à la réponse immunitaire. Les variants 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, font l'objet d'une attention particulière du fait de leur circulation importante à l'échelle internationale. Le quatrième variant d'intérêt, VOC 202102/02, a été identifié pour la première fois au Royaume-Uni et n'a été détecté que de manière sporadique aux États-Unis et au Pays-Bas.

► 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, à un plus haut risque d'hospitalisation et à une mortalité plus élevée. Il ne semble pas associé à une réduction de l'efficacité des vaccins Pfizer-BioNTech, Oxford/AstraZeneca, Moderna, Novavax et Bharat.
- Dans le monde, au 23 mars 2021, la présence du variant 20I/501Y.V1 a été rapportée dans **125 pays** par l'OMS, soit **sept 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 une transmissibilité plus élevée de 50% et un risque plus élevé d'échappement immunitaire et de réinfection. Certaines recherches indiquent un risque accru de décès à l'hôpital. Le vaccin Oxford/AstraZeneca aurait une efficacité réduite sur ce variant.
- Dans le monde, au 23 mars 2021, la présence du variant 20H/501Y.V2 a été rapportée dans **75 pays** selon l'OMS, soit **11 pays de plus** que la semaine précédente.

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

- Plusieurs études 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 pourrait par conséquent accroître le risque de réinfection. L'impact de la vaccination sur ce variant est en cours d'étude.
- Dans le monde, au 23 mars 2021, la présence du variant 20J/501Y.V3 a été rapportée dans **41 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 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 des 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 23 mars 2021

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 11 (du 15 au 21 mars 2021), l'ensemble des indicateurs, déjà à des niveaux très élevés, ont continué de progresser, avec notamment une augmentation de 17% du nombre de nouveaux cas. Cette accélération touche l'ensemble des régions (excepté la Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur) ; dans cinq départements d'Île-de-France, le niveau d'incidence atteint, voire dépasse, le niveau observé lors de la deuxième vague de l'épidémie. La dégradation de l'ensemble des indicateurs entraîne, dans plusieurs régions, une très forte tension sur le système hospitalier. Avec la progression de l'épidémie la tension hospitalière va s'accroître dans les jours à venir. L'adhésion aux mesures de prévention individuelles, le respect des mesures de freinage collectives ainsi que l'accélération de la vaccination sont des enjeux majeurs pour faire face au haut niveau de circulation du virus et à la forte pression hospitalière. Des mesures supplémentaires de réduction des contacts sont nécessaires dans les territoires les plus touchés.

Au niveau national, en S11, **209 839 nouveaux cas ont été confirmés**, soit près de **30 000 cas en moyenne chaque jour**. Les **taux d'incidence** (313/100 000 habitants), **de positivité** (7,9%) **et de dépistage** (3 940/100 000 habitants) **étaient en augmentation** par rapport à ceux de la semaine précédente.

La forte augmentation de l'incidence observée depuis la semaine 10 se poursuit en semaine 11 dans **l'ensemble des classes d'âge**. Bien que moins marquée, cette augmentation concerne également les 75 ans et plus (171/100 000 habitants vs 160 en S10, soit +7%), chez lesquels une diminution était observée depuis la semaine 04. En semaine 11, la plus forte augmentation était observée **chez les 0-14 ans** (+31%), dans un contexte d'augmentation importante du taux de dépistage (+41%) et de diminution du taux de positivité (-0,5 point), en partie liée à l'intensification des campagnes de dépistage organisées dans les établissements scolaires.

En semaine 11, l'augmentation du nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque s'accroît. Au cours de cette semaine 11, deux semaines après la rentrée des classes de la dernière zone de vacances, le nombre de cas ayant fréquenté le milieu scolaire a fortement augmenté, ce qui suggère **davantage de contaminations en lien avec les établissements scolaires et/ou une meilleure identification des cas en lien avec les dépistages mis en œuvre dans ces établissements**. Cette augmentation du nombre de cas chez les 0-18 ans, représentant 18% des cas identifiés en S11, est préoccupante, en particulier en raison du risque de contamination intrafamiliale secondaire.

L'identification des personnes-contacts à risque auprès des cas s'améliore, avec moins de cas ne déclarant pas de personnes-contacts à risque, notamment grâce à un second appel de la Cnam auprès des cas ne déclarant pas de personne-contact à risque lors du premier appel. Cependant, **une part plus importante de personnes-contacts à risque n'est pas contactée par téléphone en raison de l'augmentation du nombre de cas et de contacts, ce qui peut impacter l'adhésion à l'isolement et son suivi**.

Avec l'accélération de l'épidémie, la proportion de nouveaux cas ayant précédemment été identifiés comme contact a diminué cette semaine, indiquant une moins bonne maîtrise des chaînes de transmission malgré le nombre plus élevé de personnes-contacts à risque identifiées ces dernières semaines.

Enfin, les indicateurs d'évolution des personnes-contacts montrent que les transmissions restent majoritaires au sein des foyers. **Il convient de rappeler, au-delà de la nécessité d'un test chez les personnes-contacts, l'importance majeure de l'isolement, y compris au sein du foyer des cas, et également en attente des résultats des tests des cas.**

En médecine ambulatoire, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était en légère hausse par rapport à celui de la semaine précédente (95/100 000 habitants en S11 vs 76 en S10).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était en augmentation en S11 (+15%). Cette hausse était observée dans toutes les classes d'âge et plus particulièrement chez les 0-14 ans (+30%) et les 65 ans et plus (+24%).

En semaine 11, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** était en augmentation pour la deuxième semaine consécutive (+17%). Cette hausse était observée dans toutes les classes d'âge et était plus marquée chez les 0-14 ans (+100%) et les 15-74 ans (+20%).

Le taux hebdomadaire d'hospitalisations a continué d'augmenter (+11% en S11 ; +5% en S10). Le nombre de patients COVID-19 hospitalisés en France restait très élevé, avec **26 818 personnes hospitalisées** au 23 mars. L'augmentation du taux d'admissions en services de soins critiques se poursuit également avec +7% par rapport à S10. Cette tendance implique une augmentation du nombre de personnes en cours d'hospitalisation en services de soins critiques, avec **4 655 patients hospitalisés** au 23 mars 2021 (vs 4 260 le 16 mars, soit +9%).

La proportion de patients de 75 ans et plus hospitalisés était en diminution depuis S04 mais semble augmenter en semaine 11 malgré la non consolidation des données. Dans les autres classes d'âge, une tendance à l'augmentation était également observée pour les hospitalisations en services conventionnels et celles en services de soins critiques.

En France métropolitaine, les **estimations du R-effectif calculées à partir des trois sources de données : virologiques**, (tests RT-PCR et tests antigéniques, SI-DEP) (1,16), **passages aux urgences (OSCOUR®)** (1,14) et hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC) (1,09), **étaient significativement supérieures à 1.**

Le nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 hospitalisés, était en semaine 11 comparable à celui de la semaine précédente (1 789 décès en S11 vs 1 727 en S10, soit +4%). Le nombre de décès survenus en ESMS n'était pas disponible pour la semaine 11, du fait du changement de l'application de signalement des épisodes de COVID-19 à Santé publique France. Ce chiffre sera mis à jour dans le prochain PE.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre 2020) et ce jusqu'à la semaine 09 (du 1^{er} au 07 mars 2021). **La diminution de l'excès de mortalité** observée depuis la semaine 04 **se poursuit jusqu'en semaine 09** (+10% en S08 et +7% en S09). Le nombre de décès en semaine 10-2021 semblait revenir dans les marges de fluctuation habituelles.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

En S11, l'augmentation du taux d'incidence concernait l'ensemble des régions métropolitaines, excepté en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** où il se maintenait néanmoins à un niveau toujours très élevé, et en Corse où une diminution était observée.

Les **régions les plus touchées** en semaine 11 étaient toujours l'**Île-de-France**, les **Hauts-de-France** et **Provence-Alpes-Côte d'Azur**. Ces régions présentaient les **plus forts taux d'incidence** (supérieurs à 300/100 000 habitants et supérieur à 500 pour l'Île-de-France), d'hospitalisations et d'admissions en services de soins critiques.

En **Île-de-France**, le **taux d'incidence était de 560/100 000 habitants** vs 465 en S10, soit +20%, **en forte augmentation** par rapport à la semaine précédente et **supérieur au taux d'incidence observé lors du pic de la deuxième vague** (525 en S44-2020). Le taux le plus élevé était observé en Seine-Saint-Denis (701/100 000 hab., +21% par rapport à S10). Ce département enregistrait le taux d'incidence le plus élevé en France, largement supérieur au taux d'incidence atteint lors du pic de la deuxième vague (539 en S44-2020). Les taux d'incidence étaient en forte augmentation dans tous autres départements franciliens : Val d'Oise (664, +24%), Val-de-Marne (591, +13%), Seine et Marne (564, +20%), Paris (522, +17%) et Essonne (513, +22%). Ces taux étaient supérieurs à ceux observés lors de la deuxième vague, excepté à Paris et dans les Hauts-de-Seine. Les **taux d'hospitalisations et d'admissions en service de soins critiques** en Île-de-France étaient les plus élevés de la métropole et étaient en augmentation en comparaison de la semaine précédente, respectivement 25,2/100 000 (+13%) et 6,4 (+9%). Lors de la deuxième vague de l'épidémie, les pics des taux d'hospitalisation et d'admissions en services de soins critiques avaient été observés en S45 et étaient respectivement de 31/100 000 habitants et 5,2/100 000 habitants. En semaine 11, le taux de décès de patients COVID-19 hospitalisés atteignait 3,4/100 000 (+3% par rapport à S10).

Dans les **Hauts-de-France**, le **taux d'incidence a continué d'augmenter** (443/100 000 habitants vs 389 en S10, soit +14%). L'incidence la plus élevée était observée dans le Pas-de-Calais (495/100 000, +14%) et les taux d'incidence étaient en augmentation dans tous les départements de la région (Somme et Oise +19%, Aisne +10%, Nord +12%). Le taux d'hospitalisations était de 24,6/100 000 habitants (+17%) et celui des admissions en service de soins critiques de 5,4 (+12%). **Le taux de décès** à l'hôpital était de 4,1/100 000 habitants en S11.

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le **taux d'incidence** était en légère diminution (350/100 000 habitants vs 364 en S10 soit -4%), avec des disparités départementales. Le taux d'incidence était en diminution dans les Alpes-Maritimes (409 vs 482 en S10 soit -15%). Les taux d'incidence étaient également en diminution dans les autres départements, excepté dans les Alpes de Haute-Provence (+35%) et le Vaucluse (+18%). **Le taux d'hospitalisation était à nouveau en augmentation** (24,7/100 000 habitants, +6%) en S11 et le taux d'admission en services de soins critiques, bien qu'en diminution, restait élevé (4,8 soit -6%). Le **taux de décès** à l'hôpital, de 4,1/100 000 habitants en S11, était en diminution par rapport à S10 (-14%).

En S11, l'augmentation du taux d'incidence était observée dans toutes les autres régions à l'exception de la Corse (-16%), mais elle était plus importante en Normandie (+28%, 291/100 000 habitants), Auvergne-Rhône-Alpes (+26%, 277/100 habitants) et Centre-Val de Loire (+20%, 247/100 000 habitants).

Une hétérogénéité peut être observée au niveau départemental : 18 des 24 départements ayant un taux d'incidence dépassant 300/100 000 habitants étaient situés dans les trois régions les plus touchées. Des analyses détaillées sont présentées dans les points épidémiologiques régionaux.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

À **Mayotte**, après cinq semaines de confinement, l'ensemble des indicateurs étaient en diminution. Le **taux d'incidence a fortement chuté** (107/100 000 habitants en S11 vs 895 en S06). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en service de soins critiques continuaient également de diminuer : ils étaient respectivement de 15 et 2,1/100 000 habitants en S11.

À **La Réunion**, les indicateurs étaient relativement stables ces trois dernières semaines, avec un taux d'incidence de 116/100 000 habitants en S11. Le nombre de patients hospitalisés et le nombre de patients admis en service de soins critiques étaient en diminution.

En **Martinique**, le taux d'incidence était en hausse avec 116/100 000 habitants, soit +67%.

En **Guadeloupe**, le taux d'incidence était en augmentation en S11 (111/100 000 habitants, +33%), après une diminution observée en S10. Le nombre de patients hospitalisés et le nombre de patients admis en services de soins critiques étaient en forte augmentation cette semaine.

En **Guyane**, le taux d'incidence était en hausse mais restait à un taux faible de 34/100 000 habitants et les indicateurs hospitaliers se maintenaient à un niveau peu élevé.

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

À ce jour, quatre variants ont été qualifiés d'intérêt en raison de leur transmissibilité augmentée et du risque d'échappement à la réponse immunitaire. Trois d'entre eux, les variants 20I/501Y.V1 (UK), 20H/501Y.V2 (ZA) et 20J/501Y.V3 (BR), circulent en France depuis le début de l'année 2021.

D'autres variants du SARS-CoV-2 n'ont pas été qualifiés comme variants d'intérêt après une analyse de risque conjointe par le Centre national de référence des virus respiratoires et Santé publique France, mais ont déjà été rapportés sur le territoire et bénéficient à ce titre d'une surveillance renforcée : les variants A.27 (lignage 19B/501Y), B.1.525 (lignage 484K.V3) pour lesquels des cas sporadiques ont été rapportés en France, et également le variant de clade 20C ayant émergé en Bretagne en début d'année 2021 dans le cadre d'un cluster hospitalier.

D'autres variants porteurs de mutations conférant un avantage sélectif par rapport aux autres virus SARS-CoV-2 circulant sont susceptibles d'émerger dans le futur, ce qui entraînerait de nouvelles alertes et une mise à jour de la liste des variants d'intérêt.

Depuis le 25 janvier 2021, l'application SI-DEP intègre les résultats des **tests de criblage** permettant de suspecter des infections par l'un des trois variants d'intérêt ayant déjà été détectés en France. 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 l'un de ces variants d'intérêt.

Au niveau national en S11, parmi les tests positifs criblés dont les résultats sont disponibles dans SI-DEP (53% de l'ensemble des tests de première intention positifs), **76,3% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 (UK) et 4,7% de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** (vs respectivement 71,9% et 5,0% en S10).

Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines. La proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) était supérieure à 50% (parmi les tests positifs criblés) dans 94 départements métropolitains et supérieure à 70% dans 67 d'entre eux. Neuf 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 36% en Moselle, toujours particulièrement élevée bien qu'en diminution depuis plusieurs semaines (54,4% en S08) dans ce département.

Variant de clade 20C ayant émergé en Bretagne

Un cluster d'infections par un variant de clade 20C (« variant 20C/H655Y »), a été détecté dans un hôpital des Côtes d'Armor, avec des cas survenus entre janvier et mars 2021. La particularité associée aux premiers cas confirmés d'infections à ce variant est la possibilité de présenter des symptômes évocateurs de la COVID-19 avec une RT-PCR faiblement positive, voire négative, sur les prélèvements naso-pharyngés habituels. Le virus est néanmoins détectable par les techniques de PCR habituelles mais semble être retrouvé de manière préférentielle dans les voies aériennes basses. À ce jour, il n'est pas démontré que ce variant serait plus transmissible ni qu'il entraînerait de formes plus sévères, mais son émergence fait l'objet d'investigations et la situation est suivie sur le territoire *via* une surveillance spécifique. En cas de suspicion d'infection à ce variant ([définition de cas et conduite à tenir](#), disponibles sur le site internet de Santé publique France), des prélèvements au-delà de la sphère naso-pharyngée chaque fois que possible doivent être proposés pour augmenter la sensibilité du diagnostic par RT-PCR. **Selon les informations disponibles à ce jour, tous les cas confirmés du variant 20C/H655Y ont un lien épidémiologique direct ou indirect avec une commune des Côtes d'Armor et la diffusion du variant 20C/H655Y semble donc limitée actuellement à ce secteur géographique.**

► Surveillances spécifiques et populationnelles

Parmi les 8 700 patients recensés par la surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation lors de la d vague, 70% étaient des hommes. Cette proportion a diminué entre les périodes septembre-décembre 2020 et janvier-mars 2021. Depuis janvier 2021, un léger rajeunissement de la population admise en réanimation est observé. Les comorbidités les plus fréquentes restent 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.

Le **dispositif de surveillance des cas et des décès de COVID-19 en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) parmi les résidents et le personnel a évolué** et une nouvelle application de signalement des épisodes de COVID-19 à Santé publique France est opérationnelle depuis le **18 mars 2021**. La montée en charge de cette application est progressive et **la mise à jour des données ne permet pas actuellement de produire des indicateurs complets pour la semaine 11**.

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. Entre le 02 mars 2020 et le 23 mars 2021, 442 cas de PIMS ont été signalés. En France, l'incidence des PIMS en lien avec la COVID-19 (384 cas) a été estimée à 26,5 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans.

Les personnes les plus fragiles face à cette épidémie restent 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 ou des comportements de prévention auraient pu également contribuer à cette observation. Depuis la semaine 04, les indicateurs chez les personnes de 75 ans et plus étaient en diminution. Cependant une tendance à l'augmentation est observée depuis deux semaines notamment pour le taux d'incidence (+7% entre S11 et S10) et les taux d'hospitalisations et admissions en service de soins critiques. Les personnes de 75 ans et plus constituaient toujours la part la plus importante des personnes hospitalisées en S11 : elles représentaient 49% des personnes hospitalisées.

► Santé mentale

La santé mentale des personnes interrogées reste dégradée (enquête CoviPrev du 15 au 17 mars 2021), avec une **prévalence élevée des états anxieux, dépressifs, des problèmes de sommeil et des pensées suicidaires**, en particulier chez les personnes en situation de précarité (emploi, finance, logement), les personnes ayant des antécédents de trouble psychologique et les jeunes (18-24 ans). La colère, la peur, l'inquiétude pour sa santé, la frustration, ou encore les sentiments de solitude sont associés à une santé mentale plus dégradée, quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques et les conditions de vie.

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 22, du 15 au 17 mars 2021), montrent que si les mesures barrières sont largement utilisées par la population, **l'adoption systématique de réduction des contacts tend à baisser**, probable reflet de la lassitude de la population en regard des mesures de contrôle. L'intention à se faire vacciner pour ceux qui ne le sont pas encore s'est maintenue, alors que la suspension temporaire du vaccin AstraZeneca pendant l'enquête aurait pu faire craindre une augmentation de la défiance. Les différences d'adhésion selon les groupes de population déjà observées dans les vagues précédentes persistent, tout comme les raisons à ne pas se faire vacciner. La vaccination semble s'accompagner d'un relâchement des mesures barrières alors qu'il est pourtant important de les maintenir.

Concernant la vaccination contre la COVID-19, on dénombrait au 23 mars 2021, **6 616 899 personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 et **2 506 023 personnes vaccinées par deux doses**, soit respectivement **9,9% et 3,7% de la population** en France. Au cours de la semaine 11, plus d'1,1 million de personnes ont reçu leur première dose de vaccin.

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 23 mars 2021, il est estimé que **91,2% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin et 71,1% ont reçu deux doses**. De plus, **47,5% de l'ensemble des professionnels de santé ont reçu au moins une dose de vaccin**.

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

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

SOURCES DES DONNÉES

Le suivi de l'épidémie de COVID-19 en population est effectué à partir de plusieurs sources qui permettent : 1- de suivre l'évolution de l'épidémie en France au moyen d'indicateurs issus des données de médecine de ville et d'établissements hospitaliers ou sociaux et médico-sociaux (recours aux soins, admissions en réanimation et services de soins critiques, 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 infectés par le SARS-CoV-2, admis en services de soins critiques (services de réanimation et autres services de soins critiques comme les soins intensifs ou soins continus), ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation, déclarés 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, de sévérité et d'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).

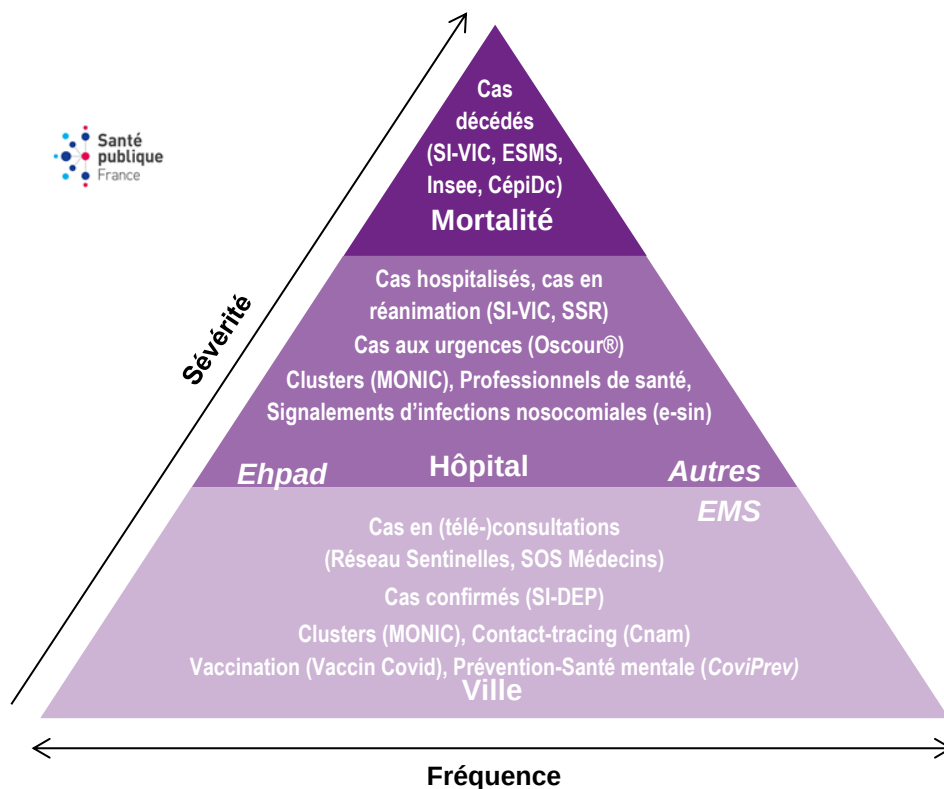
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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 et 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 (deux à trois 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 : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; EMS : Établissement médico-social ; ESMS : Établissement 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 de l'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 : Christine Campèse, Nicolas Méthy, Nelly Fournet, Judith Benrekassa, Daniel Levy-Bruhl

Systèmes de surveillance : Denise Antona, Jonathan Bastard, Ghaya Ben Hmidene, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Mathias Bruyand, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Kostas Danis, Jean-Claude Desenclos, Enguerrand Du Roscoât, Julien Durand, Laure Fonteneau, Cécile Forgeot, Camille Fortas, Anne Fouillet, Scarlett Georges, Laurence Guldner, Rémi Hanguelhard, Eline Hassan, Yu Jin Jung, Yann Le Strat, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Michael Padget, Juliette Paireau, Camille Pelat, Alessandro Pini, Elisabeth Pinto, Isabelle Pontais, Cécile Sommen, Sophie Vaux, Agnès Verrier, Florian Verrier, Karine Wyndels

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

25 mars 2021