

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

**Santé publique France**, dans le cadre de ses missions de surveillance, d'alerte et de prévention, analyse et publie les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires et de ses propres études et enquêtes. **Ce bilan est basé sur les données rapportées à Santé publique France jusqu'au 07 avril 2021.**

### ► Points clés

**En semaine 13, maintien des indicateurs à un niveau toujours très élevé avec une tension hospitalière s'accroissant encore, mais progression de l'épidémie moins marquée**

- Augmentation du nombre de nouveaux cas depuis quatre semaines, moins marquée en S13
- Augmentation du nombre de patients en hospitalisation et en services de soins critiques
- Mortalité liée à la COVID-19 à nouveau en augmentation
- Métropole : stabilisation de l'incidence en Île-de-France et début d'infléchissement dans les Hauts-de-France, poursuite de l'augmentation dans les autres régions
- Outre-mer : poursuite de l'augmentation des indicateurs en Martinique

### Variants

- Proportion de suspicions de variants préoccupants (VOC) par RT-PCR de criblage :
  - suspicions de variant 20I/501Y.V1 majoritaires en métropole à 81,9%
  - suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 stables à 4,2%

### Prévention

- Vaccination : 9 561 733 personnes ayant reçu au moins une dose (couverture vaccinale en population générale : 14%)
- Importance de l'adoption systématique des mesures barrières et de la limitation des contacts, notamment lors des rassemblements familiaux, y compris chez les personnes vaccinées
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais

### ► Chiffres clés

#### Indicateurs hebdomadaires en semaine 13 (du 29 mars au 04 avril 2021)

	S13	S12*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	271 182	259 628	+4%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	7,5%	8,2%	-0,7 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	3 888	3 969	-2%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	12 776	11 810	+8%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	13 717	12 572	+9%
Nombre de nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19 (SI-VIC)	3 109	2 732	+14%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres ESMS)	2 032	1 842	Non consolidée

\* Données consolidées

#### Du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 06 avril 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	97 301
---	--------



## ► Point de situation en semaine 13 (du 29 mars au 04 avril 2021)

En semaine 13, les indicateurs épidémiologiques se maintenaient à un niveau très élevé. Le nombre de nouvelles infections progresse de manière moindre, avec une diminution du taux de positivité des tests, ce qui peut témoigner d'un ralentissement de la progression épidémique. L'incidence augmentait chez les 15-64 ans mais se stabilisait chez les plus jeunes et les plus âgés. Une circulation virale de moindre intensité est observée en Île-de-France et dans les Hauts-de-France, qui pourrait correspondre aux effets bénéfiques des restrictions renforcées prises dans ces régions dès le 20 mars. La tension hospitalière s'accroissait encore sensiblement sur l'ensemble du territoire métropolitain et la mortalité était à nouveau en hausse, évolution attendue après quatre semaines d'augmentation continue et marquée de l'incidence. L'adhésion aux mesures de prévention individuelles, le respect des mesures de freinage collectives ainsi que l'accélération de la vaccination sont plus que jamais des enjeux majeurs pour faire face au niveau de circulation encore très élevé du virus et limiter la forte pression hospitalière.

Au niveau national, l'augmentation de l'incidence, observée depuis la semaine 10, se poursuivait en semaine 13 mais de manière moins marquée (+4% par rapport à S12), avec **271 182 nouveaux cas confirmés**, soit près de **39 000 cas en moyenne chaque jour**. Les taux d'incidence (404/100 000 habitants) et de dépistage (5 373/100 000 habitants) étaient en augmentation par rapport à ceux de la semaine précédente, mais le taux de positivité diminuait (7,5% vs 8,2% en S12). L'incidence augmentait chez les 15-64 ans (+6%), mais se stabilisait chez les 0-14 ans, faisant suite à une forte augmentation les trois semaines précédentes et ce malgré une progression importante du taux de dépistage dans cette classe d'âge (+20%). Elle se stabilisait également chez les 65 ans et plus (+0% chez les 65-74 ans et +1% chez les 75 ans et plus) avec une stabilité du taux de dépistage dans ces classes d'âge (+2%).

**Le taux hebdomadaire d'hospitalisation continuait d'augmenter** en S13 (+9% par rapport à S12) et le nombre de patients COVID-19 hospitalisés restait très élevé, avec plus de 30 000 **personnes hospitalisées** au 06 avril. Le taux d'**admission en services de soins critiques était également en hausse** en S13 (+14% par rapport à S12), avec pour conséquence une augmentation du nombre de personnes hospitalisées dans ces services, atteignant **5 644 patients** le 06 avril 2021 (soit +11% par rapport au 30 mars).

En semaine 13, le nombre de décès liés à la COVID-19 (survenus à l'hôpital et en ESMS) augmentait de 10%. Les taux de décès pour 100 000 habitants en milieu hospitalier étaient les plus élevés en Hauts-de-France (4,5), Île-de-France (4,4) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,1), et en forte augmentation en Bourgogne-Franche-Comté (+80%), Occitanie (+69%) et Pays de la Loire (+46%).

**Les personnes les plus affectées par l'épidémie restaient celles âgées de 65 ans et plus, ainsi que celles présentant des comorbidités**, avec les taux d'hospitalisation et de décès les plus élevés. Néanmoins, depuis la semaine 10, les 75 ans et plus sont ceux ayant le taux d'incidence le plus bas, restant néanmoins à un niveau élevé malgré l'augmentation progressive de la couverture vaccinale dans cette classe d'âge, ce qui reflète la circulation intense du virus dans l'ensemble de la population.

L'analyse des résultats des tests de criblage des variants préoccupants indique une prédominance nette de la proportion de suspicions de variant **20I/501Y.V1, qui représentait 82%** des tests criblés en S13 en France. La proportion de suspicions de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 restait stable** à 4%.

Au 06 avril 2021, **9 561 733 personnes avaient reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19, soit **14% de la population en France**. Il est estimé que **95% des résidents d'Ehpad ou d'USLD** ont reçu une première dose de vaccin, et 73% les deux doses.

**La limitation des contacts, notamment lors des regroupements familiaux, et l'adoption systématique des gestes barrières est indispensable pour tous, y compris les personnes vaccinées, de même que le respect des mesures collectives prises récemment.** Il reste essentiel que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. L'accélération de la campagne de vaccination est plus que jamais un enjeu majeur pour contrer la dynamique épidémique actuelle

# SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE .....	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE .....	6
IMPACT DES MESURES DE RESTRICTIONS SANITAIRES RENFORCÉES SUR LA DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 .....	16
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS .....	19
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	24
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®) .....	27
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif » .....	28
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER .....	30
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	39
VACCINATION CONTRE LA COVID-19 .....	44
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE .....	49
SITUATION INTERNATIONALE.....	50
SYNTHÈSE .....	53
SOURCES DES DONNÉES.....	58

Retrouvez les dernières données concernant :

- la **surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques** dans le PE du [25 mars 2021](#) ;
- le **signalement d'infections nosocomiales à SARS-CoV-2** dans le PE du [11 mars 2021](#) ;
- la **surveillance des cas de COVID-19 chez les professionnels en établissements de santé** dans le PE du [1<sup>er</sup> avril 2021](#)
- les **variants préoccupants (VOC) du SARS-CoV-2 au niveau international** dans le PE du [1<sup>er</sup> avril 2021](#).

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

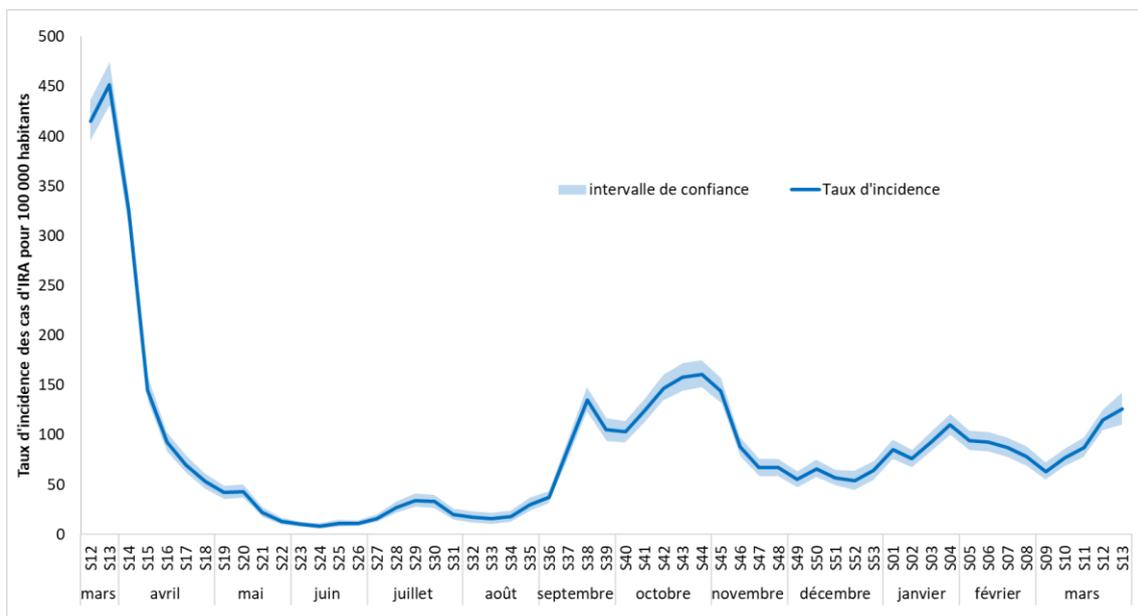
# SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

## ► 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 13 (du 29 mars au 04 avril 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 126/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [110-142] en France métropolitaine, en **augmentation** par rapport à la semaine 12 : 115/100 000 habitants (IC95% : [104-126]) (Figure 1).
- Sur les 25 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, aucun ne s'est avéré positif pour le SARS-CoV-2, cinq étaient positifs pour un rhinovirus, quatre pour un métapneumovirus, deux pour un virus respiratoire syncytial (VRS). Aucun virus grippal n'a été détecté.
- Depuis la semaine 37-2020, sur les 1 025 prélèvements naso-pharyngés effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés, 298 (29%) étaient positifs pour un rhinovirus, 141 (14%) pour le SARS-CoV-2, 53 (5%) pour un métapneumovirus et 47 (5%) 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 13-2021 : données non consolidées

Source : réseau Sentinelles

## ► Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, **202 056 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 05 avril 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- En semaine 13 (du 29 mars au 04 avril 2021), **3 888 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 **stable** par rapport à la semaine précédente (3 969 actes en S12, soit -2%).

- L'analyse par classe d'âge montre une baisse chez les 2-14 ans (-9%, soit -63 actes), une stabilité chez les 15-74 ans (-2%, soit -46 actes) et une hausse chez les 75 ans ou plus (+12%, soit +20 actes) et chez les moins de 2 ans, sur de faibles effectifs (+8%, soit +4 actes).

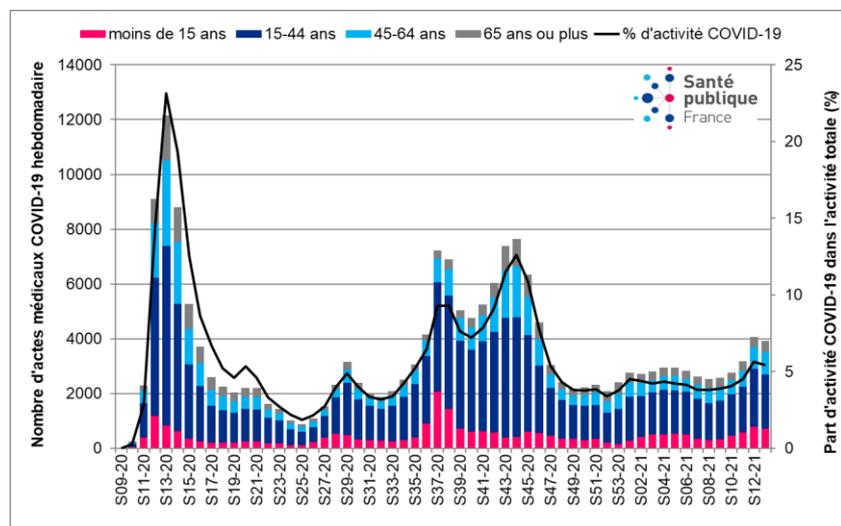
La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge** était de 6% chez les 0-4 ans, 12% chez les 5-14 ans, 50% chez les 15-44 ans, 20% chez les 45-64 ans, 6% chez les 65-74 ans et 5% chez les 75 ans et plus (contre respectivement 6%, 13%, 52%, 19%, 5% et 4% en S12).

- Au niveau régional, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était stable ou en baisse dans toutes les régions métropolitaines, à l'exception des régions Bourgogne-Franche-Comté (+24%, soit +26 actes), Grand Est (+10%, soit +33 actes), Normandie (+11%, soit +24 actes) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (+7%, soit +26 actes).

- La majorité des actes a été enregistrée en Île-de-France (22%), Auvergne-Rhône-Alpes (13%), Hauts-de-France (11%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (10%), Grand Est (10%) et Nouvelle-Aquitaine (9%).

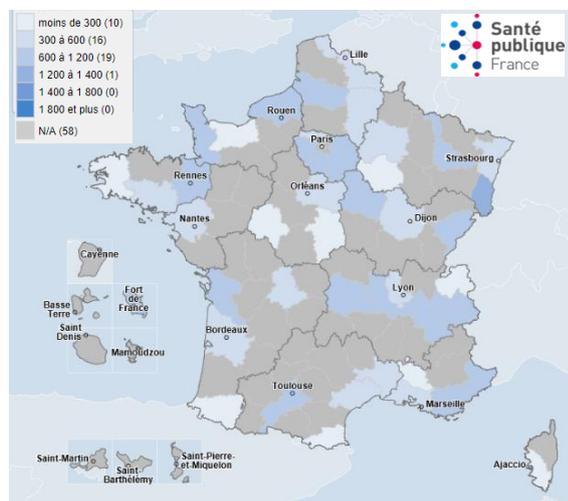
- La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était stable à 5,5% (5,7% en S12) (Figure 2).

**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 13-2021, France**



Source : SOS Médecins

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

# SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

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

La surveillance repose sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), qui vise au suivi exhaustif de toutes les personnes testées en France pour le diagnostic et le dépistage de la COVID-19 dans les laboratoires de ville, les laboratoires hospitaliers et par les autres professionnels de santé. Sont pris en compte dans les indicateurs SI-DEP les tests par amplification moléculaire RT-PCR (avec lesquels sont comptés les tests RT-LAMP) et les tests antigéniques réalisés en laboratoire (TDR) ou hors laboratoire (TROD).

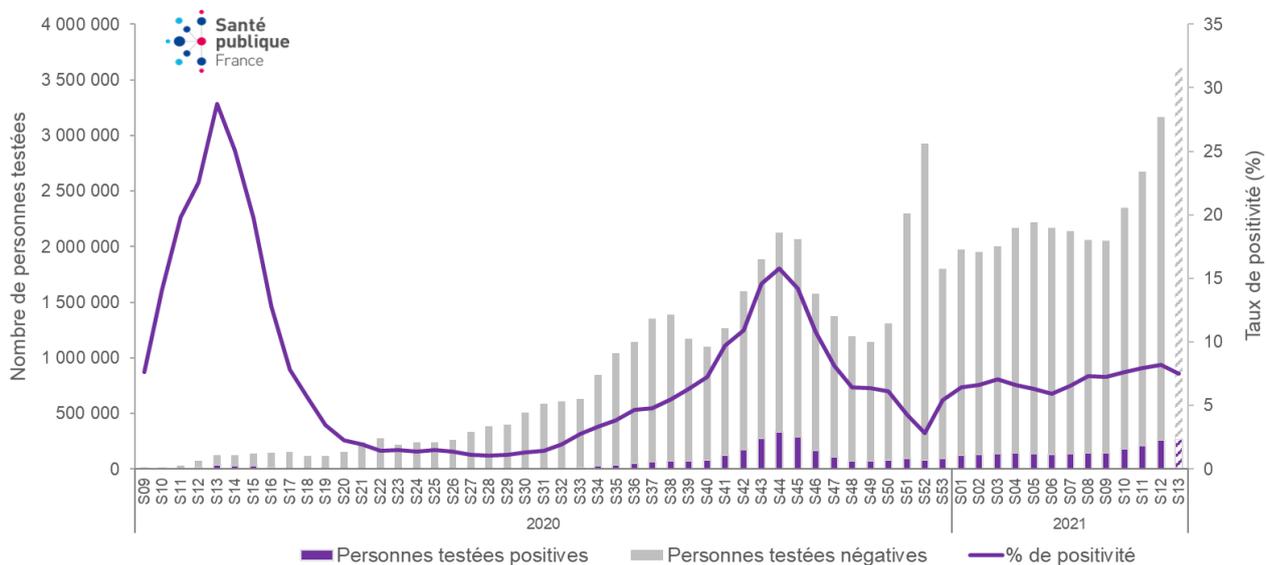
Cas confirmé de COVID-19 : personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir [définition de cas](#))

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

- En semaine 13, 3 606 134 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 3 163 575 en S12, soit +14%). Un total de **271 182 nouveaux cas confirmés** a été rapporté, en **légère augmentation (+4%)** par rapport à la semaine 12 où 259 628 nouveaux cas avaient été signalés (Figures 4 et 5).

- Au 06 avril 2021, un total de **4 841 308 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

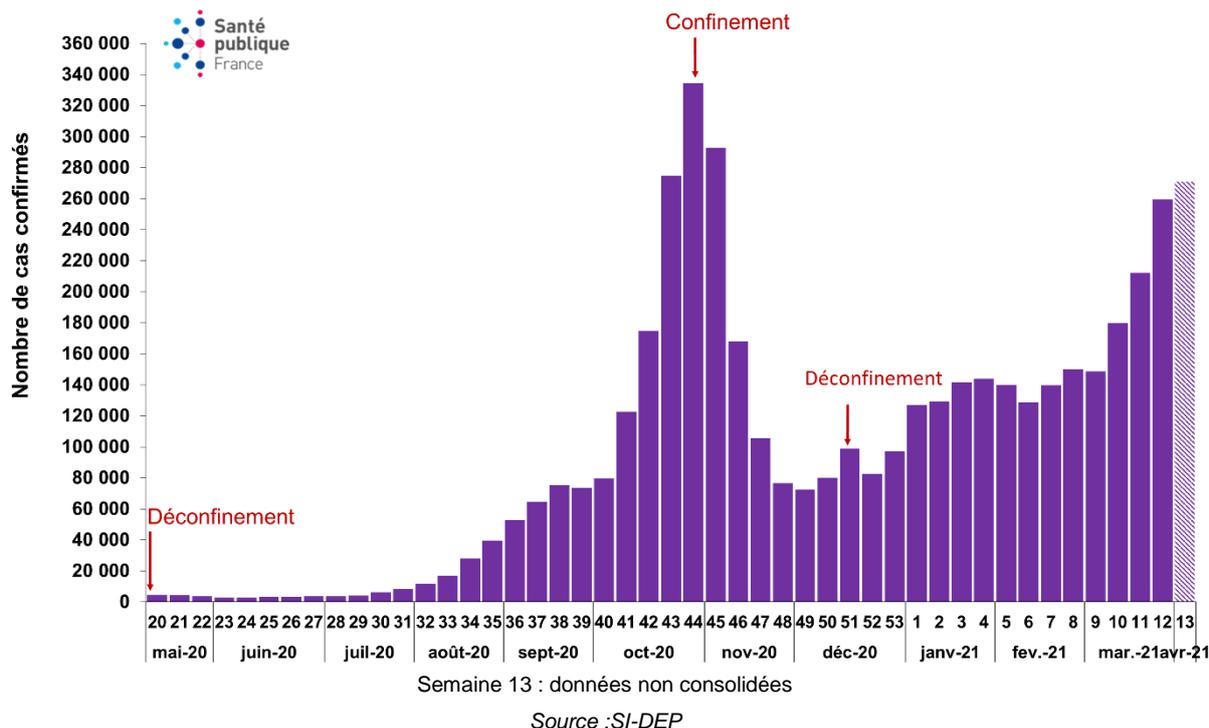
Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 07 avril 2021)



Semaine 13 : données non consolidées

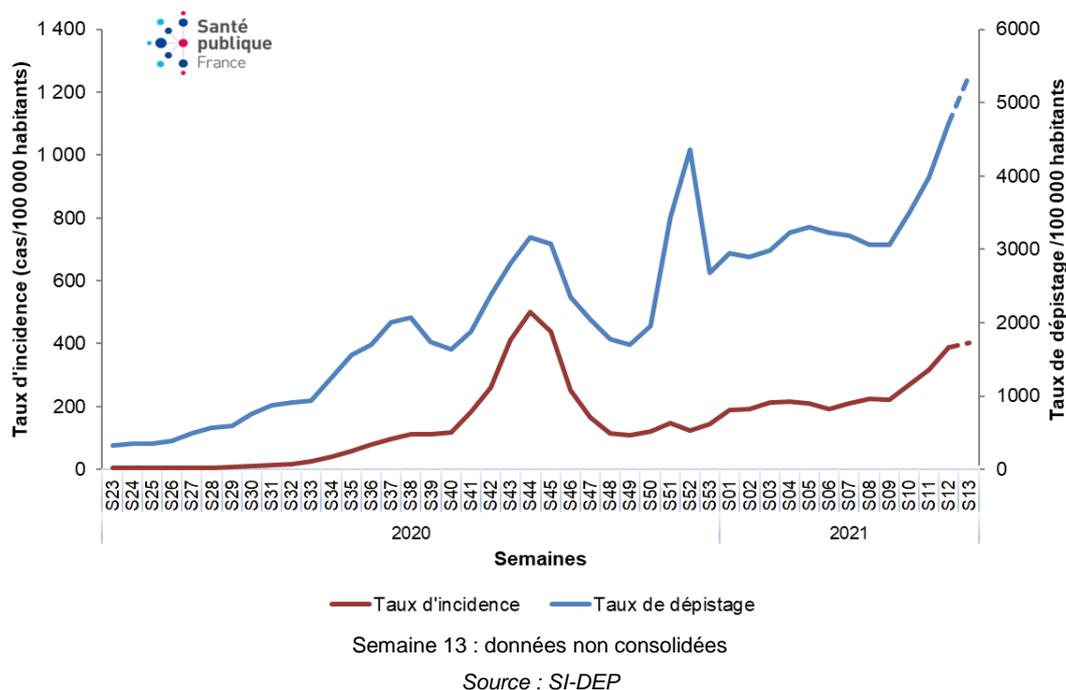
Sources S09-S19-2020 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20-2020 : SI-DEP

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 04 avril 2021, France (données au 07 avril 2021)



- En S13, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **7,5%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), **en diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (-0,7 point ; 8,2% en S12) (Figure 4).
- Le **taux national d'incidence des cas confirmés** (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **404/100 000 habitants** en S13, **en légère augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (387 cas/100 000 habitants en S12, +4%) (Figure 6).
- Le **taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **5 373/100 000 habitants**, **en augmentation** par rapport à celui de S12 (4 714/100 habitants, +14%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et de dépistage par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 07 avril 2021)



- La proportion du nombre de tests effectués en S13 et intégrés dans la base SI-DEP le jour même ou le lendemain du prélèvement était de 91%, identique à la semaine précédente (91% en S12).

## Analyse par classe d'âge

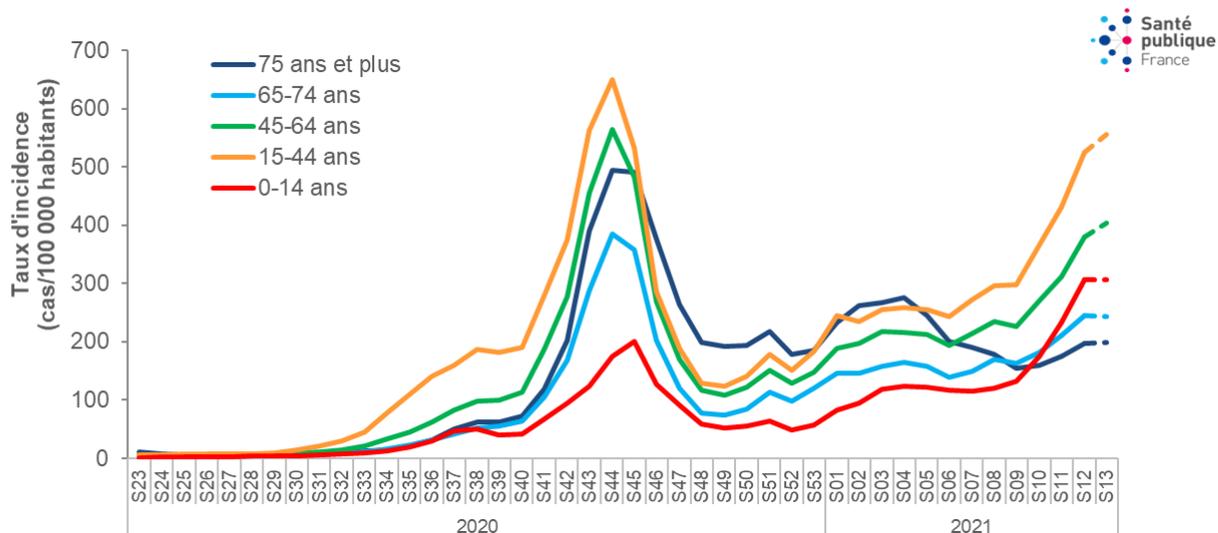
- En semaine 13, au niveau national, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 307 chez les 0-14 ans, 556 chez les 15-44 ans, 404 chez les 45-64 ans, 244 chez les 65-74 ans et 200 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).
- **Le taux d'incidence était stable** par rapport à S12 **dans toutes les classes d'âge** excepté chez les 15-44 ans et les 45-64 ans où ce taux a augmenté (+6%) (Figure 7a).
- **Le taux de dépistage était en forte hausse** par rapport à la semaine 12 dans toutes les classes d'âge. L'augmentation la plus importante était observée chez les 0-14 ans (+20%), puis chez les 15-44 ans (+16%), les 45-64 ans (+12%), les 65-74 ans et les 75 ans et plus (+2%) (Figure 7b).
- **Le taux de positivité** des personnes testées était **en diminution dans toutes les classes d'âge** par rapport à S12. La diminution la plus importante était observée chez les 0-14 ans (-1 point) suivis par les 15-44 ans (-0,8 point), les 45-64 ans (-0,5 point), les 65-74 ans (-0,2 point) et les 75 ans et plus (-0,1point) (Figure 7c).

## Dépistage selon la présence de symptômes

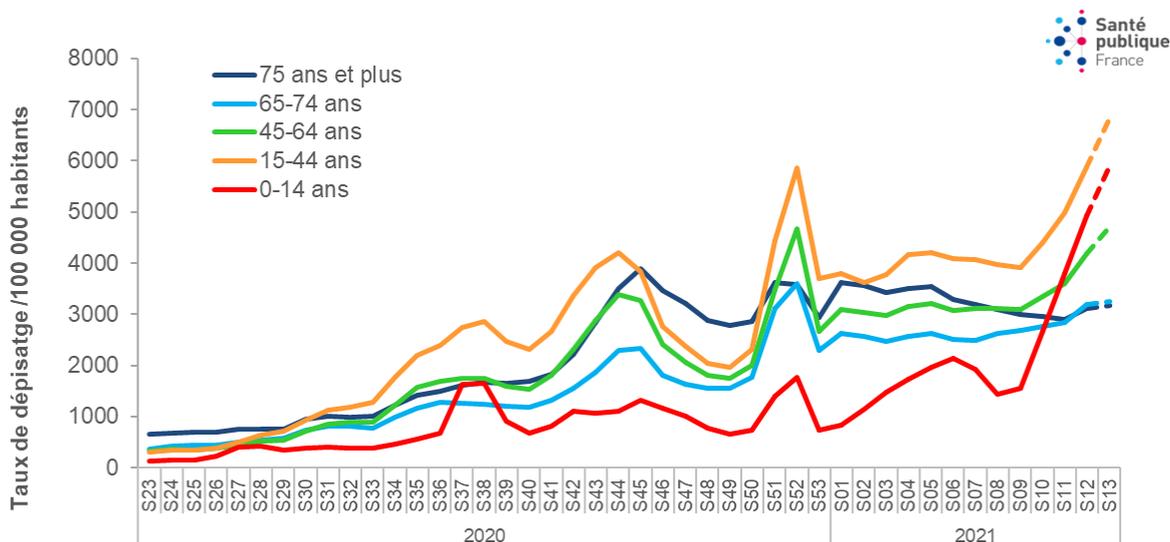
- En semaine 13, **parmi les personnes testées**, l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 89% (soit n=3 192 338). Le taux de positivité était de 19,5% chez les symptomatiques (stable par rapport à S12, 20,3%) et de 4,6% chez les asymptomatiques (5,0% en S12).
- Parmi les cas, 52% étaient symptomatiques, proportion stable par rapport à S12 (53%). **Le nombre de cas était stable chez les symptomatiques** (125 821 vs 124 576 en S12, soit +1%) **et en augmentation chez les asymptomatiques** (117 494 vs 109 061 en S12, soit +8%).

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 07 avril 2021)

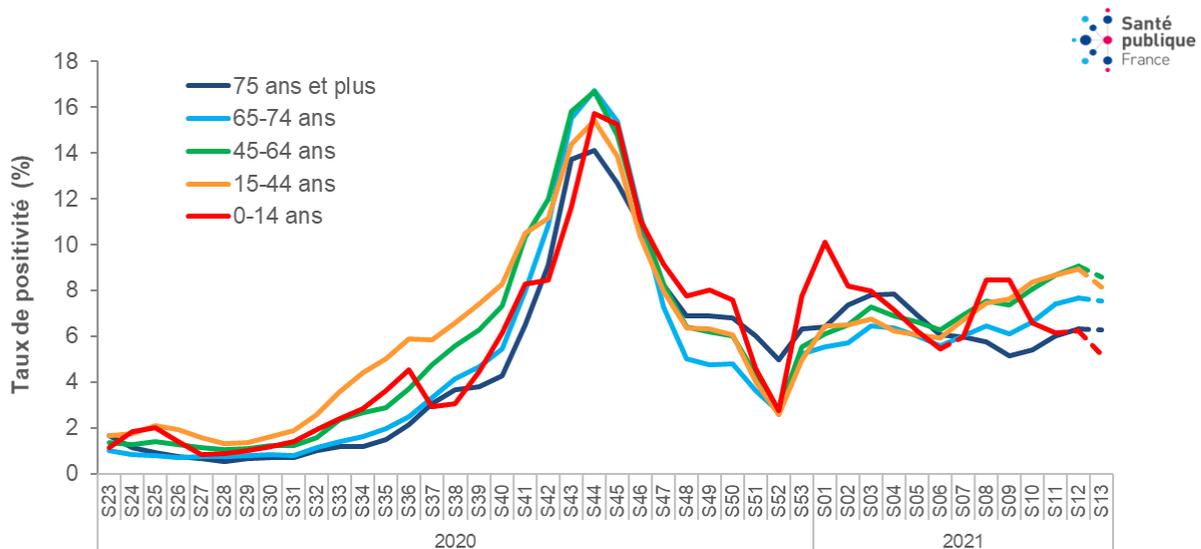
7a



7b



7c



Semaine 13 : 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

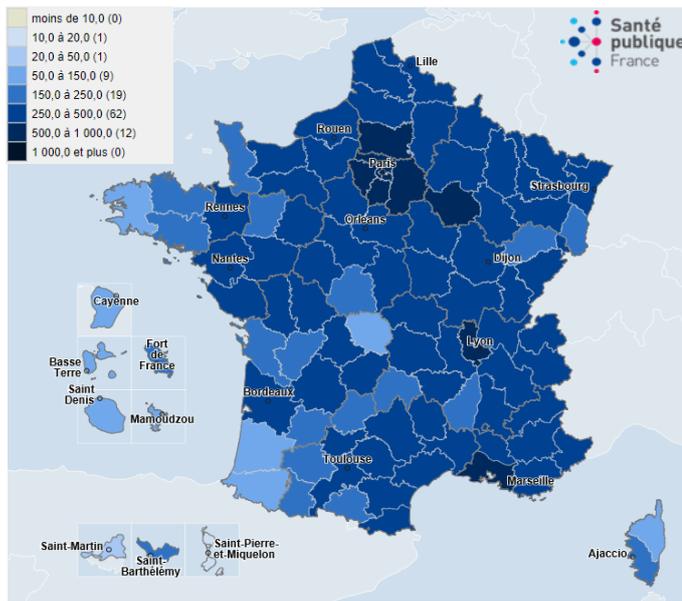
- **En France métropolitaine**, 267 339 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 13, **en légère augmentation** par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S12 avec 256 089 nouveaux cas, soit +4%). Le **taux de positivité** était de **7,6%** (vs 8,3% en S12, soit -0,7 point). Le **taux d'incidence** des cas confirmés était de **412 cas/100 000 habitants** (vs 395 en S12, soit +4%). Le **taux de dépistage** s'élevait à **5 448/100 000 habitants**, en augmentation par rapport à la semaine précédente (+ 14% ; 4 778 en S12).
- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés était, en semaine 13, **au-dessus du seuil de 100/100 000 habitants dans 93 départements métropolitains** (93 en S12), et au-dessus du seuil de 250/100 000 habitants dans 74 départements (62 en S12). Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés en Île-de-France dans les départements du Val-d'Oise (833), de la Seine-Saint-Denis (800), du Val-de-Marne (726) et de la Seine-et-Marne (711) (Figure 8a).
- Le **taux de positivité** était supérieur ou égal à 10% dans sept départements en S13 (10 en S12). Les taux les plus élevés étaient rapportés en Île-de-France dans les départements de la Seine-Saint-Denis (13%), du Val-d'Oise (12%), de l'Essonne, de la Seine-et-Marne et du Val-de-Marne (11%) (Figure 8b).
- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** (/100 000 habitants) en S13 étaient Paris (9 075), le Val-d'Oise (6 981), les Hauts-de-Seine (6 960), le Val-de-Marne (6 890) et les Bouches-du-Rhône (6 851) (Figure 8c).

### En Outre-mer

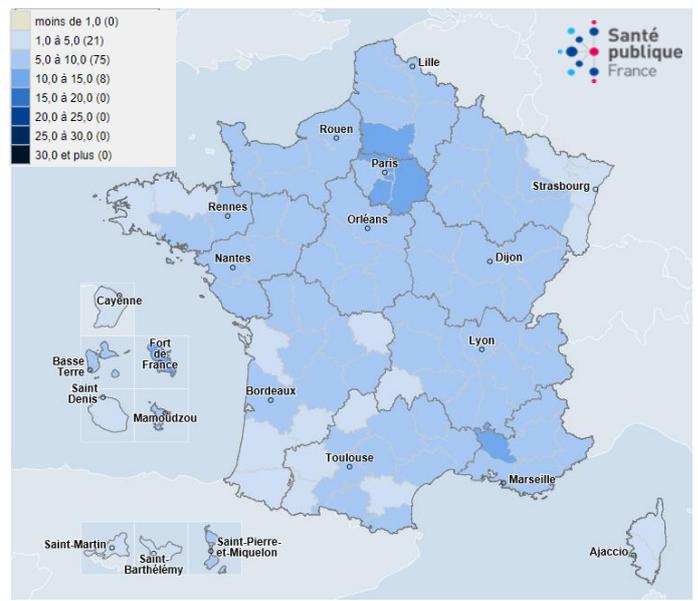
- **À Mayotte**, les indicateurs étaient **en diminution** en S13, avec un taux d'incidence de 63/100 000 habitants (68 en S12) et un taux de positivité de 5,0% (vs 5,5% en S12).
- **À La Réunion**, les indicateurs étaient **en diminution** en S13, avec un taux d'incidence de 117/100 000 habitants (129 en S12) et un taux de positivité de 4,3% (vs 5,4% en S12).
- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient **en augmentation** en S13, avec un taux d'incidence de 110/100 000 habitants (101 en S12) et un taux de positivité de 9,7% (vs 7,9% en S12).
- **En Martinique**, les indicateurs étaient **en augmentation** en S13, avec un taux d'incidence de 202/100 000 habitants (172 en S12) et un taux de positivité de 10,0% (vs 8,1% en S12).
- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient **en diminution**, avec un taux d'incidence de 45/100 000 habitants (91 en S11) et un taux de positivité de 1,7% (vs 3,3% en S12).
- **En Guyane**, le taux d'incidence était **en augmentation** (83/100 000 habitants vs 60 en S12) et le taux de positivité stable (4,6% en S13 et S12).

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 29 mars au 04 avril 2021, par département, France (données au 07 avril 2021)

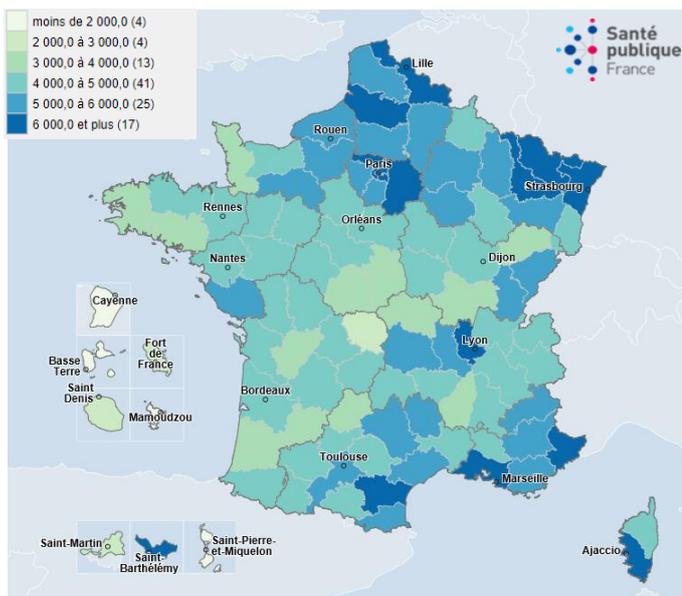
8a



8b



8c



Source : SI-DEP

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

## ► Analyse par niveaux scolaires

- En semaine 13, 901 848 personnes de moins de 18 ans ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 754 462 en S11, soit +20%). Un total de 51 308 nouveaux cas confirmés a été rapporté, stable (+1%) par rapport à la semaine 12, où 50 834 nouveaux cas avaient été signalés. Les moins de 18 ans représentaient 19% 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 parmi les moins de 18 ans, les 3-5 ans 7%, les 6-10 ans 29%, les 11-15 ans 33% et les 15-17 ans 28%.

- Le **taux d'incidence** des cas confirmés au niveau national était de 587/100 000 habitants chez les 15-17 ans, 509 chez les 11-14 ans, 358 chez les 6-10 ans, 144 chez les 3-5 ans et 74 chez les 0-2 ans (Figure 9a).

- La forte augmentation des taux d'incidence observée depuis la semaine 10 s'est globalement stabilisée en S13, avec une légère augmentation chez les 0-2 ans (+3%), les 11-14 ans (+4%) et les 15-17 ans (+3%), une stabilisation chez les 6-10 ans (-1%) et une diminution chez les 3-5 ans (-12%).

- Le **taux de dépistage** était encore en augmentation dans les différentes classes d'âge : +18% chez les 0-2 ans, +10% chez les 3-5 ans, +19% chez les 6-10 ans, +26% chez les 11-14 ans, +18% chez les 15-17 ans (Figure 9b).

- Le **taux de positivité** était, quant à lui, en diminution dans l'ensemble des classes d'âge : -0,9 point chez les 0-2 ans, -0,8 point chez les 3-5 ans, -1,0 point chez les 6-10 ans, -1,1 point chez les 11-14 ans et -0,5 point chez les 15-17 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 07 avril 2021)

9a

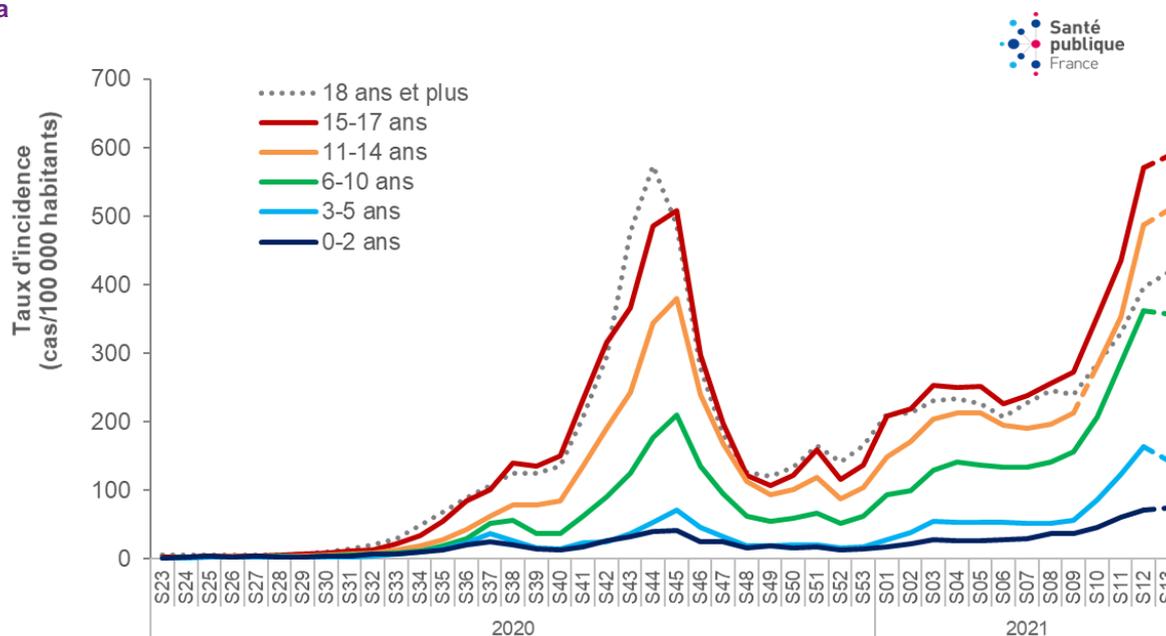
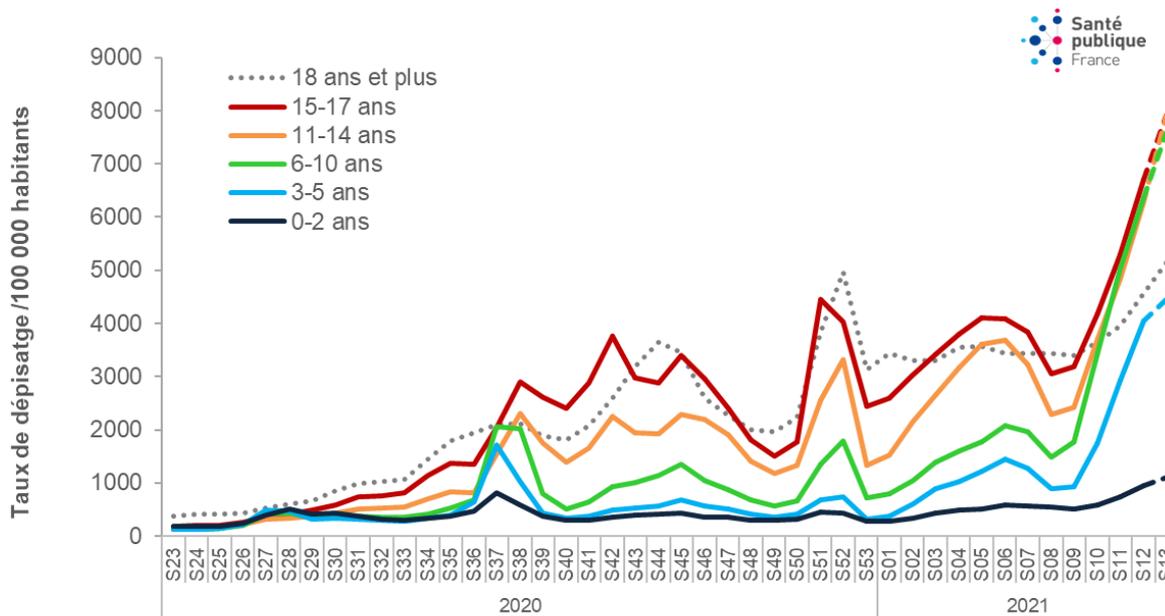
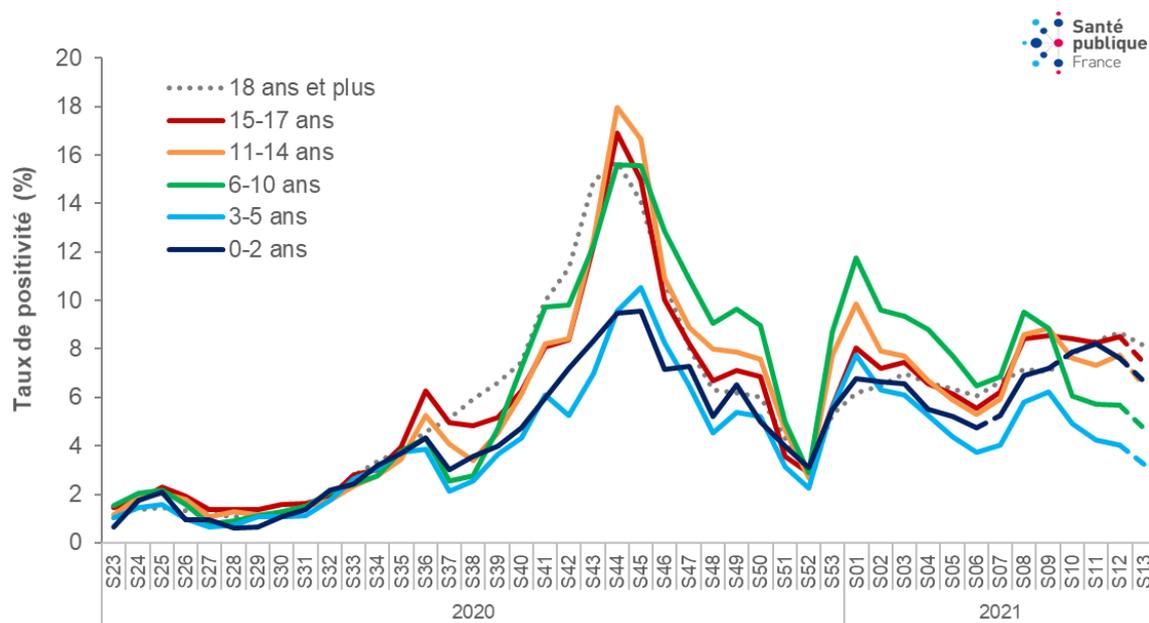


Figure 9 (suite)

9b



9c



Semaine 13 : données non consolidées

Source : SI-DEP

## ► Variants préoccupants (VOC) : 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 préoccupants (VOC) » car leur impact (sur le plan de la transmissibilité, de la virulence ou de l'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.

Santé publique France, en lien avec le CNR Virus des infections respiratoires, produit à intervalles réguliers des analyses de risque permettant de caractériser et classer ces différents variants. Ces analyses de risque sont accessibles sur le site de [Santé publique France](#). 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 (ayant émergé au Royaume-Uni), 20H/501Y.V2 (Afrique du Sud) ou 20J/501Y.V3 (Brésil) (sans distinction) ou de conclure à l'absence de variant préoccupant (VOC).

- **Au niveau national**, en semaine 13, sur les 302 471 tests de première intention positifs (tests RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, **43% étaient associés à un test de criblage** lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 130 120 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **81,9%** (106 578) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1** (contre 79,9% en S12) et **4,2%** (5 416) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** (contre 4,4% en S12).

- La proportion de tests positifs criblés variait peu selon la classe d'âge : de 39,8% chez les 20-29 ans à 49,1% chez les 80-89 ans (Tableau 1).

- La proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 était comprise entre 74,6% chez les 90 ans et plus et 83,8% chez les 40-49 ans.

- La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 allait de 3,8% chez les 10-19 ans à 5,1% chez les 90 ans et plus.

**Tableau 1. Proportion de suspicions de variant préoccupant (VOC) parmi les tests de criblage positifs 20I/501Y.V1, 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3, par classe d'âge, France (données au 07 avril 2021)**

Âge (ans)	Nombre de tests (RT-PCR et antigéniques)	Nombre de tests positifs (RT-PCR et antigéniques)	PCR de criblage		20I/501Y.V1		20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3	
			N	%*	N	%**	N	%**
0-9	381 168	17 044	8 038	47,2	6 177	76,9	313	3,9
10-19	678 777	49 637	21 534	43,4	17 749	82,4	820	3,8
20-29	552 047	48 347	19 228	39,8	15 690	81,6	862	4,5
30-39	582 733	48 072	19 648	40,9	16 188	82,4	841	4,3
40-49	528 354	48 152	20 380	42,3	17 073	83,8	796	3,9
50-59	444 647	40 215	17 591	43,7	14 633	83,2	714	4,1
60-69	303 273	25 657	11 587	45,2	9 546	82,4	508	4,4
70-79	179 624	14 266	6 690	46,9	5 361	80,1	297	4,4
80-89	105 715	7 857	3 855	49,1	2 988	77,5	185	4,8
90 et plus	51 872	3 114	1 522	48,9	1 135	74,6	78	5,1
Inconnu	1 124	110	47	42,7	38	80,9	2	4,3
Tous	3 809 334	302 471	130 120	43,0	106 578	81,9	5 416	4,2

\* Parmi les tests positifs.

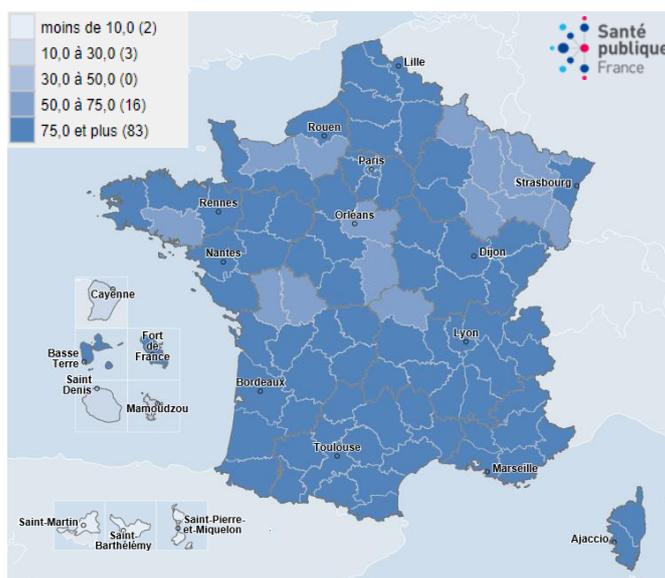
\*\* Parmi les PCR de criblage.

- Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les **96 départements** métropolitains présentant des données interprétables, la proportion du variant 20I/501Y.V1 était supérieure à 80% dans 60 départements et **supérieure à 90% dans 13 d'entre eux** (Figure 10).

- En métropole, **six départements avaient une proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 supérieure à 10%**. Cette proportion était toujours particulièrement élevée en Moselle, (30,4% vs 34,7% en S12) ainsi qu'en Meurthe-et-Moselle (14,2%), en Vendée (13,8%) et dans les Vosges (13,3%) (Figure 11).

- Dans les territoires d'outre-mer où les données sont interprétables, une **forte proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** était observée en Guyane (61,4%), à La Réunion (57,5%) et à Mayotte (20,0%). On note également une **forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1** en Martinique (96,3%) et en Guadeloupe (92,6%) (Figures 10 et 11).

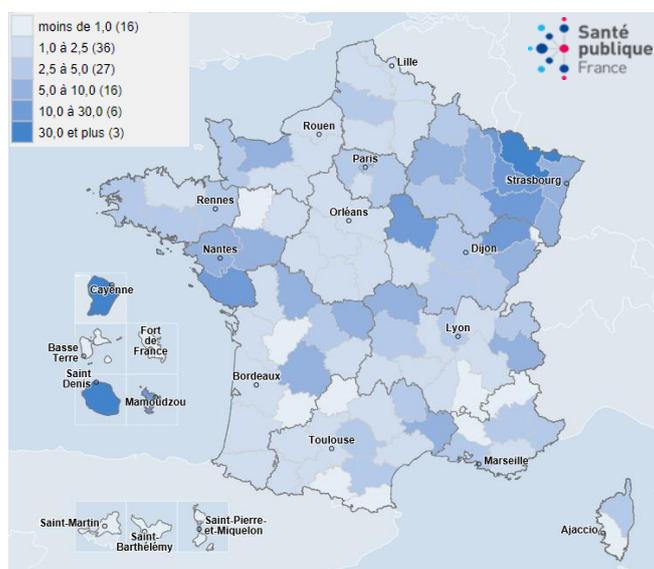
**Figure 10. Proportion (%) de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1 parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 07 avril 2021)**



Indicateur non interprétable pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy en raison d'un trop faible nombre de tests de criblage réalisés.

Source : SI-DEP

**Figure 11. Proportion (%) de suspicions de variant préoccupant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 07 avril 2021)**



Indicateur non interprétable pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy en raison d'un trop faible nombre de tests de criblage réalisés.

Source : SI-DEP

# IMPACT DES MESURES DE RESTRICTIONS SANITAIRES RENFORCÉES SUR LA DYNAMIQUE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 À L'ÉCHELLE DES DÉPARTEMENTS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE

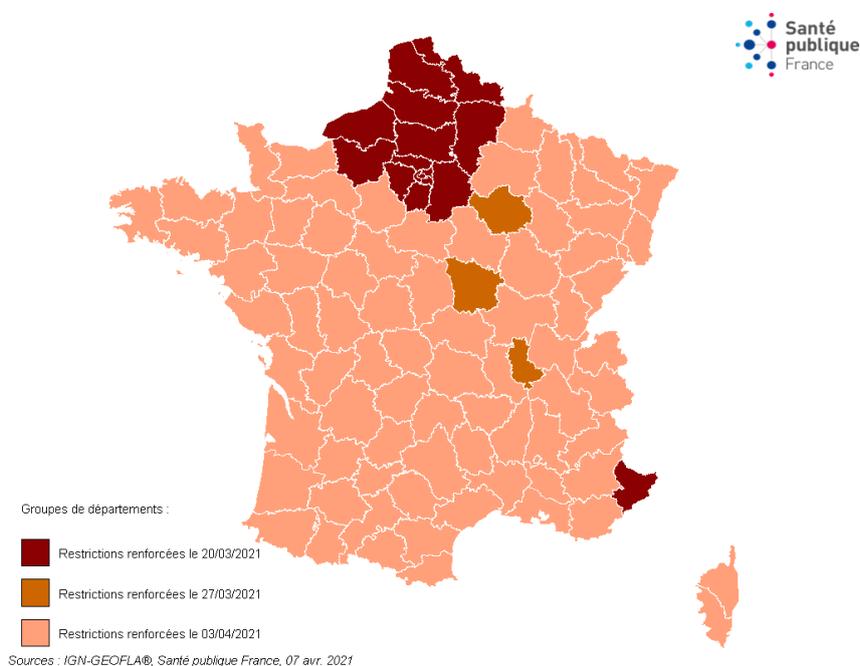
Le 20 mars 2021, des mesures de restrictions sanitaires renforcées ont été mises en place dans 16 départements (21,2 millions d'habitants). Ces mesures ont été élargies à trois autres départements le 27 mars (2,4 millions d'habitants) et ont été étendues le 03 avril 2021 à l'ensemble de la France métropolitaine (41,3 millions d'habitants).

Dans ce contexte, cette analyse vient fournir des premiers éléments descriptifs de l'évolution de l'incidence des cas confirmés dans ces trois groupes de départements. Les travaux préalablement réalisés dans le cadre de l'étude Impact<sup>1</sup> suite à la mise en place des mesures de freinage en octobre 2020, ainsi que les données disponibles dans la littérature, montrent que l'effet d'une mesure sur l'évolution des indicateurs épidémiologiques est observable *a minima* 7 à 10 jours après sa mise en place. Compte tenu de ces délais, les données à date permettent *a priori* d'observer les premiers effets des mesures de restrictions mises en place à partir du 20 mars mais nécessitent toutefois d'être interprétées avec prudence, notamment du fait des délais de consolidation des données.

Les départements ont donc été classés en trois groupes (Figure 12) :

- Groupe 1 : 16 départements avec mesures de restrictions renforcées à partir du 20 mars 2021 ;
- Groupe 2 : 3 départements avec mesures de restrictions renforcées à partir du 27 mars 2021 ;
- Groupe 3 : 77 départements avec mesures de restrictions renforcées à partir du 03 avril 2021.

**Figure 12. Répartition géographique des départements par groupe de mesures de restrictions renforcées, avril 2021, France métropolitaine**



<sup>1</sup> Spaccaverri Guillaume, Larrieu Sophie, Pouey Jérôme, et al. Early assessment of the impact of mitigation measures to control COVID-19 in 22 French metropolitan areas, October to November 2020. Euro Surveill. 2020;25(50):pii=2001974 <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.50.2001974>

L'évolution journalière des taux d'incidence et des taux de dépistage sur 7 jours glissants a été décrite dans ces trois groupes. Le pourcentage d'évolution des différents indicateurs de surveillance (taux d'incidence et taux de dépistage) a été calculé chaque semaine calendaire par rapport à la semaine précédente. L'analyse présentée ici est un focus sur l'évolution de ces indicateurs sur les dernières semaines de données disponibles.

- Après une augmentation continue du taux d'incidence depuis mi-février 2021, une **stabilisation du taux d'incidence** des cas confirmés est observée dans le **groupe 1** depuis le 28 mars 2021 (semaine 12, du 22 au 28 mars 2021) avec, **sous réserve de consolidation des données** sur les derniers jours, un **infléchissement de cet indicateur à partir du 1<sup>er</sup> avril 2021** (Figure 13). L'évolution de cet indicateur en semaine 13 (du 29 mars au 04 avril) est de -3 % contre +19 % en S12 et +17 % en S11 (Tableau 2).

- Dans les **deux autres groupes**, on observe également un **ralentissement de l'augmentation du taux d'incidence**, se traduisant par une **stabilisation** de l'indicateur **sur les derniers jours**. En semaine 13, le taux d'incidence a augmenté de +7 % dans le groupe 2 et de +12 % dans le groupe 3 (contre +28 % dans les deux groupes en S12) (Figure 14, Tableau 2).

- Le **taux de dépistage** est en **augmentation** constante depuis la rentrée des vacances scolaires hivernales au plan métropolitain. En semaine 13, celui-ci poursuit sa hausse dans les trois groupes de départements avec des évolutions respectives de +10% dans le groupe 1, de +15% dans le groupe 2 et de +17% dans le groupe 3. Cette augmentation suggère que la stabilisation de l'incidence dans le groupe 1 et la plus faible progression dans les groupes 2 et 3 ne sont pas liées à une moindre activité de dépistage.

**Figure 13. Évolution du taux d'incidence sur 7 jours glissants des cas confirmés par groupe de départements, du 28 septembre 2020 au 04 avril 2021, France métropolitaine (données au 07 avril 2021)**

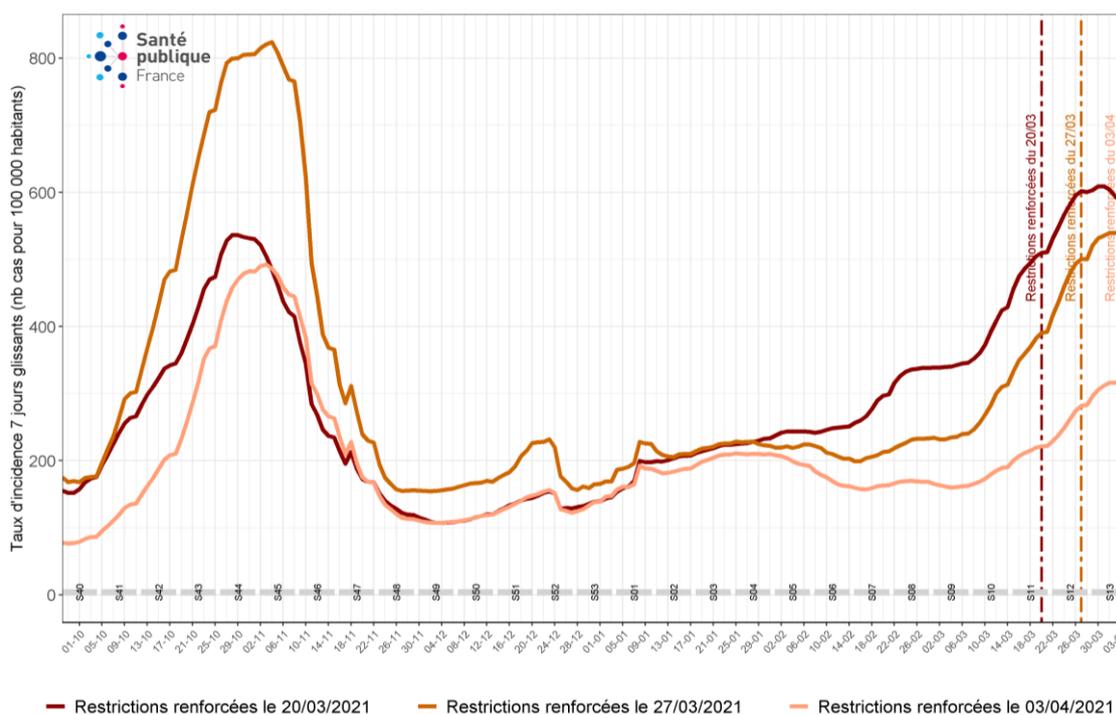


Figure 14. Évolution du taux de dépistage sur 7 jours glissants par groupe de départements, du 28 septembre 2020 au 04 avril 2021, France métropolitaine (données au 07 avril 2021)

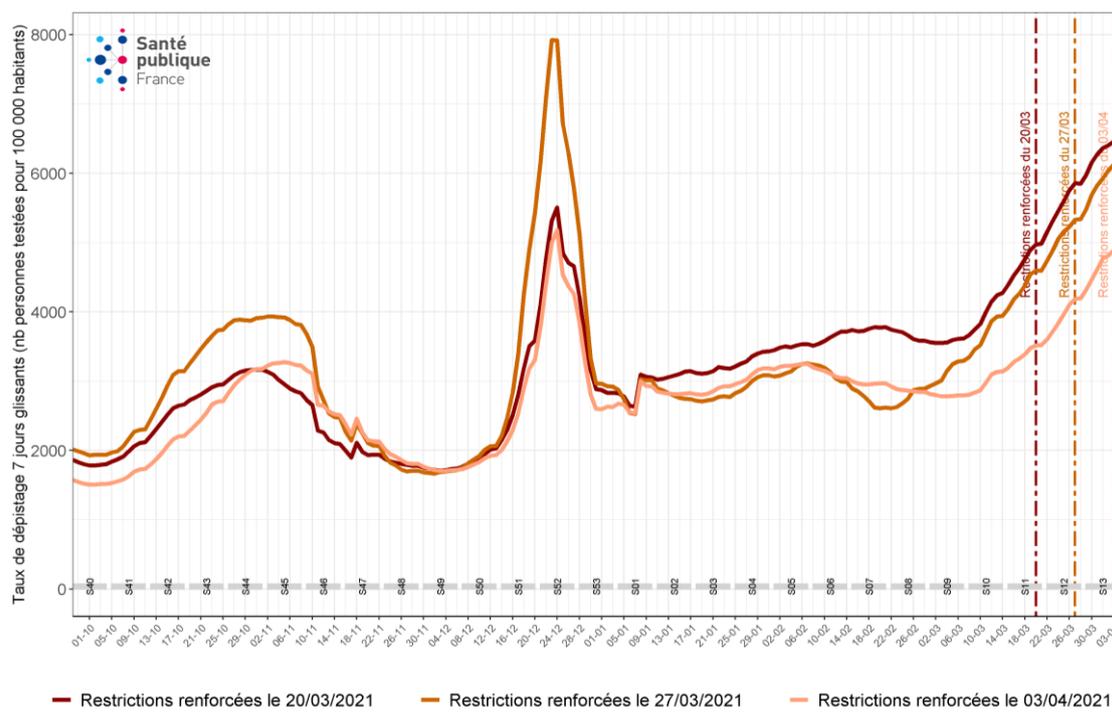


Tableau 2. Variations hebdomadaires du taux d'incidence des cas confirmés et du taux de dépistage par groupe de départements, semaines 10 à 13, France métropolitaine (données au 07 avril 2021)

Groupe	Taux d'incidence pour 100 000 hab.				Évolution relative du taux d'incidence (%)			Taux de dépistage pour 100 000 hab.				Évolution relative du taux de dépistage (%)		
	S10	S11	S12	S13	S11 vs S10	S12 vs S11	S13 vs S12	S10	S11	S12	S13	S11 vs S10	S12 vs S11	S13 vs S12
	Groupe 1	429	511	600	583	19%	17%	-3%	4 273	4 986	5 850	6 457	17%	17%
Groupe 2	313	392	501	538	25%	28%	7%	3 943	4 595	5 340	6 123	17%	16%	15%
Groupe 3	190	222	283	317	17%	28%	12%	3 141	3 520	4 198	4 892	12%	19%	17%

## Conclusion

Dans le groupe de départements où les mesures renforcées ont été mises en place à partir du 20 mars 2021 (groupe 1), on observe en S13 une stabilisation du taux d'incidence des cas confirmés à un niveau très élevé (583/100 000 hab.) et, sous réserve de consolidation des données, une diminution de cet indicateur à partir du 1<sup>er</sup> avril 2021. Le ralentissement de la circulation virale observé pourrait correspondre aux effets bénéfiques associés aux restrictions renforcées effectives dès le 20 mars dans ce groupe de départements. En effet, il intervient environ 7 jours après leur mise en place, ce qui correspond au délai minimum nécessaire pour observer l'effet de telles mesures.

Pour les groupes 2 et 3, l'évolution des taux d'incidence semble elle aussi marquer le pas sur les derniers jours d'observation par rapport à la dynamique observée précédemment, avec un début de stabilisation sur les derniers jours (depuis le 1<sup>er</sup> avril), sous réserve de consolidation des données. Si elle se confirme dans les prochains jours, cette évolution serait en faveur d'un effet bénéfique pour le groupe 2 des mesures qui y ont été mises en œuvre dès le 27 mars. Pour le groupe 3, le ralentissement observé simultanément à celui observé dans le groupe 2 ne peut être directement lié aux mesures qui y ont été appliquées à compter du 03 avril. Cette évolution pourrait être en partie expliquée par un effet de résonance des mesures renforcées mises en œuvre antérieurement dans les groupes 1 et 2 et des campagnes de communication relayées au plan national.

La dynamique observée dans le groupe 1 est compatible avec l'hypothèse d'un effet bénéfique des mesures mises en place dans les départements concernés. L'évolution des indicateurs dans les prochains jours permettra d'observer si cette tendance est cohérente au sein des trois groupes de départements.

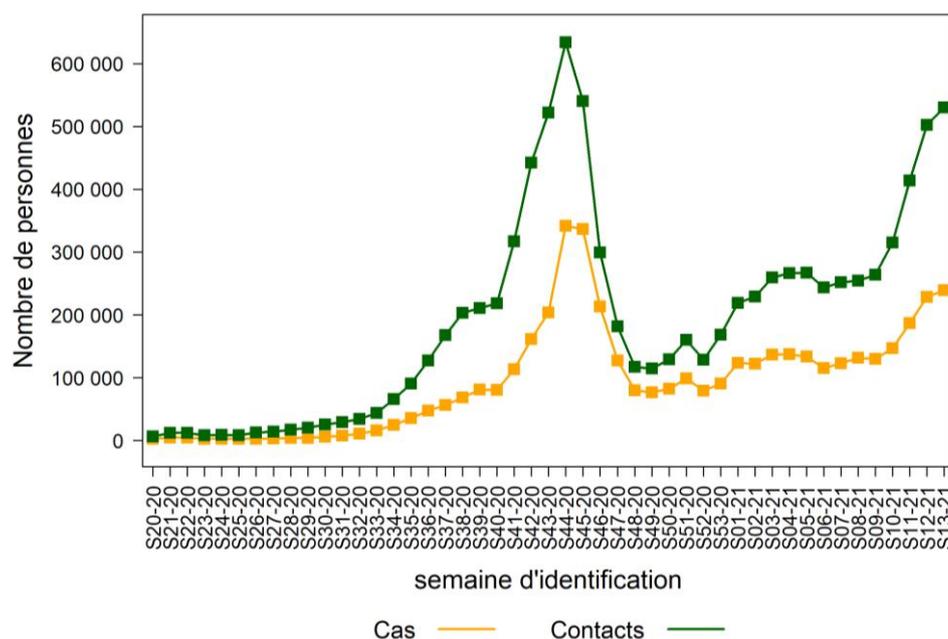
# ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

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. Les personnes-contacts identifiées dans ContactCovid peuvent être appelées, ou uniquement contactées via un SMS renvoyant vers une page Internet dédiée, contenant les informations utiles sur les mesures sanitaires à respecter et sur leurs droits. La [définition des contacts à risque](#) est disponible sur le site de Santé publique France.

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

- En semaine 13, le **nombre total de nouveaux cas et de personnes-contacts à risque a continué d'augmenter, mais de façon moins importante qu'en semaine 12** (238 956 cas, soit +4,5%, et 530 273 personnes-contacts, soit +5,6%) (Figure 15).
- Après une diminution depuis plusieurs semaines, **l'âge moyen des cas et des personnes-contacts à risque était similaire à celui de la semaine précédente** (38 ans pour les cas et 28 ans pour les personnes-contacts à risque). **Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus continuait de diminuer** pour la 5<sup>e</sup> semaine consécutive, s'établissant à 4,2% (contre 4,6% en S12).

Figure 15. Nombre de cas\* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine, du 13 mai 2020 au 04 avril 2021, France

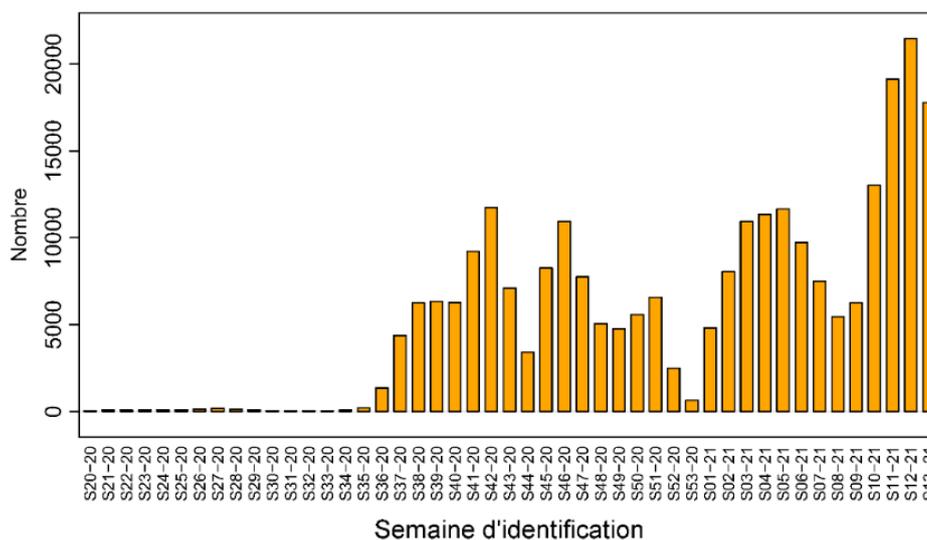


\* Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique. En raison des modalités du contact-tracing dans le département de Mayotte, les données de ContactCovid entre S02-2021 et S12-2021 n'incluent pas ce département.

Source : ContactCovid – Cnam

- 17 797 cas ayant eu un **lien avec le milieu scolaire** ont été rapportés en S13, soit -12,1% par rapport à S12 (Figure 16). 59% de ces cas étaient des adolescents âgés de 10 à 18 ans et 21% étaient âgés de plus de 18 ans.

Figure 16. Nombre de cas rapportés ayant fréquenté un milieu scolaire (avant ou après le début des signes), par semaine, du 13 mai 2020 au 04 avril 2021, France



Source : ContactCovid - Cnam

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

- En semaine 13, la **proportion de cas (95%) et de personnes-contacts à risque (88%) ayant pu être investigués par l'Assurance maladie est revenue à un niveau élevé par rapport aux semaines précédentes** (respectivement 88% et 85% en S12).
- 38% des personnes-contacts à risque ont été investiguées *via* le site Internet dédié (contre 35% en S12, 26% en S11 et 17% en S10), sans être appelées. Selon les régions, cette proportion variait de 2% (Mayotte) à 55% (Bretagne).

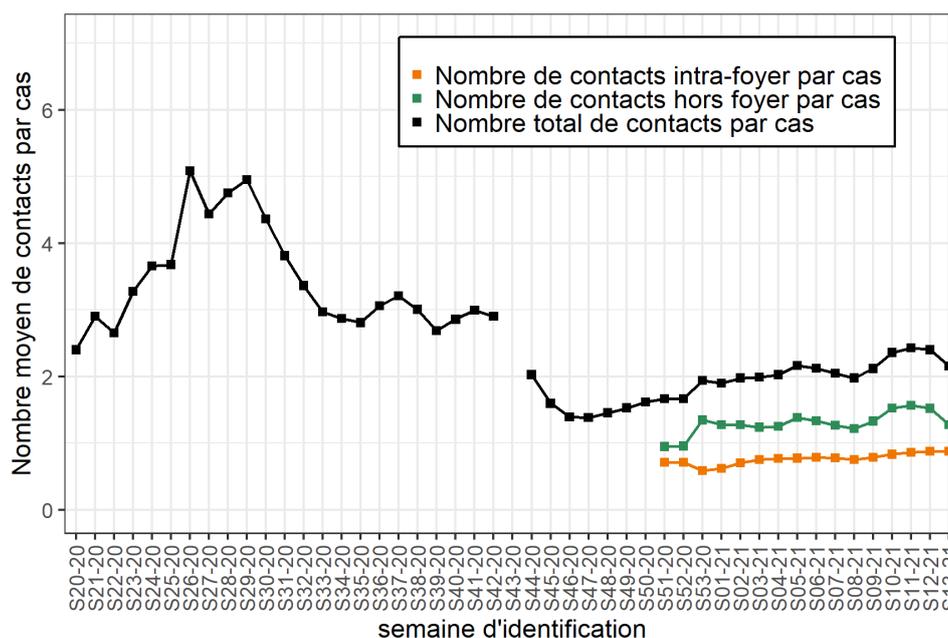
## ► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En semaine 13, 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 54,6% des cas), **le délai moyen de diagnostic était stable à 1,9 jour**. Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

## ► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- **En S13, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était stable à 2,2**, mais restait plus élevé que lors de la semaine de mise en place du deuxième confinement (2,0 en S44-2020) (Figure 17).
- Le pourcentage de cas ne rapportant aucune personne-contact à risque était stable à 41,1%. Cette situation représentait 64,8% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 35,3% des cas âgés de 15 à 44 ans.
- Par ailleurs, 10,0% des cas rapportaient plus de cinq personnes-contacts à risque (stable par rapport à S12). Cette situation représentait seulement 2,4% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 12,0% des cas âgés de 15 à 44 ans.
- Le délai entre l'identification d'une personne-contact à risque par l'Assurance maladie et le dernier contact de cette personne avec son cas index s'établissait à 3,0 jours en S13 (information disponible pour 75% des personnes-contacts à risque). Il était en augmentation pour la 3<sup>e</sup> semaine consécutive (délai de 2,4 jours en S10).
- Lorsqu'une personne-contact était contactée *via* le site Internet dédié plutôt que par téléphone, et qu'elle devenait ensuite un cas, elle avait en moyenne davantage de personnes-contacts à risque (1,8 contre 1,3), ce qui témoigne d'un isolement moins bien respecté.

**Figure 17. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas (intra-foyer, hors foyer et les deux confondus), par semaine, du 13 mai 2020 au 04 avril 2021, France**



Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020. Les données sur le caractère intra-foyer des contacts à risque ne sont estimables qu'à partir de S51-2020.

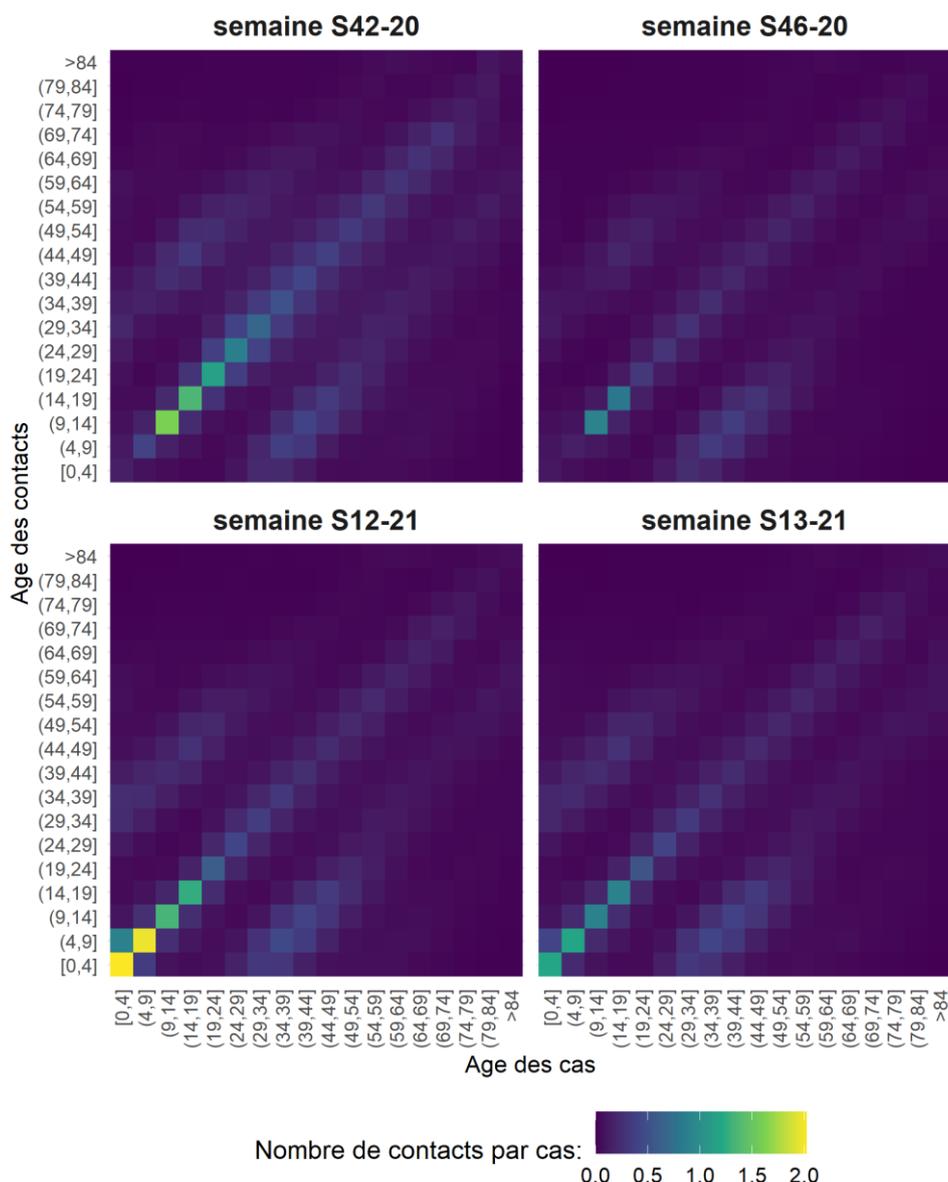
S13-2021 : valeur non consolidée.

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 (<6,2%). À l'inverse, 27,8% des personnes-contacts des cas de plus de 65 ans avaient elles-mêmes plus de 65 ans.
- En S13, pour toutes les classes d'âge de cas et de personnes-contacts, le nombre de contacts à risque était globalement stable par rapport à S12 (Figure 18). La diminution apparente des contacts à risque entre personnes de moins de 19 ans en S12 s'explique en partie par un délai plus long de consolidation des données dans cette classe d'âge.

**Figure 18. 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), 12 et 13-2021, 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.

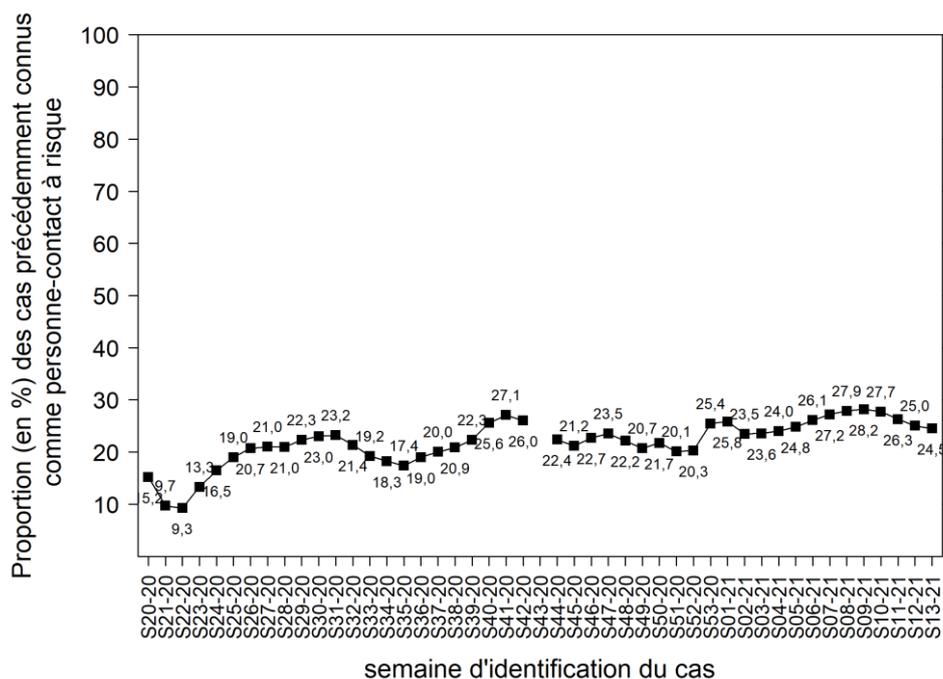
Source : ContactCovid – Cnam

## ► 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 diminuait pour la 4<sup>e</sup> semaine consécutive** (24,5% en S13 contre 28,2% en S09 ; Figure 19).

- La **proportion des personnes-contacts devenues des cas était également en diminution** à 10,6% (personnes-contacts identifiées en S12, valeur non consolidée), contre 12,6% en S11 et 14,4% en S10 (valeurs consolidées). Ce nombre était près de **deux fois plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques** (12,4%) que de cas asymptomatiques (6,7%), et **lorsque leur cas index appartenait au même foyer qu'elles** (18,0%) que lorsque cela n'était pas le cas (6,2%).

Figure 19. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 04 avril 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

- Le **pourcentage de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence habituelle était en diminution pour la 4<sup>e</sup> semaine consécutive** (2,1% en S13 contre 4,9% en S09).

- En S13, le pourcentage de cas ayant voyagé hors de France est resté stable (0,7% contre 0,6% en S12).

# 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, les données de mortalité en ESMS sont incomplètes pour la semaine 11 et sont surestimées en semaine 12, suite à un rattrapage de saisie des signalements.

- Du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 04 avril 2021, **29 782** signalements d'un ou plusieurs cas de COVID-19 biologiquement confirmés ou non ont été déclarés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à Santé publique France *via* le [portail national des signalements](#) du ministère de la Santé (Tableau 3).
- Il s'agissait de **18 014 (60%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (Ehpad et autres EHPA) **et 11 768 (40%) dans les autres ESMS** (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 3).
- Parmi les 29 782 signalements en ESMS, **203 438 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents (Tableau 3). Parmi les **26 093 décès survenus dans les établissements**, 25 798 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

**Tableau 3. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'ESMS, chez les résidents et le personnel, rapportés entre le 1<sup>er</sup> mars 2020 et le 04 avril 2021, France**

		EHPA <sup>1</sup>	HPH <sup>2</sup>	Aide enfance <sup>3</sup>	Autres <sup>4</sup>	Total
	Signalements <sup>5</sup>	<b>18 014</b>	8 545	1 097	2 126	<b>29 782</b>
<b>Chez les résidents</b>	Cas confirmés <sup>6</sup>	172 812	24 810	1 436	4 380	<b>203 438</b>
	Décès <sup>7</sup> hôpitaux	10 288	488	0	118	10 894
	Décès <sup>7</sup> établissements	25 798	247	0	48	<b>26 093</b>
<b>Chez le personnel</b>	Cas confirmés <sup>6</sup>	85 299	18 484	1 489	1 943	107 215

<sup>1</sup> Établissement d'hébergement pour personnes âgées

<sup>2</sup> Établissement d'hébergement pour personnes handicapées

<sup>3</sup> Établissement de l'Aide sociale à l'enfance

<sup>4</sup> Autres établissements

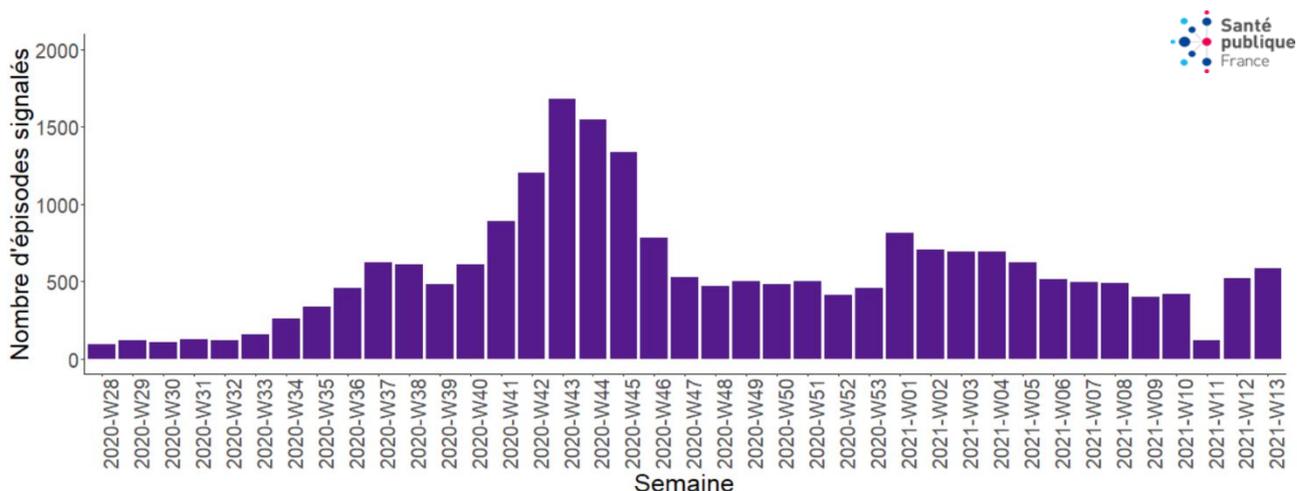
<sup>5</sup> Signalement d'au moins un cas de COVID-19 confirmé ou possible

<sup>6</sup> Cas de COVID-19 biologiquement confirmés

<sup>7</sup> Cas possibles et confirmés décédés

- **De la semaine 05 à la semaine 11-2021, une diminution du nombre de signalements a été observée.** En semaines 12 et 13, 520 et 581 signalements ont été enregistrés, respectivement (vs 416 en semaine 10). À noter que les données de la semaine 13 ne sont pas consolidées et un **rattrapage de saisie** pourrait expliquer la **tendance à la hausse observée au cours de ces deux dernières semaines** (Figure 20).

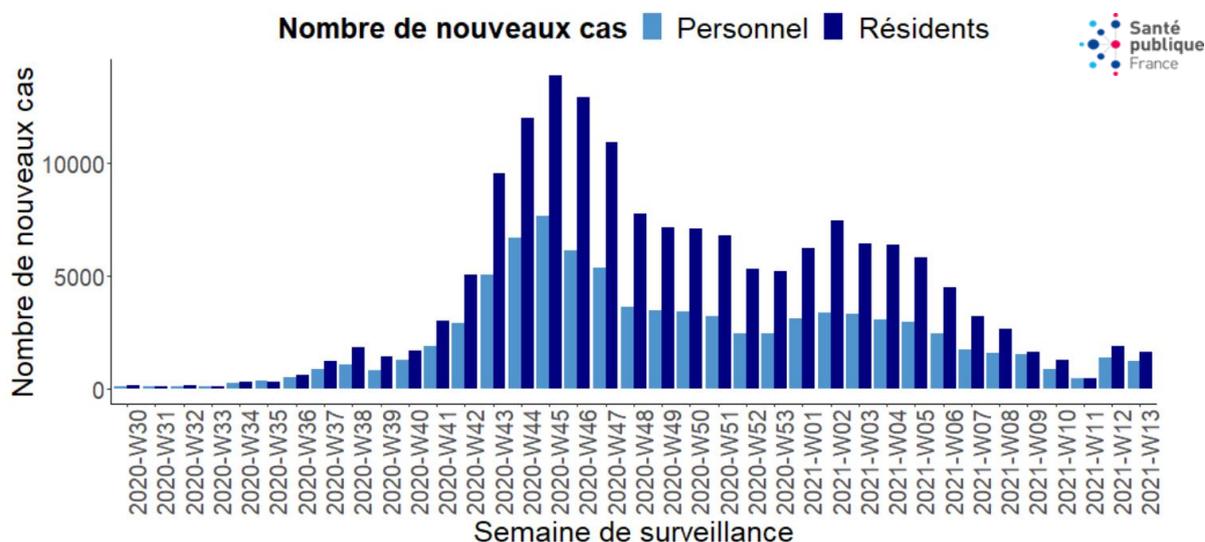
Figure 20. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 en ESMS, par date de début des signes du premier cas, entre le 06 juillet 2020 et le 04 avril 2021, France



S12 : rattrapage d'une sous-déclaration des épisodes en S11 en raison du déploiement de la nouvelle application.  
 S13 : données non consolidées.

● Le nombre de cas confirmés a augmenté en semaines 01 et 02-2021 puis s'est stabilisé autour de 9 300 cas jusqu'à début février. **Depuis la semaine 06, le nombre de cas confirmés est en diminution.** En semaine 12 et 13-2021, 3 193 et 2 847 cas ont été enregistrés, respectivement. À noter que les données de la semaine 13-2021 ne sont pas consolidées (Figure 21).

Figure 21. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 04 avril 2021, France

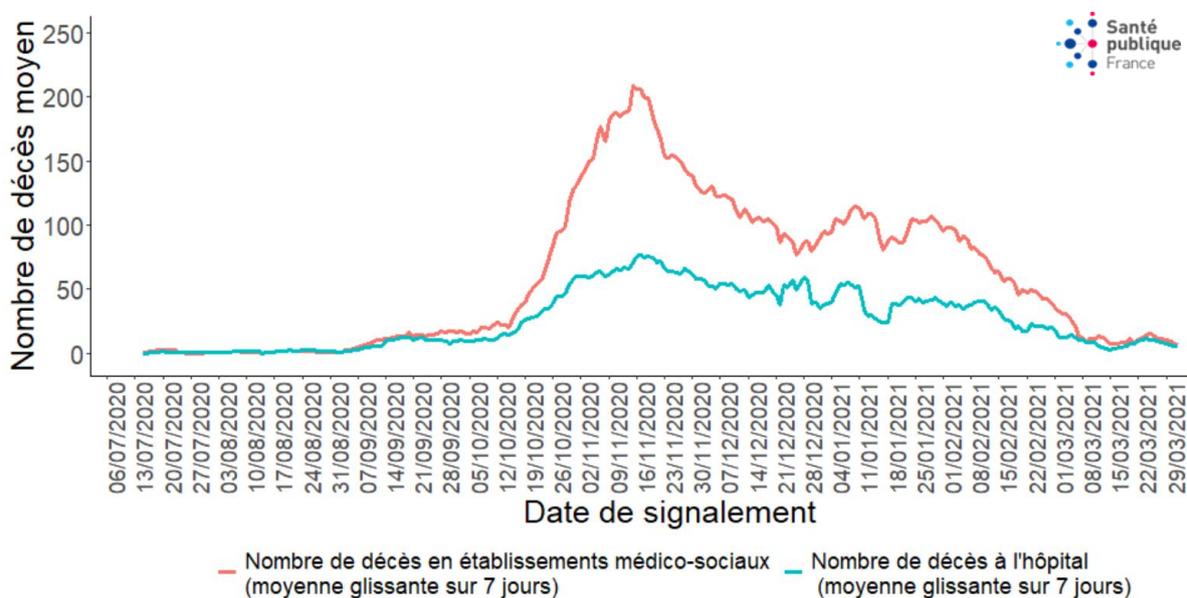


S12 : rattrapage d'une sous-déclaration des cas en S11 en raison du déploiement de la nouvelle application.  
 S13 : données non consolidées.

● Une diminution du nombre de décès en établissement est observée depuis la semaine 05-2021. En semaine 13, 47 décès ont été enregistrés (données non consolidées).

● Le nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès dans l'ensemble des ESMS semble se stabiliser pour les décès en établissement et ceux à l'hôpital depuis plusieurs semaines (Figure 22).

Figure 22. Nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents en ESMS, par date de signalement du décès, rapportés entre le 15 juillet 2020 et le 04 avril 2021, France\*



\*Dernières données de décès le 1<sup>er</sup> avril 2021 pour l'estimation de la moyenne glissante sur 7 jours.

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **431 108 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 06 avril 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période) (Figure 23).

- **En semaine 13 (du 29 mars au 04 avril 2021), 12 776 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (vs 11 810 passages en S12, soit +8%). Ce chiffre était **en hausse pour la quatrième semaine consécutive** (+21% en S12 et +18% en S11) (Figure 23).

- La part d'activité (4,5% en S13 vs 4,2% en S12) ainsi que le nombre d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 (54% en S13 et S12) étaient stables.

- Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en hausse chez les 15-74 ans (+10%, soit +907 passages) et les 75 ans et plus (+4%, soit +91 passages) tandis qu'il était en baisse chez les enfants (-11% soit -33 passages).

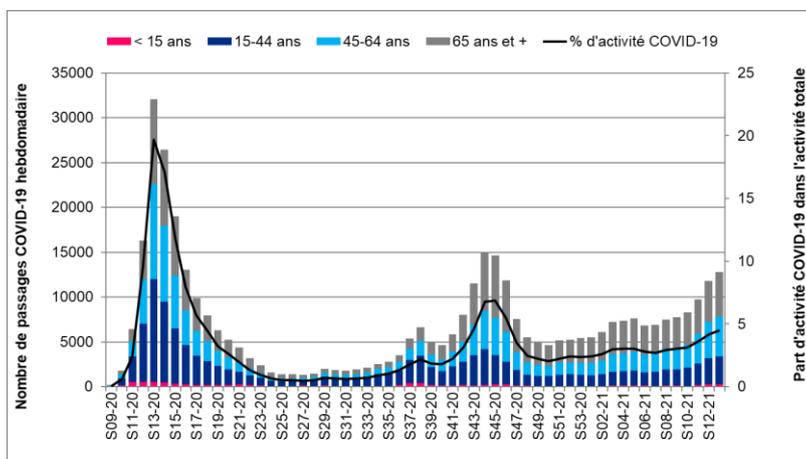
La **répartition du nombre de passages par classe d'âge** restait néanmoins **comparable à la semaine précédente** : 0-4 ans (1%), 5-14 ans (1%), 15-44 ans (25%), 45-64 ans (35%), 65-74 ans (18%), 75 ans et plus (20%) (Figure 23).

- **Au niveau régional**, les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 étaient en hausse dans toutes les régions à l'exception de la Bretagne, la Corse, les Hauts-de-France et les Pays de la Loire. Les hausses les plus marquées étaient observées en Auvergne-Rhône-Alpes (+21%, soit +293 passages), Provence-Alpes-Côte d'Azur (+14%, soit +191 passages), Grand Est (+12%, soit +113 passages), Normandie (+23%, soit +80 passages) et Nouvelle-Aquitaine (+14%, soit +73 passages). En Outre-mer, les passages étaient en hausse en Guadeloupe (+31%, soit +18 passages) et en Guyane (+70%, soit +14 passages), stables à Mayotte et en baisse à La Réunion.

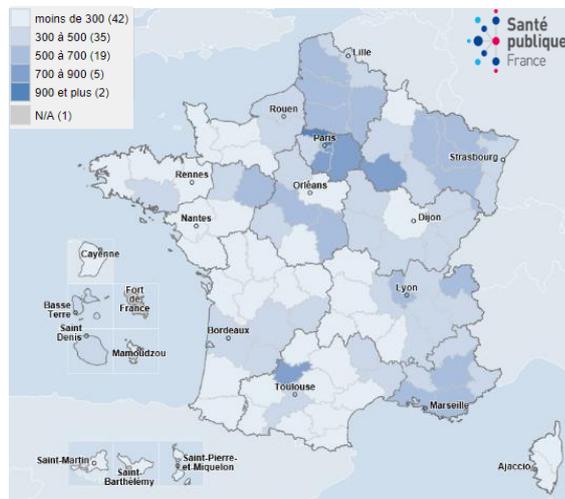
- En semaine 13, comme au cours des semaines précédentes, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, **la majorité était enregistrée en Île-de-France (30%)**, Auvergne-Rhône-Alpes (13%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (12%) et Hauts-de-France (9%).

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

Figure 24. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 13-2021, France



Source : OSCOUR®



Source : OSCOUR®

Pour en savoir + sur les données OSCOUR® consulter [GEODES](#)

# NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

Le nombre de reproduction  $R$  (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori<sup>1</sup>, 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<sup>®</sup>) 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 significativement **supérieures à 1 à partir de deux sources de données**. Au 03 avril 2021, l'estimation était de **1,08** (IC95% [1,08-1,09]) à partir des données virologiques (SI-DEP) et de **1,11** (IC95% [1,09-1,13]) à partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (OSCOUR<sup>®</sup>).

En revanche, au 04 avril 2021, l'estimation du nombre de reproduction à partir des **données d'hospitalisation pour COVID-19** (SI-VIC) était de 0,97 (IC95% [0,95-0,99]), significativement inférieure à 1 (Tableau 4 et Figure 25). Cette estimation est à prendre avec précaution, le nombre de déclarations par les hôpitaux enregistrées le lundi 05 avril (férié) pour les jours précédents étant plus faible qu'habituellement.

## ► Régions métropolitaines

- Au 03 avril 2021, les estimations des nombres de reproduction à partir des **données virologiques** SI-DEP étaient significativement supérieures à 1 dans toutes les régions métropolitaines, à l'exception de la Corse où l'estimation était supérieure à 1, mais de façon non significative (Tableau 4).

- À partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (OSCOUR<sup>®</sup>), au 03 avril, les estimations des nombres de reproduction étaient également supérieures à 1 significativement dans neuf régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Île-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Pour les régions Corse, Hauts-de-France et Pays de la Loire, les estimations étaient non significativement supérieures à 1.

- **Les estimations des nombres de reproduction obtenues à partir des deux sources de données (SI-DEP et OSCOUR<sup>®</sup>) étaient significativement supérieures à 1 dans neuf régions métropolitaines :** Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Île-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

- À partir des **hospitalisations de patients COVID-19** rapportées dans SI-VIC, les estimations des nombres de reproduction au 04 avril étaient supérieures à 1 mais de façon non significative dans sept régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Occitanie et Pays de la Loire.

## ► Régions d'outre-mer

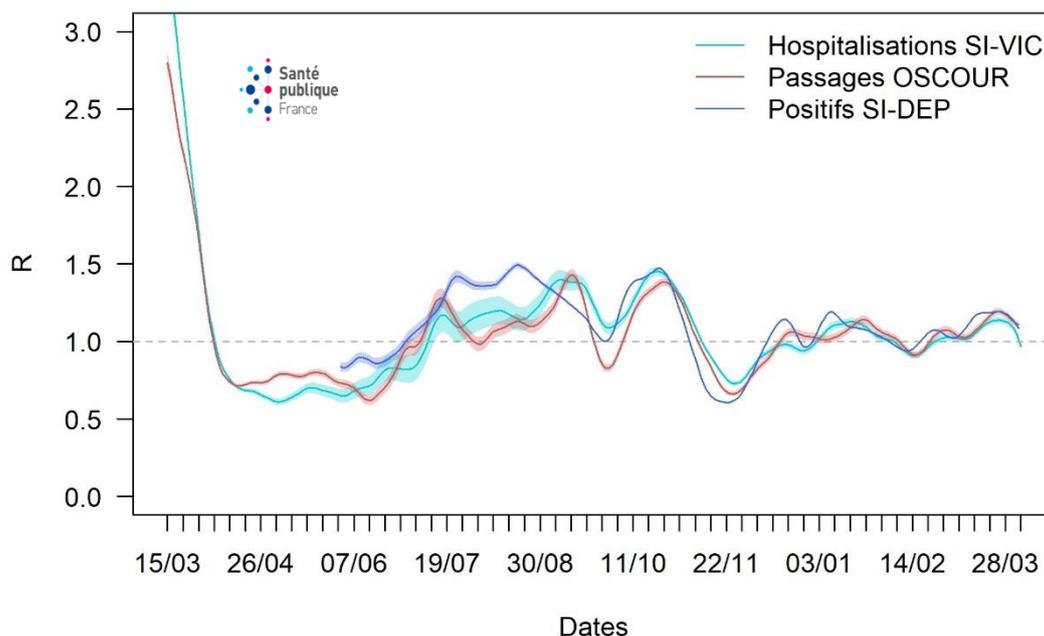
- Au 03 avril, les estimations du nombre de reproduction étaient **significativement supérieures à 1 en Guyane et en Martinique** à partir des données virologiques SI-DEP, en Guyane à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR<sup>®</sup>) et en Martinique à partir des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC (Tableau 4).

- Le nombre de reproduction estimé excédait 1 mais non significativement en Guadeloupe à partir des données virologiques (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR<sup>®</sup>).

- Le nombre de reproduction estimé par les trois sources de données à la Réunion était inférieur à 1 mais non significativement.

[1] Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying reproduction numbers during epidemics. *Am J Epidemiol* 2013;178:1505-12.

Figure 25. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP), des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), du 15 mars 2020 au 04 avril 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 4. Nombre de reproduction effectif du 03 avril 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 04 avril 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	1,15 (1,14-1,17)	1,21 (1,15-1,27)	1,01 (0,96-1,07)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,19 (1,16-1,21)	1,13 (1,04-1,23)	1,06 (0,97-1,15)
	Bretagne	1,12 (1,09-1,14)	0,99 (0,88-1,12)	1,00 (0,89-1,12)
	Centre-Val de Loire	1,14 (1,12-1,16)	1,15 (1,04-1,27)	1,09 (0,98-1,19)
	Corse	1,03 (0,94-1,12)	1,16 (0,80-1,59)	0,94 (0,65-1,28)
	Grand Est	1,08 (1,06-1,09)	1,13 (1,06-1,20)	1,03 (0,96-1,09)
	Hauts-de-France	1,01 (1,00-1,02)	1,05 (0,99-1,11)	0,86 (0,81-0,91)
	Île-de-France	1,03 (1,02-1,03)	1,07 (1,03-1,10)	0,94 (0,91-0,98)
	Normandie	1,07 (1,05-1,09)	1,12 (1,01-1,23)	0,96 (0,88-1,04)
	Nouvelle-Aquitaine	1,16 (1,14-1,18)	1,15 (1,06-1,24)	0,88 (0,79-0,97)
	Occitanie	1,17 (1,15-1,19)	1,10 (1,02-1,18)	1,03 (0,95-1,10)
	Pays de la Loire	1,19 (1,17-1,21)	1,05 (0,95-1,15)	1,04 (0,95-1,14)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,10 (1,08-1,11)	1,15 (1,09-1,20)	0,97 (0,91-1,02)
	<b>France métropolitaine</b>	<b>1,08 (1,08-1,09)</b>	<b>1,11 (1,09-1,13)</b>	<b>0,97 (0,95-0,99)</b>
France ultramarine	Guadeloupe	1,01 (0,91-1,11)	1,25 (0,97-1,56)	0,78 (0,51-1,11)
	Guyane	1,45 (1,27-1,63)	1,64 (1,14-2,23)	0,81 (0,40-1,34)
	La Réunion	0,98 (0,92-1,04)	0,97 (0,79-1,17)	0,96 (0,76-1,19)
	Martinique	1,17 (1,09-1,26)	NA	1,71 (1,36-2,09)
	Mayotte	0,76 (0,65-0,88)	NC	NC

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.

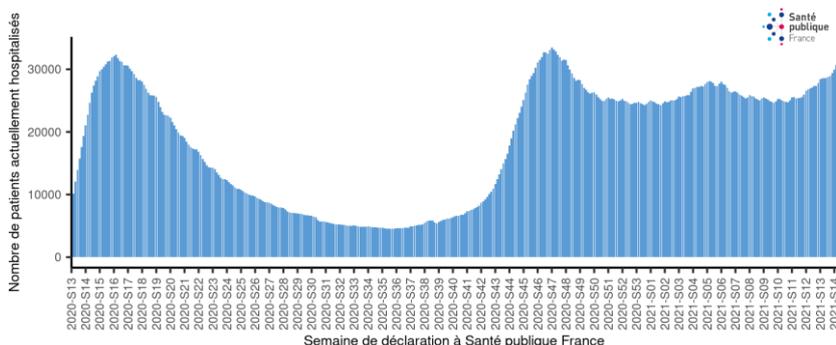
Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en services de soins critiques ou le décès d'un patient COVID-19 et la date de déclaration ou de mise à jour du statut du patient dans le système SI-VIC est fréquent. Les données par dates d'admission et de décès nécessitant en moyenne une semaine de consolidation, 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

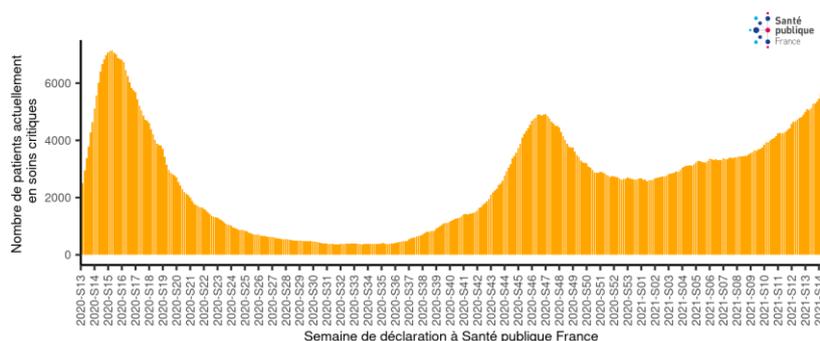
- Le 06 avril 2021, **30 700 patients COVID-19 étaient hospitalisés en France** (vs **28 570** le 30 mars, soit +7%) (Figure 26), dont :
  - **5 644 en services de soins critiques** (vs **5 090** le 30 mars, soit +11%) (Figure 27). Parmi ceux-ci, **4 252** étaient en services de **réanimation** et 1 392 dans d'autres services de soins critiques (soins intensifs ou soins continus) ;
  - **17 260** en hospitalisation conventionnelle (soit +9%) ;
  - **7 264** en soins de suite et réadaptation et **532** en autres unités de soins.

Figure 26. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 06 avril 2021)



Source : SI-VIC

Figure 27. Nombre de patients COVID-19 en services de soins critiques, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 06 avril 2021)



Source : SI-VIC

- Parmi les **403 592 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020 (Tableau 5) :
  - L'âge médian des patients était de 73 ans et 52% étaient des hommes ;
  - **71 208** patients sont décédés : 75% étaient âgés de 75 ans et plus et 58% étaient des hommes.

**Tableau 5. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en services de soins critiques) le 06 avril 2021 et nombre de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020, par classe d'âge et par région, France**

	Le 6 avril 2021				Depuis le 1 <sup>er</sup> mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Soins Critiques		Décès	
	N	%	N	%	N	%
<b>Total</b>	<b>30 700</b>		<b>5 644</b>		<b>71 208</b>	
<b>Classes d'âge *</b>						
<b>Total</b>	<b>30 441</b>		<b>5 591</b>		<b>70 827</b>	
0-14 ans	83	<1	9	<1	5	<1
15-44 ans	1 893	6	404	7	485	<1
45-64 ans	7 113	23	2 111	38	5 580	8
65-74 ans	7 379	24	2 123	38	11 822	17
75 et +	13 973	46	944	17	52 935	75
<b>Régions *</b>						
<b>Total</b>	<b>30 639</b>		<b>5 626</b>		<b>71 180</b>	
<b>Métropole</b>						
Auvergne-Rhône-Alpes	3 745	12	630	11	10 131	14
Bourgogne-Franche-Comté	1 360	4	181	3	4 186	6
Bretagne	809	3	119	2	1 360	2
Centre-Val de Loire	1 113	4	187	3	2 279	3
Corse	96	<1	16	<1	171	<1
Grand Est	2 722	9	483	9	9 015	13
Hauts-de-France	3 637	12	684	12	7 474	11
Île-de-France	7 850	26	1 660	30	17 169	24
Normandie	1 583	5	214	4	2 697	4
Nouvelle-Aquitaine	1 258	4	255	5	3 213	5
Occitanie	1 841	6	395	7	3 692	5
Pays de la Loire	915	3	134	2	2 323	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 311	11	558	10	6 865	10
<b>Outre-mer</b>						
La Réunion	174	<1	55	<1	132	<1
Martinique	104	<1	23	<1	57	<1
Mayotte	22	<1	8	<1	124	<1
Guadeloupe	79	<1	16	<1	202	<1
Guyane	20	<1	8	<1	90	<1

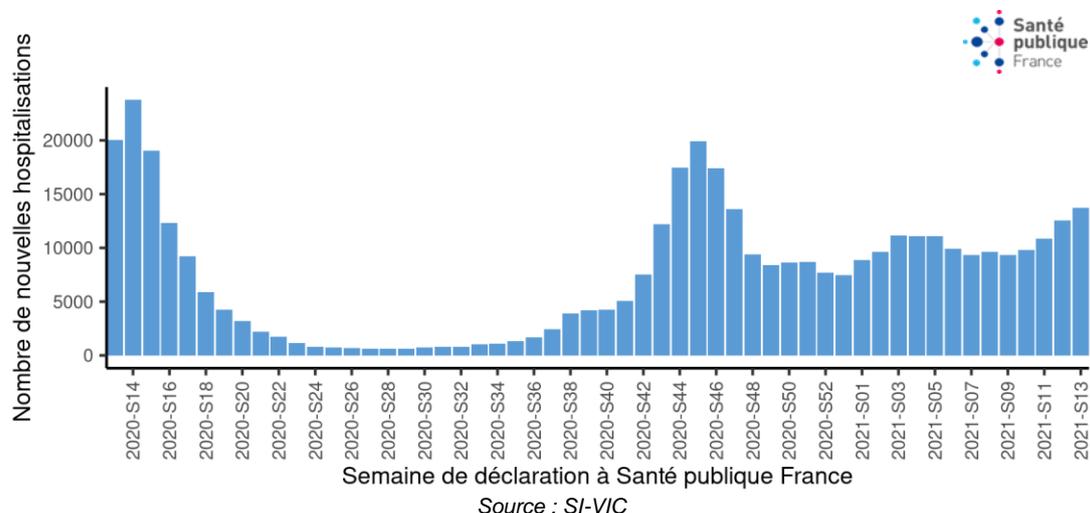
\* L'information sur l'âge ou sur la région n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Source : SI-VIC

## Nouvelles hospitalisations et nouveaux décès

● L'augmentation des **déclarations de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19** observée depuis S10 s'est poursuivie en S13 : **13 717** en S13 contre **12 572** en S12, soit **+9%** (Figure 28). En S13, 90% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

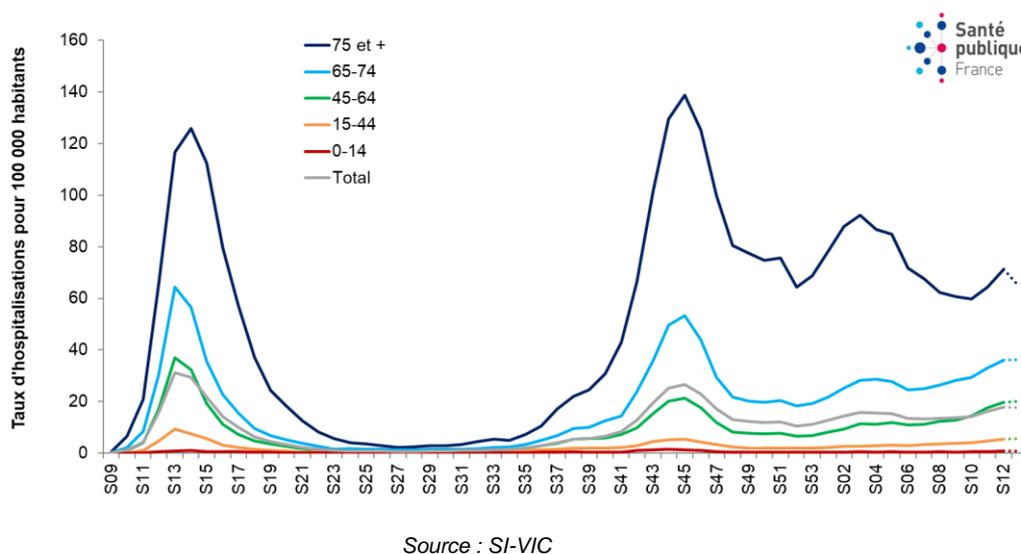
**Figure 28. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 04 avril 2021)**



● Après consolidation, les **données par date d'admission à l'hôpital** montrent que le nombre de nouvelles hospitalisations avait continué d'augmenter en S12 (+11% par rapport à S11). Les données de S13 ne sont pas encore consolidées (-2% par rapport à S12).

● Le taux d'hospitalisation 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 S12. **Chez les 75 ans et plus**, il avait nettement **diminué** entre **S03 et S10** (de 92,2 pour 100 000 en S03 à 59,9 en S10) et a de nouveau **augmenté** en **S11 et S12** (71,2 en S12). Les données de S13 ne sont pas encore consolidées (Figure 29).

**Figure 29. 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 06 avril 2021)**



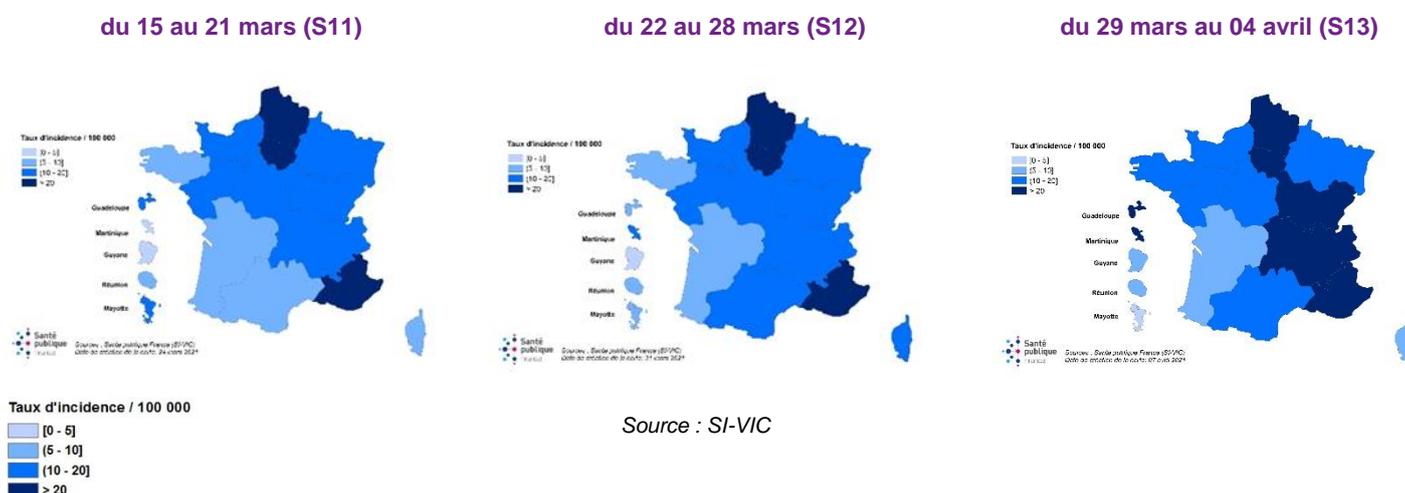
- En S13, le **taux hebdomadaire** d'hospitalisation par date de déclaration était de **20,5/100 000 habitants** contre **18,7** en S12.

- En France métropolitaine, le **taux hebdomadaire d'hospitalisation** était en augmentation dans toutes les régions sauf en Corse. Les plus fortes augmentations étaient observées en **Bourgogne-Franche-Comté (+35%)**, **Pays de la Loire (+28%)** et **Auvergne-Rhône-Alpes (+20%)**.

- Les **taux d'hospitalisation les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Île-de-France (30,8/100 000 habitants)**, **Provence-Alpes-Côte d'Azur (27,8)**, **Hauts-de-France (26,8)**, **Bourgogne-Franche-Comté (22,3)** et **Auvergne-Rhône-Alpes (20,9)**. Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 20 pour 100 000 habitants (Figure 30).

- En Outre-mer, les plus fort taux d'hospitalisations en S13 étaient observés en Guadeloupe (21,0/100 000 habitants) et en Martinique (20,6), en forte hausse par rapport à S12 (+147%, soit +47 hospitalisations en Guadeloupe et +106%, soit +38 hospitalisations en Martinique). Le taux d'hospitalisations était aussi en hausse en Guyane (+3 hospitalisations). Il était en diminution à Mayotte (-3 hospitalisations) et stable à La Réunion.

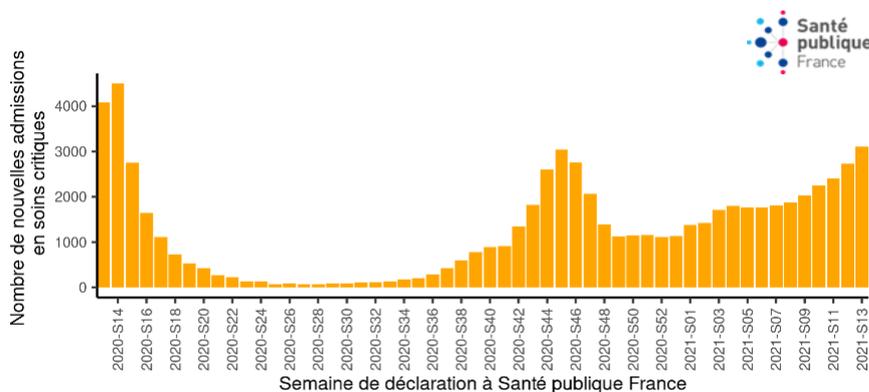
**Figure 30. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisation de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 08 mars au 04 avril 2021 (S11 à S13, date de déclaration), France**



- 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 S13 : **3 109** en S13 contre **2 732** en S12, soit **+14%** (Figure 31). Parmi ceux-ci :

- **97%** des patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19 ;
- le nombre de nouvelles déclarations d'admissions en services de réanimation était de 2 091 (vs 1 890 en S12, soit +11%).

**Figure 31. 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 04 avril 2021)**

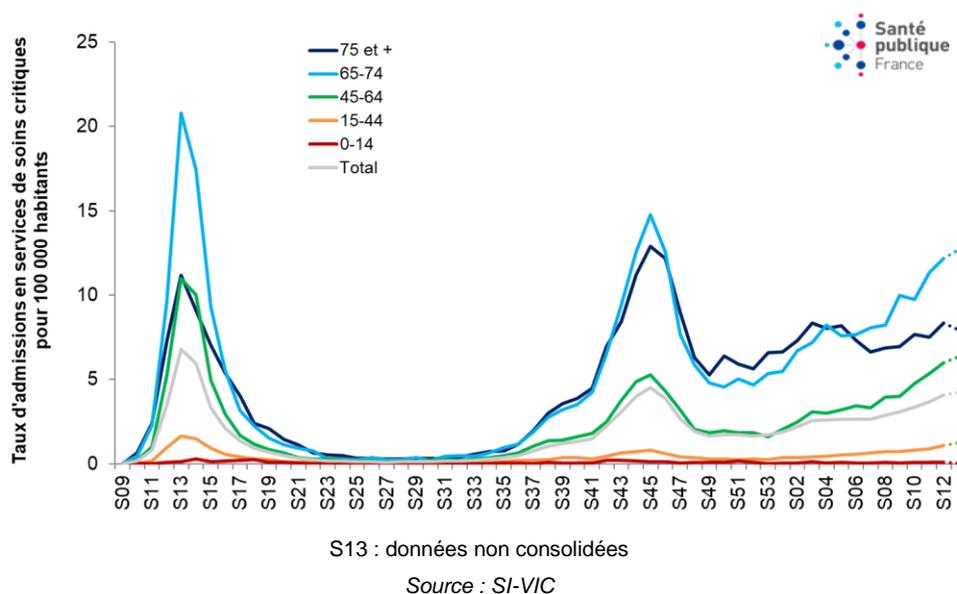


- Après consolidation, les **données par date d'admission en services de soins critiques** montrent que le nombre de nouvelles admissions avait continué d'augmenter en S12 (+11% par rapport à S11). Malgré la non-consolidation des données en S13, on note une augmentation de +4% entre S12 et S13.

- Chez les **75 ans et plus**, après une **diminution entre S03 et S07 des taux d'admission en soins critiques** par date d'admission, une **augmentation** était observée **entre S07 et S12** (de 6,6 en S07 à 8,4 en S12 ; données non consolidées en S13).

Dans les autres classes d'âge de 15 ans à 74 ans, une **augmentation** des taux d'admission en soins critiques est observée **depuis la semaine 03** (Figure 32).

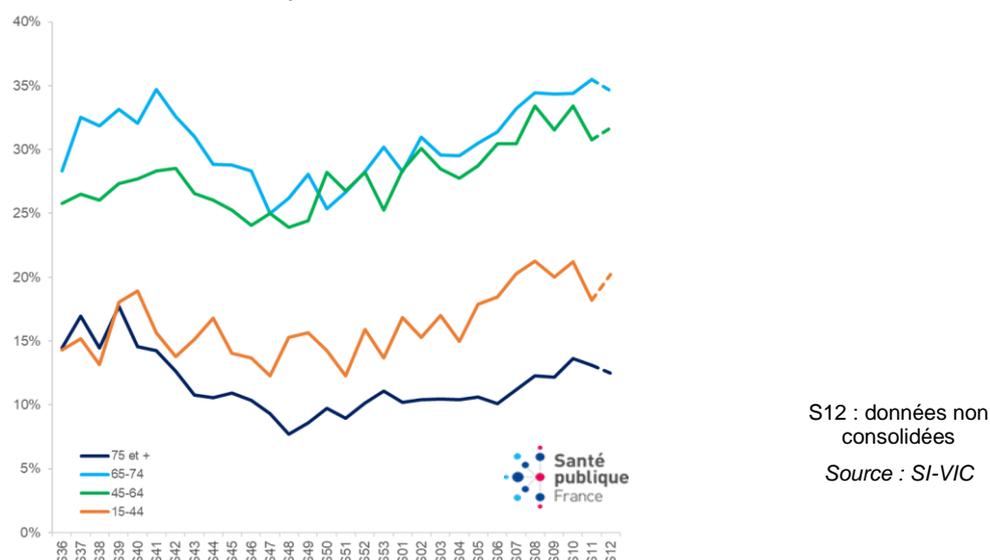
**Figure 32. Taux d'admission hebdomadaires de patients COVID-19 en services de soins critiques par classe d'âge selon la date d'admission, depuis le 02 mars 2020, France (données au 06 avril 2021)**



- 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 pourrait témoigner d'une plus grande sévérité des cas. L'augmentation tend à se stabiliser chez les 15-74 ans depuis S08 (Figure 33). Sur cette figure, du fait du délai de quelques jours entre l'hospitalisation et l'admission en services de soins critiques, les données de S12 ne sont pas encore consolidées.

- **La moitié des patients** admis en services de soins critiques ont été **directement admis**, sans hospitalisation conventionnelle préalable. **Cette proportion est similaire pour toutes les classes d'âges**.

**Figure 33. Évolution hebdomadaire de la proportion (%) de patients hospitalisés en services conventionnels qui ont été transférés (ou directement admis) en service de soins critiques, par classe d'âge, entre les semaines 36-2020 et 12-2021, France (données au 06 avril 2021)**

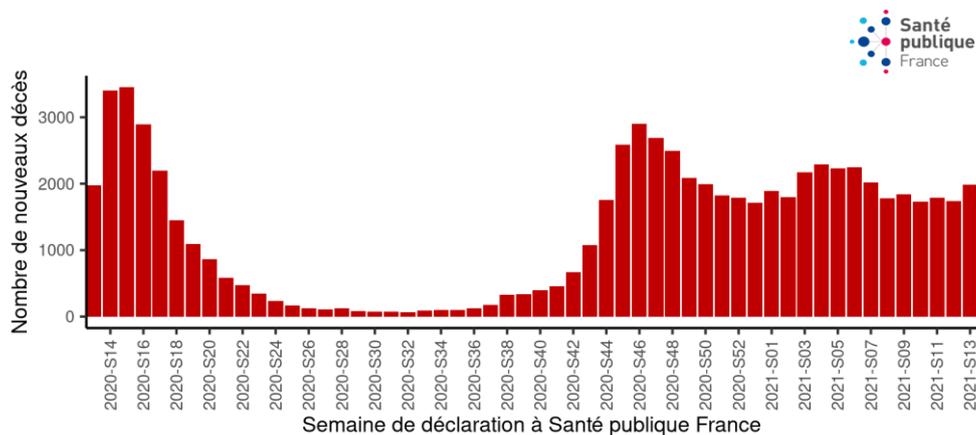




- Après une stabilisation entre S08 et S12, le nombre de **déclarations de décès** de patients COVID-19 survenus au cours d'une hospitalisation a augmenté en S13 : **1 985** décès en S13 contre **1 738** en S12 (soit +14%) (Figure 35). En S13, 89% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

- Après consolidation, les **données par date de survenue du décès à l'hôpital** montrent que le nombre de décès **s'est stabilisé** en S12 (-3% par rapport à S11). Malgré la non-consolidation des données en S13, on note une augmentation de +8% entre S12 et S13.

**Figure 35. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 04 avril 2021)**



Source : SI-VIC

- Le **taux hebdomadaire** de décès de patients COVID-19 était de **3,0/100 000 habitants** en S13, contre 2,6 en S12.

- Le **taux hebdomadaire de décès** en S13 était en **augmentation** en **Bourgogne-Franche-Comté** (+80%), **Occitanie** (+69%), **Pays de la Loire** (+46%), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (+22%), **Hauts-de-France** (+16%), **Île-de-France** (+16%) et **Auvergne-Rhône-Alpes** (+12%). 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 **Hauts-de-France** (4,5 pour 100 000 habitants), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (4,4) et **Île-de-France** (4,1). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 3,7 pour 100 000 habitants.

- **En Outre-mer, les plus forts taux hebdomadaires de décès** en S13 étaient observés à **Mayotte**, en augmentation par rapport à S12 (2,5 en S13 vs 0,4 en S12, soit +6 décès) et en **Guadeloupe** (2,1 en S13 vs 1,3 en S12 soit + 3 décès). Il était en **diminution** à **La Réunion** (0,9 en S13 vs 1,6 en S12 soit -6 décès). Il était stable dans les autres régions d'outre-mer.

## ► 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 06 avril 2021, parmi les **9 698 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 66 ans** (IIQ : [57-73]) ( $p < 0,001$ ). **La proportion de patients âgés de 65 ans et plus a diminué de façon significative** (63% vs 55%,  $p < 0,001$ ). Au total, 131 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** ( $p < 0,05$ ). Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient, **pour les deux périodes, l'hypertension artérielle, l'obésité** ( $IMC \geq 30 \text{kg.m}^{-2}$ ) **et le diabète** (Tableau 6).

- Parmi les 7 498 patients pour lesquels l'information était renseignée, **47% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour**. Cette proportion restait comparable entre les deux périodes. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 7 796 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/ECCO<sub>2</sub>R) au cours de leur séjour en réanimation**. La proportion de patients ayant bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit au cours du séjour en réanimation a augmenté en janvier-mars 2021 par rapport à septembre-décembre 2020 (49% vs 43%). Inversement, la proportion de patients ayant nécessité une ventilation invasive a diminué (45% vs 39%). Il est à noter toutefois que les données ne sont pas encore consolidées, notamment pour les signalements les plus récents. Par conséquent, ces indicateurs sont susceptibles d'être modifiés pour la période la plus récente.

- **1 873 décès** ont été rapportés à ce jour (dont 10 professionnels de santé) : 1 178 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 et 695 parmi les patients admis en janvier-mars 2021. **L'âge médian des personnes décédées était de 73 ans** (IIQ : [67-78]) ; **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** (37%). 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 06 avril 2021, **5 833 sorties de réanimation** ont été rapportées, 3 348 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 et 2 485 parmi ceux admis en janvier-mars 2021.

Tableau 6. Âge et comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 06 avril 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France

Classe d'âge	Septembre-Décembre 2020 (n=5 092)		Janvier-mars 2021 (n=4 606)	
	n	%	n	%
0-14 ans	11	<1	15	<1
15-44 ans	284	6	340	7
45-64 ans	1 584	31	1 684	37
65-74 ans	1 912	38	1 628	36
75 ans et +	1 280	25	906	20
Non renseigné	21		33	
Comorbidités <sup>1</sup>	n	% <sup>2</sup>	n	% <sup>2</sup>
<b>Aucune</b>	551	11	575	13
<b>Au moins une comorbidité</b>	4 411	89	3 892	87
Hypertension artérielle	2 274	46	2 067	46
Obésité (IMC>=30) <sup>3</sup>	2 007	45	1 963	47
Diabète	1 565	32	1 262	28
Pathologie cardiaque	1 246	25	1 006	23
Pathologie pulmonaire	1 057	21	895	20
Pathologie rénale	442	9	370	8
Immunodépression	378	8	239	5
Cancer	361	7	281	6
Pathologie neuromusculaire	164	3	162	4
Pathologie hépatique	119	2	94	2
Autre	786	16	582	13
<b>Non renseigné</b>	130		139	

<sup>1</sup> Un patient peut présenter plusieurs comorbidités parmi celles listées dans le tableau.

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

<sup>3</sup> La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients dont l'IMC est renseigné (n=4 449 sur la période septembre-décembre 2020 et n=4 142 sur la période janvier-mars 2021).

# SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

## ► Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

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 sont incomplètes pour la semaine 11 et sont surestimées en semaine 12, suite à un rattrapage de saisie des signalements.**

- Entre le 1<sup>er</sup> mars 2020 et le 06 avril 2021, **97 301 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **71 208 décès** sont survenus au cours d'une hospitalisation et **26 093 décès** en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 04 avril 2021).

- **93% des cas de COVID-19 décédés étaient âgés de 65 ans ou plus.**

- Au niveau national, **le nombre hebdomadaire de décès était stable en semaine 12**, avec 1 842 décès contre 1 832 en S11 (+0,5%, données surestimées en S12 pour les ESMS). En semaine 13, bien que les données ne soient pas encore consolidées, une augmentation du nombre de décès était observée (2 032 décès en S13, soit +10% par rapport à S12).

- En ESMS : les données en S12 étant surestimées, les tendances ne peuvent pas être interprétées.

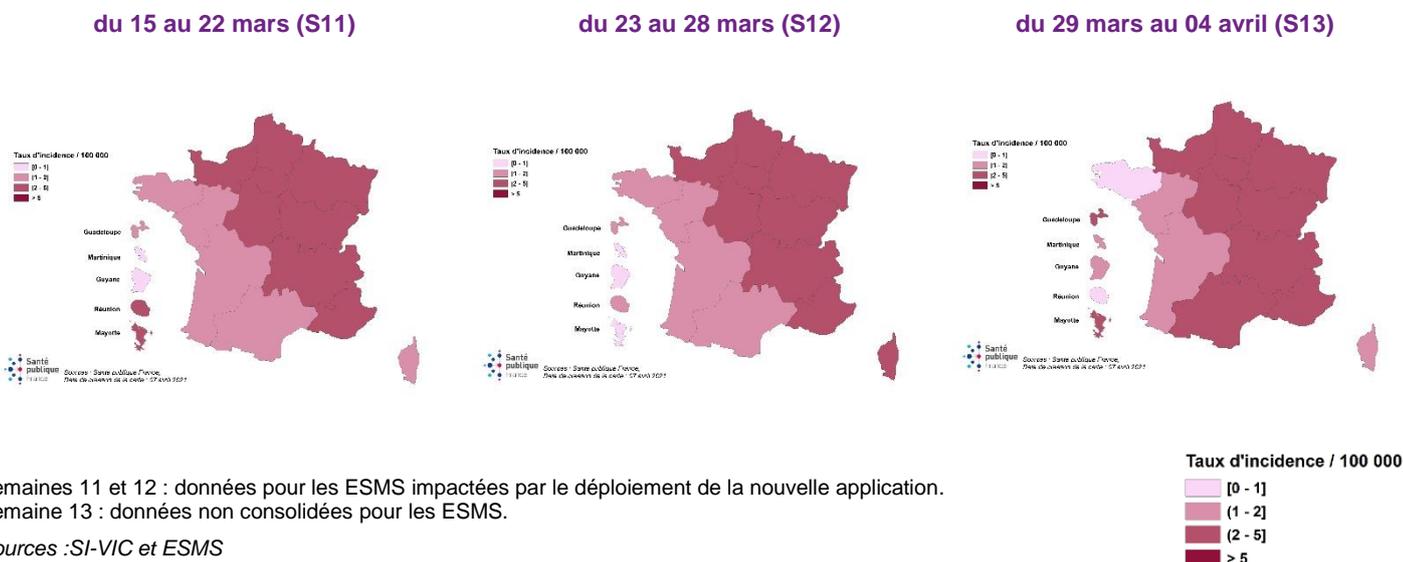
- En hospitalisation : après une tendance à la stabilisation observée depuis la semaine 08, **le nombre de décès était en augmentation en S13** (-3% entre S11 et S12 et **+14%** entre S12 et S13).

- À l'échelle nationale, le **taux hebdomadaire de décès** était de **2,7 pour 100 000 habitants en S12** (données surestimées pour les ESMS). En S13 (données non consolidées), il était de 3,0 pour 100 000 habitants.

- **En semaine 13** (données non consolidées pour les ESMS), les **plus forts taux de décès** par région rapportés à la population étaient observés en **Hauts-de-France** (4,6/100 000 habitants), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (4,6) et **Île-de-France** (4,1) (Figure 36).

- Entre les semaines 12 et 13, bien que les données ne soient pas consolidées, une **augmentation** du taux de décès était observée en **Bourgogne-Franche-Comté** (+77%), **Occitanie** (+60%), **Pays de la Loire** (+43%), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (+25%), **Hauts-de-France** (+17%) et **Île-de-France** (+17%). Une augmentation était aussi observée à **Mayotte** (+6 décès) Les effectifs réduits des décès dans les autres régions d'outre-mer ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

**Figure 36. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 15 mars au 04 avril 2021 (S11 à S13), par région, France**



Semaines 11 et 12 : données pour les ESMS impactées par le déploiement de la nouvelle application.  
Semaine 13 : données non consolidées pour les ESMS.

Sources : SI-VIC et ESMS

## ► 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<sup>er</sup> mars 2020, 42 559 certificats contenaient une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès renseignées (Tableau 7).

- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92,7% des personnes avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 55% de ces décès.
- 55% de ces certificats de décès contenaient une mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée.

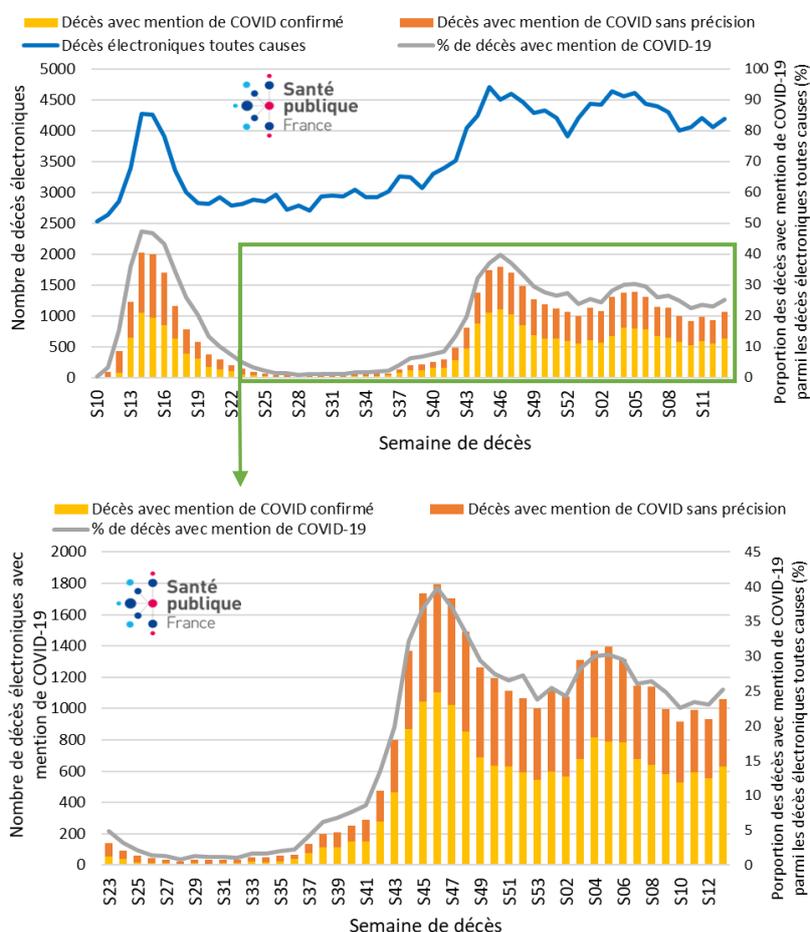
- Des comorbidités étaient renseignées pour 27 722 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 35% de ces décès et d'hypertension artérielle pour 22%.

- 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 13** (du 29 mars au 04 avril 2021), **1 062 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 25,3% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 37). Ce nombre de décès était **en hausse de 13,7% par rapport à la semaine précédente** (soit +128 décès). La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 59,3%.

- Parmi les 1 062 personnes décédées au cours de la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 741 (70%) étaient âgées de 75 ans et plus, 210 (20%) de 65 à 74 ans et 100 (9%) de 45 à 64 ans. Onze personnes décédées étaient âgées de 15 à 44 ans. La hausse des effectifs sur la semaine écoulée est observée dans toutes les classes d'âge.

**Figure 37. Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 04 avril 2021, France (données au 06 avril 2021)**



Sources : Santé publique France, Inserm-CépiDc

**Tableau 7. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 05 avril 2021, France (données au 06 avril 2021)**

Sexe	n	%
Hommes	23 307	55
Femmes	19 251	45

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ou non renseigné <sup>1</sup>		Avec comorbidités <sup>1</sup>		Total <sup>2</sup>	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	1	20	4	80	5	0
15-44 ans	79	31	172	69	251	1
45-64 ans	803	28	2 051	72	2 854	7
65-74 ans	1 871	30	4 397	70	6 268	15
75 ans ou plus	12 083	36	21 098	64	33 181	78
<b>Tous âges</b>	<b>14 837</b>	<b>35</b>	<b>27 722</b>	<b>65</b>	<b>42 559</b>	<b>100</b>

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	9 818	35
Hypertension artérielle	6 184	22
Diabète	4 487	16
Pathologie respiratoire	3 691	13
Pathologie rénale	3 645	13
Pathologies neurologiques *	2 410	9
Obésité	1 639	6
Immunodéficience	634	2

\* Ce groupe inclut les pathologies neurovasculaires et neuromusculaires.

<sup>1</sup> % présentés en ligne ; <sup>2</sup> % 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 S40-2020** (du 28 septembre au 04 octobre 2020) **jusqu'en S11-2021** (du 15 au 21 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%). **En semaine 11, le nombre de décès repartait en hausse, après une diminution observée depuis la semaine 04** (Tableau 8 et Figure 38). **En semaine 12, les effectifs semblent en diminution**, mais la dynamique reste à interpréter avec prudence, la complétude des données étant inférieure à celle habituellement observée du fait du lundi 05 avril férié.

● La hausse du nombre de décès en semaine 11 est observée chez les personnes de 65-84 ans. Dans cette classe d'âge, le nombre de décès reste significativement supérieur à celui attendu y compris en semaine 12, alors que les effectifs sont revenus dans les marges de fluctuation habituelles depuis la semaine 09 chez les 85 ans ou plus.

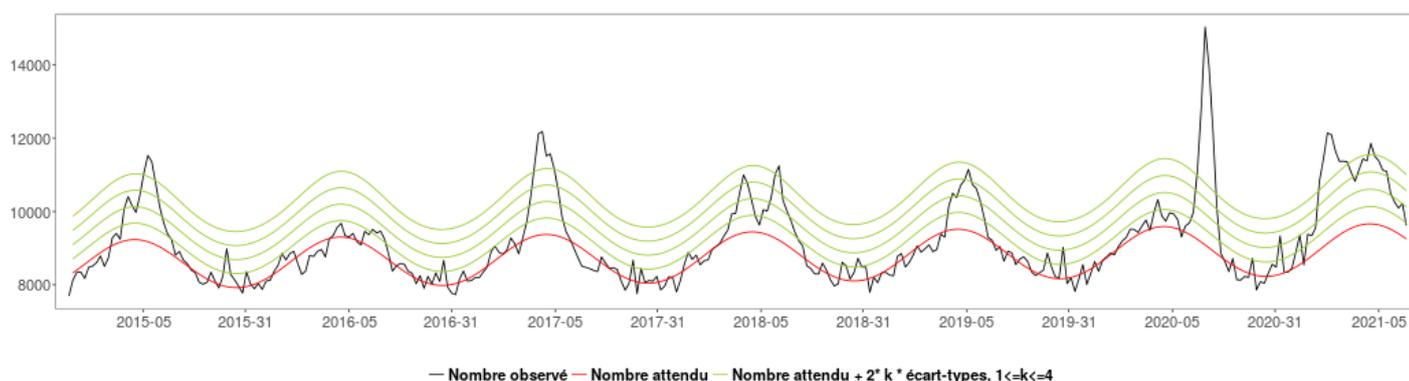
**Tableau 8. Estimation de la proportion (%) de l'excès de décès par rapport à la mortalité attendue, tous âges confondus, dans un échantillon de 3 000 communes, de la semaine 01 à la semaine 11-2021, France**

Semaine	2021										
	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07	S08	S09	S10	S11
%	+18	+17	+22	+19	+18	+16	+16	+10	+8	+7	+10

Estimations non consolidées pour les semaines 09 à 11

Sources : Santé publique France, Insee

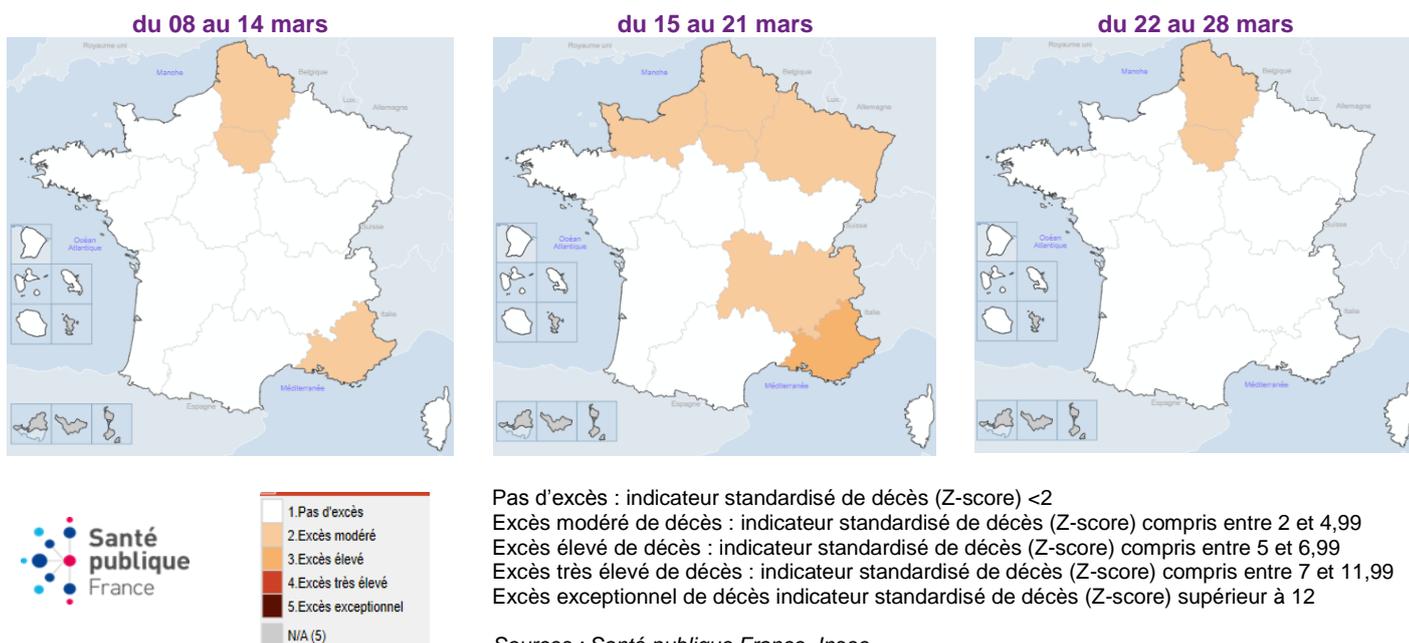
Figure 38. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 35-2014 à la semaine 12-2021, France



Sources : Santé publique France, Insee

- Au niveau régional, le nombre de décès toutes causes confondues reste significativement supérieur à celui attendu jusqu'en semaine 12 dans les Hauts-de-France et en Île-de-France. Une nouvelle hausse des effectifs de décès a été observée en semaine 11 de façon marquée en Provence-Alpes-Côte d'Azur et, dans une moindre mesure, en Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est et Normandie. En semaine 12, les effectifs dans ces régions semblent diminuer, mais 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 S09 et S10 dans trois régions, en S11 dans six régions et en S12 dans deux régions : Hauts-de-France et Île-de-France (Figure 39).

Figure 39. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues pour les semaines 10, 11 et 12-2021, par région, France (données au 06 avril 2021)



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 07 à 10-21, 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.

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

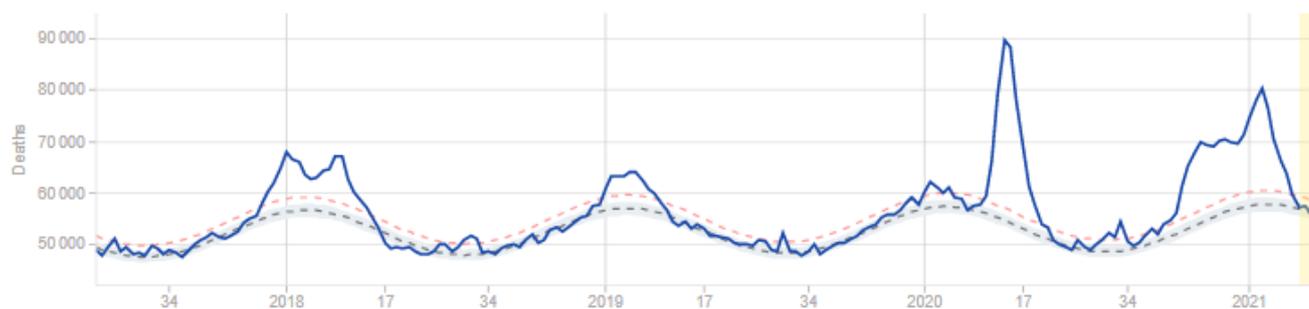
● Parmi les 27 pays ou régions qui participent au [consortium EuroMOMO](#) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité était notée depuis le début du mois d'octobre 2020, qui s'était accrue à partir de S43 jusqu'à S46 (Figure 40). Le nombre de décès était resté en plateau à un niveau élevé jusqu'en semaine 52, avant de repartir à la hausse jusqu'en semaine 03. **Une diminution rapide a été observée depuis la semaine 04 jusqu'à revenir dans les marges de fluctuation habituelles depuis la semaine 08 jusqu'en semaine 11. Cette dynamique reste à confirmer avec la consolidation des données de chaque pays/région** (Figure 40).

● En semaines 09 et 10, quatre pays/régions présentaient un excès de mortalité (Estonie, France, Italie et Malte). En semaine 11, l'Estonie, la France, l'Italie et la Grèce observaient un excès de mortalité.

**Figure 40. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 27 pays/régions européens, de la semaine 17-2017 à la semaine 12-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 31 mars 2021)**

— Pooled deaths    ■ Normal range    - - - Baseline    - - - Substantial increase    ■ Corrected for delay in registration

All ages



Source : EuroMOMO

# VACCINATION CONTRE LA COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Les personnes concernées par la vaccination contre la COVID-19 sont les suivantes : l'ensemble des personnes de 70 ans et plus quel que soit leur lieu de vie et leur état de santé ; les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre de la grossesse ; les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et unités de soins de longue durée ou hébergées en résidences autonomie et résidences services ; les personnes de plus de 18 ans souffrant d'une [pathologie à très haut risque de forme grave de Covid-19](#) ; les personnes de 50 à 69 ans inclus souffrant d'une ou plusieurs [comorbidité\(s\)](#) ; les personnes en situation de handicap hébergées en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil médicalisés (FAM) ; les résidents de 60 ans et plus dans les foyers de travailleurs migrants (FTM) ; certaines catégories de professionnels, dont les professionnels de santé, d'un établissement de santé, d'un établissement ou service médico-social intervenant auprès de personnes vulnérables, les salariés de particulier employeur intervenant auprès de personnes âgées et handicapées vulnérables, les médiateurs de lutte anticovid, les sapeurs-pompiers et les vétérinaires. La liste exhaustive des professionnels concernés est disponible sur le site du [Ministère des Solidarités et de la Santé](#).

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 d'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 06 avril 2021, **9 561 733 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France et **3 227 796 personnes ont reçu deux doses** (données par date d'injection).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, 14,2% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 4,8% a reçu deux doses (Tableau 9).

**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 06 avril 2021, par région, France**

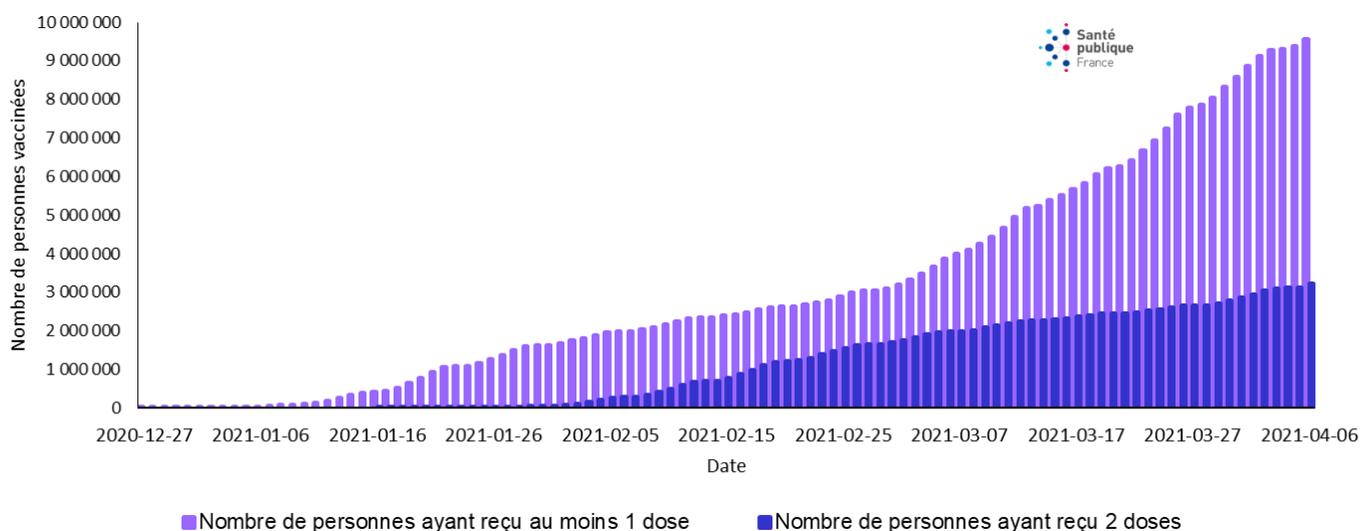
Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	1 139 487	14,2	377 401	4,7
Bourgogne-Franche-Comté	452 564	16,3	164 656	5,9
Bretagne	515 527	15,4	183 113	2,6
Centre-Val de Loire	351 105	13,7	137 171	5,4
Corse	67 780	19,7	27 561	8,0
Grand Est	836 877	15,2	294 393	5,3
Hauts-de-France	902 772	15,1	261 937	4,4
Ile-de-France	1 487 040	12,1	464 245	3,8
Normandie	521 581	15,8	177 864	5,4
Nouvelle-Aquitaine	976 357	16,3	333 583	5,6
Occitanie	893 235	15,1	314 350	5,3
Pays de la Loire	501 833	13,2	172 666	4,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	823 968	16,3	276 597	5,5
<b>France métropolitaine</b>	<b>9 470 126</b>	<b>14,6</b>	<b>3 185 537</b>	<b>4,9</b>
Guadeloupe	10 503	2,8	4 027	1,1
Guyane	10 572	3,6	5 199	1,8
La Réunion	40 066	4,7	22 082	2,6
Martinique	18 330	5,1	5 236	1,5
Mayotte	10 236	3,7	4 781	1,7
Saint-Barthélemy	668	6,7	230	2,3
Saint-Martin	1228	3,5	702	0,0
Non précisé	4	non applicable	2	non applicable
<b>France entière</b>	<b>9 561 733</b>	<b>14,2</b>	<b>3 227 796</b>	<b>4,8</b>

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 Ile-de-France et dans les DROM).

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

- En une semaine (depuis le 30 mars 2021), plus de 1,2 million de personnes ont reçu leur première dose de vaccin (Figure 41).

Figure 41. 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 06 avril 2021)



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

- Les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées chez les personnes les plus âgées (Tableau 10) 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 70 ans et plus, et personnes de 50 à 69 ans atteintes d'une ou plusieurs comorbidités.

Les couvertures vaccinales ont légèrement varié ces derniers jours du fait d'une révision du mode de calcul de l'âge avec prise en compte de la date de naissance à la place de l'année de naissance dans Vaccin Covid.

Tableau 10. 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 06 avril 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	106 456	2,0	15 773	0,3
25-29	130 125	3,5	28 604	0,8
30-39	352 600	4,3	92 501	1,1
40-49	517 838	6,0	151 545	1,8
50-59	1 268 129	14,4	366 659	4,2
60-64	858 493	20,9	157 428	3,8
65-69	964 144	24,7	151 151	3,9
70-74	1 498 695	43,1	246 901	7,1
75-79	1 437 615	64,8	722 678	32,6
80 ans et +	2 421 849	58,2	1 293 106	31,1
inconnu*	5 789	non applicable	1 450	non applicable
<b>France</b>	<b>9 561 733</b>	<b>14,2</b>	<b>3 227 796</b>	<b>4,8</b>

\* 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 12,8% pour les hommes et 15,6% pour les femmes.

## ► Résidents en Ehpad ou en USLD

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

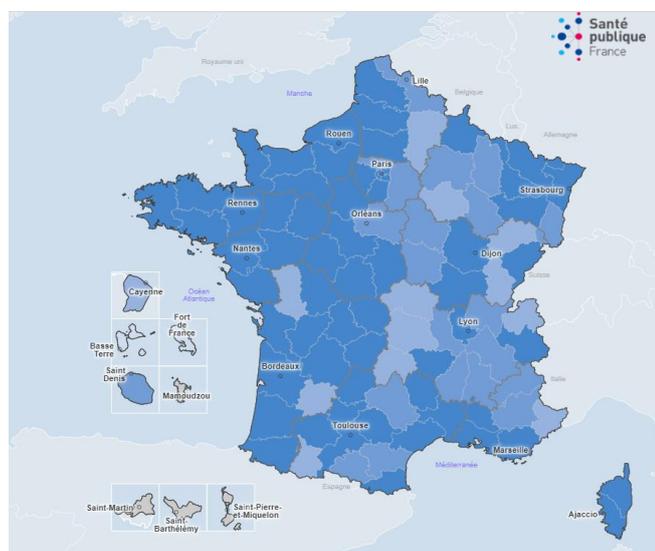
Les [définition, modalité de constitution et limites des indicateurs](#) sont disponibles sur le site de Santé publique France. Les couvertures vaccinales chez les résidents en Ehpad ou USLD peuvent notamment être surestimées si des personnes non-résidentes d'Ehpad ou d'USLD et âgées de 65 ans et plus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

- Au 06 avril 2021, **594 194 résidents en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France. Il est ainsi estimé que **94,8% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19.

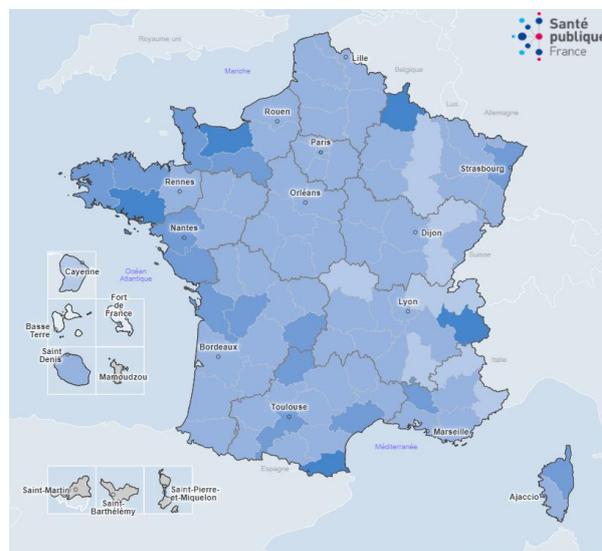
- Les couvertures vaccinales régionales de la première dose varient entre 89,1% et plus de 99,0% en France métropolitaine. Les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être surestimés si des personnes de plus de 65 ans non résident d'Ehpad ou d'USLD ont été vaccinées en Ehpad ou en USLD. Ils peuvent en revanche être sous-estimés dans les départements présentant des défauts de saisie dans Vaccin Covid (Figure 42).

- Il est estimé que **457 960 résidents des Ehpad et USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, ce qui correspond à 73,1% de ces résidents en France (Figure 43).

**Figure 42. 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 06 avril 2021, France**



**Figure 43. Couverture vaccinale des résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des résidents), par département, au 06 avril 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.

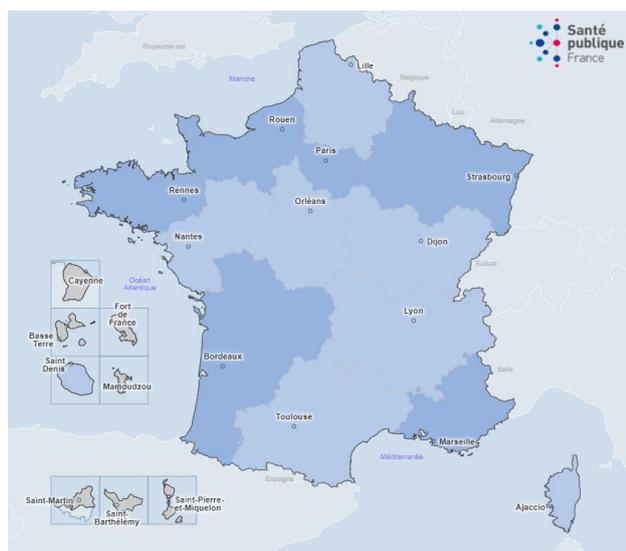
## ► Professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD

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 sur le site de Santé publique France. 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.

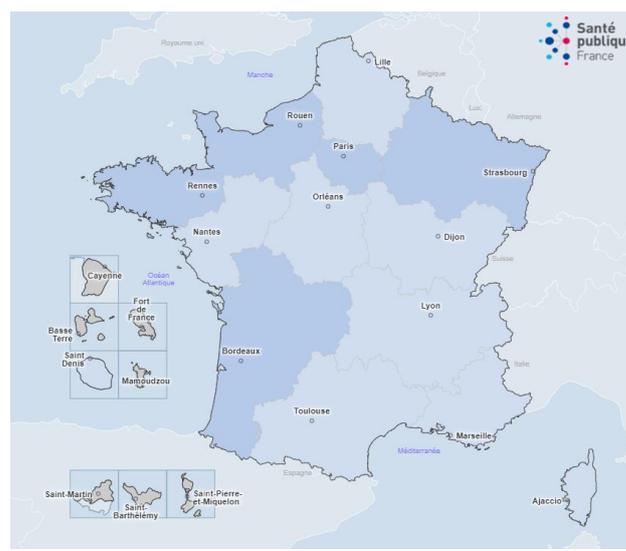
- Au 06 avril 2021, **282 624 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France (données par date d'injection). Il est ainsi estimé que **60,4% des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu une première dose de vaccin**. Les couvertures vaccinales de la première dose varient selon les régions métropolitaines entre 43,3% et 76,0% (Figure 44). 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 **177 493 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, correspondant à 37,9% de ces professionnels en France (Figure 45).

**Figure 44. 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, 06 avril 2021, France**



**Figure 45. Couverture vaccinale des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par région, 06 avril 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.



# 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.

En vogue 22 (du 15 au 17 mars 2021), l'enquête CoviPrev a montré :

- une baisse de l'adoption systématique des mesures barrières en lien avec l'interaction sociale alors que l'adoption systématique du port du masque en public est restée élevée et stable depuis le début du deuxième confinement ;
- un **relâchement des mesures** concernant l'hygiène des mains et la protection lors des contacts chez 17% des **personnes vaccinées** ;
- une **stabilité des intentions de se faire vacciner** contre la COVID-19 des personnes non vaccinées (56%) en comparaison avec les données de février. Les 65 ans et plus exprimaient la plus forte intention de le faire (79%) ;
- **la santé mentale des personnes interrogées restait dégradée**, avec un maintien à des niveaux élevés des états dépressifs (20%), des états anxieux (21%), des pensées suicidaires (9%) et des troubles du sommeil (65%) déclarés.

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

Une nouvelle enquête est programmée du **19 au 21 avril 2021**. Les résultats seront présentés dans le Point épidémiologique de la semaine suivante.

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

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

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

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

Retrouvez tous les **outils de prévention** destinés aux professionnels de santé et au grand public sur le site de [Santé publique France](#).

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

## PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



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



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



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



Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)



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



Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

# SITUATION INTERNATIONALE

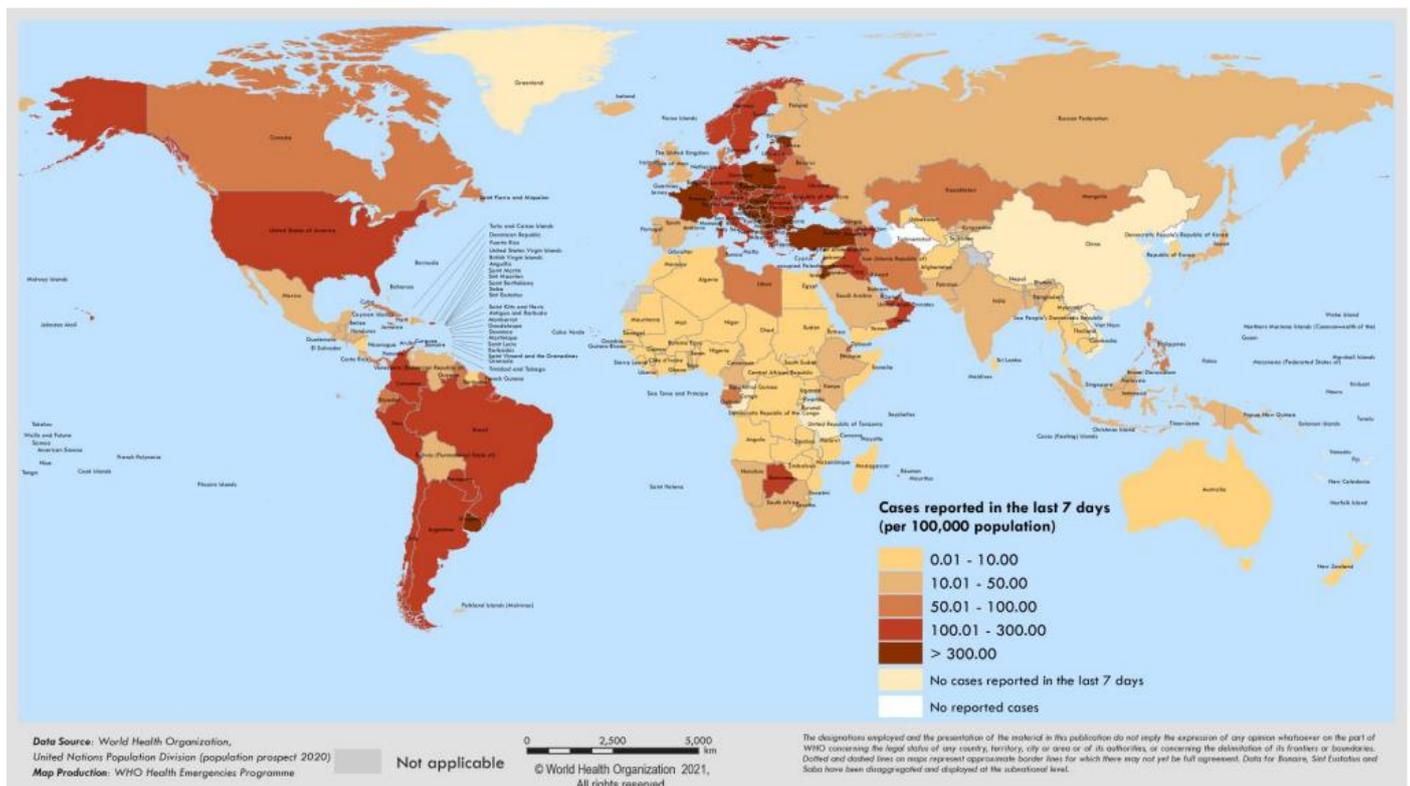
Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **131 837 512 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés **dans le monde** – dont **2 862 664 décès** – au 06 avril 2021. En semaine 13, plus de 4 millions de nouveaux cas ont été signalés, soit une **hausse** par rapport à la semaine précédente (**+5%**) observée pour la sixième semaine consécutive. Le nombre de décès, s'élevant à 71 355, était également en hausse (+11%).

## ► Foyers majeurs

- Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans les zones **Europe** (1 638 947 cas et 24 534 décès rapportés en semaine 13) et **Amériques** (1 344 618 cas et 37 185 décès). Ces régions étaient à l'origine de 40% et 33% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 34% et 52% des nouveaux décès en S13 (Figure 48, Tableau 11).

- Les pays qui signalaient les plus grands nombres de nouveaux cas en S13 étaient : l'Inde (+513 885 nouveaux cas), le Brésil (+505 668), les États-Unis (+444 756), la Turquie (+265 937) et la France (+271 182).

**Figure 48. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 13 (du 29 mars au 04 avril 2021)**



Source : OMS

## ► Tendances

• En semaine 13, le nombre de nouveaux cas était stable ou en hausse par rapport à la semaine précédente dans toutes les régions OMS sauf l'Afrique (Tableau 11). Les régions signalant les augmentations les plus importantes étaient, pour la deuxième semaine consécutive, l'Asie du Sud-Est (+36%) et le Pacifique occidental (+25%). Le nombre de nouveaux décès augmentait dans quatre régions OMS : l'Asie du Sud-Est (+46%), les Amériques (+15%), la Méditerranée orientale (+7%), et le Pacifique occidental (+5%).

**Tableau 11. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 13 (du 29 mars au 04 avril 2021) et évolution par rapport à la semaine précédente**

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+58 858	+1 344 618	+592 349	+1 638 947	+297 763	+105 757
Tendance	-6% 	+3% 	+36% 	-2% 	+10% 	+25% 
Décès rapportés	+1 077	+37 185	+4 317	+24 534	+3 699	+543
Tendance	-20% 	+15% 	+46% 	+2% 	+7% 	+5% 

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

• En région **Europe**, après une augmentation progressive des cas hebdomadaires signalés pendant cinq semaines, le nombre de nouveaux cas semble se stabiliser, avec 1,6 million de nouveaux cas signalés en S13 comme en S12. Les décès, cependant, ont continué d'augmenter au cours des quatre dernières semaines, avec plus de 24 000 nouveaux décès. Les pays ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux cas sont la Turquie avec 265 937 nouveaux cas (315,3 cas pour 100 000, soit +43% par rapport à S12), la France avec 271 182 nouveaux cas (404 cas pour 100 000, soit +4%) et la Pologne avec 187 551 nouveaux cas (495,6 cas pour 100 000, soit -3%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès sont l'Italie, qui a enregistré 3 068 nouveaux décès (+2%), la Pologne avec 3 057 nouveaux décès (+18%) et la Russie avec 2 634 nouveaux décès (-3%). Pour plus de détails sur la région Europe, [cliquez ici](#).

• La région des **Amériques** a enregistré près de 1,3 million de nouveaux cas en S13, et plus de 37 000 nouveaux décès. La tendance du nombre de nouveaux cas est à la hausse depuis les six dernières semaines. Les pays rapportant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient le Brésil avec 505 668 nouveaux cas, soit 237,9 nouveaux cas pour 100 000 habitants (-5% par rapport à S12), les États-Unis avec 444 756 nouveaux cas, soit 134,4 nouveaux cas pour 100 000 habitants (+5%), et l'Argentine avec 82 102 nouveaux cas, soit 181,7 nouveaux cas pour 100 000 habitants (+46%). Les pays connaissant le plus grand nombre de nouveaux décès étaient le Brésil, qui a enregistré 21 094 nouveaux décès (+26%), les États-Unis avec 7 536 nouveaux décès (+8%), et le Mexique avec 2 992 nouveaux décès (-18%). Pour plus de détails sur la région Amériques, [cliquez ici](#).

• En région **Afrique**, près de 59 000 nouveaux cas et 1 000 décès ont été rapportés en S13. Les trois pays ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Éthiopie avec 14 517 cas, soit 12,6 cas/100 000 habitants (+10% par rapport à la semaine 12), le Kenya avec 8 747 cas, soit 16,3 cas/100 000 habitants (-5%) et l'Afrique du Sud avec 7 035 cas, soit 11,9 cas/100 000 habitants (-8%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient l'Afrique du Sud (306 décès ; -46%), l'Éthiopie (152 ; +11%) et le Kenya (102 ; -13%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

● En région **Asie du Sud-Est**, il y a eu plus de 592 000 nouveaux cas et 4 300 nouveaux décès. Les taux d'incidence ont augmenté de manière significative en mars, avec une forte augmentation au cours des trois dernières semaines. Près de 87% de ces nouveaux cas étaient portés par l'Inde, qui comptait 513 885 cas, soit 37,2 cas/100 000 habitants (+38 % par rapport à la semaine 12). Les autres pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés étaient le Bangladesh avec 38 471 cas, soit 23,4 cas/100 000 habitants (+67%) et l'Indonésie avec 35 522 nouveaux cas, soit 13 cas/100 000 habitants (-2%). Les trois pays cumulant le plus de décès étaient l'Inde (3 071 décès; +71%), l'Indonésie (878; -4%) et le Bangladesh (344; +71 %). Pour plus de détails sur la région Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

● En région **Méditerranée orientale**, un peu plus de 297 000 nouveaux cas et un peu plus de 3 700 décès ont été signalés en semaine 13. Le nombre de cas était en hausse pour la huitième semaine consécutive. Les pays comptant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Iran avec 73 471 cas, soit 87,5 cas pour 100 000 habitants (+38 %), la Jordanie avec 44 742 cas, soit 438,5 cas/100 000 habitants (-19%), et l'Irak avec 41 043 cas, soit 102 cas/100 000 habitants (+9%). Les plus grands nombres de décès ont été observés en Iran (691 décès ; +18%), en Jordanie (658 ; -4%) et au Pakistan (539 ; +50%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

● En région **Pacifique occidental**, 106 000 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 13 ainsi que plus de 500 décès. Les trois pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient les Philippines avec 71 606 cas, soit 65,3 cas/100 000 habitants (+27%), le Japon avec 16 018 cas, soit 12,7 cas/100 000 habitants (+43%) et la Malaisie avec 8 968 cas, soit 27,7 cas/100 000 habitants, ce qui reste stable en comparaison avec la semaine précédente. Les pays signalant le plus grand nombre de décès étaient les Philippines (264 décès ; +15%), le Japon (190 ; -13%) et la Malaisie (35 ; +59%). 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](#)

# SYNTHÈSE

## ► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 13 (du 29 mars au 04 avril 2021), les indicateurs épidémiologiques se maintenaient à un niveau très élevé. Le nombre de nouvelles infections progresse de manière moindre, avec une diminution du taux de positivité des tests, ce qui peut témoigner d'un ralentissement de la progression épidémique. L'incidence augmentait chez les 15-64 ans mais se stabilisait chez les plus jeunes et les plus âgés. Une circulation virale de moindre intensité est observée en Île-de-France et dans les Hauts-de-France, qui pourrait correspondre aux effets bénéfiques des restrictions renforcées prises dans ces régions dès le 20 mars. La tension hospitalière s'accroissait sensiblement sur l'ensemble du territoire métropolitain et la mortalité était à nouveau en hausse, évolution attendue après quatre semaines d'augmentation continue et marquée de l'incidence. L'adhésion aux mesures de prévention individuelles, le respect des mesures de freinage collectives ainsi que l'accélération de la vaccination sont plus que jamais des enjeux majeurs pour faire face au niveau de circulation encore très élevé du virus et limiter la forte pression hospitalière.

Au niveau national, l'augmentation de l'incidence, observée depuis la semaine 10, se poursuivait en semaine 13 mais de manière moins marquée (+4% par rapport à S12), avec **271 182 nouveaux cas confirmés**, soit près de **39 000 cas en moyenne chaque jour**. Les taux d'incidence (404/100 000 habitants) et de dépistage (5 373/100 000 habitants) étaient en augmentation par rapport à ceux de la semaine précédente, mais le taux de positivité diminuait à 7,5% (vs 8,2% en S12).

L'incidence augmentait chez les 15-64 ans (+6%), mais elle se stabilisait chez les 0-14 ans, faisant suite à une forte augmentation les trois semaines précédentes et ce malgré une augmentation toujours importante du taux de dépistage (+20%) dans cette classe d'âge. Elle se stabilisait également chez les 65 ans et plus (+0% chez les 65-74 ans et +1% chez les 75 ans et plus) avec une stabilité du taux de dépistage dans ces classes d'âge (+2%).

En semaine 13, les données de ContactCovid montraient également un nombre de cas en augmentation, moins marquée que celle observée la semaine précédente. Cela peut s'expliquer, d'une part, par une diminution du dépistage individuel en raison du week-end de Pâques et, d'autre part, par un effet du confinement local mis en place il y a trois semaines dans 16 départements. En cohérence avec cette évolution, l'augmentation du nombre de personnes-contacts à risque était, elle aussi, moins marquée que celle observée la semaine précédente.

Une part plus importante des personnes-contacts étaient investiguées uniquement via le site Internet dédié, alors que celles-ci semblaient moins s'isoler que celles investiguées suite à un appel téléphonique, soulignant l'intérêt d'une information personnalisée sur les conduites à tenir. De plus, les personnes-contacts à risque étaient investiguées plus tardivement par rapport à leur dernier contact avec leur cas index. Ces observations, ajoutées à celle d'une diminution de la proportion de cas précédemment connus comme contact, indiquent **une moins bonne maîtrise des chaînes de transmission**.

Dans un contexte d'augmentation globale du nombre de cas, la diminution de ceux ayant déclaré un lien avec le milieu scolaire pourrait s'expliquer par une part croissante d'établissements scolaires fermés suite à l'application du dernier protocole de gestion des cas en milieu scolaire.

Une diminution du nombre de cas ayant voyagé hors de leur région de résidence était observée, probablement en lien avec la mise en place d'un confinement local dans certains départements.

**En médecine ambulatoire**, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était en **augmentation** par rapport à celui de la semaine précédente (126/100 000 habitants en S13 vs 115 en S12). **Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins** pour suspicion de COVID-19 se stabilisait en S13 (-2% par rapport à S12) dans toutes les classes d'âge.

En semaine 13, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** était en **augmentation** pour la troisième semaine consécutive mais de manière moins importante (+10% par rapport à S12). Il se stabilisait chez les plus de 75 ans (+4%) et était en diminution chez les enfants (-11%).

**Le nombre hebdomadaire d'admissions à l'hôpital de patients COVID-19 était toujours en augmentation** (+9% par rapport à S12) et ce depuis la semaine 10. **L'augmentation du taux d'admission en services de soins critiques**, observée depuis S08, s'est poursuivie à nouveau de manière marquée en S13 (+14% par rapport à S12).

Ces tendances à l'augmentation depuis plusieurs semaines ont pour conséquence **l'augmentation du nombre de personnes en cours d'hospitalisation**, avec 30 700 personnes hospitalisées au 06 avril (vs 28 570 le 30 mars, soit +7%) dont 5 644 patients en soins critiques (vs 5 090 le 30 mars, soit +11%).

En France métropolitaine, les **estimations du R-effectif étaient significativement supérieures à 1 lorsque calculées à partir des données virologiques** (tests RT-PCR et tests antigéniques, SI-DEP) (1,08), ou des passages aux urgences (OSCOUR®) (1,11), mais inférieures à 1 à partir des données d'hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC) (0,97). Cette discordance pourrait être due à l'effet du week-end prolongé et de la diminution de déclarations d'admissions à l'hôpital le 05 avril portant sur les hospitalisations des jours précédents et sera à réinterpréter dans les prochaines semaines.

Après une stabilisation depuis S08, le **nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 hospitalisés en semaine 13 était en augmentation** (1 985 vs 1 738 décès en S12, soit +14%). En raison du déploiement en cours de la nouvelle application pour le signalement des cas et des décès de COVID-19 en ESMS et de l'absence de consolidation des données pour S13, les tendances évolutives de la mortalité en ESMS ne sont pas interprétables pour les semaines 11 à 13.

**Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus** était significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40-2020 et ce jusqu'à la semaine 10-2021 (+7%). En semaine 11, **le nombre de décès était à nouveau en hausse avec un excès de 11%**, après une diminution observée depuis la semaine 04, cette hausse étant plus marquée chez les personnes de 65-84 ans. **Le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en S11 dans six régions** : Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur et, malgré l'absence de consolidation, il était déjà supérieur à celui attendu en S12 en Île-de-France et dans les Hauts-de-France.

## ► Indicateurs épidémiologiques régionaux

### Régions métropolitaines

En semaine 13, l'augmentation du taux d'incidence concernait l'ensemble des régions métropolitaines, à l'exception de l'Île-de-France et des Hauts-de-France. En S13, 24 départements avaient un taux d'incidence stable ou en diminution, contre seulement 3 en S12. Les **régions les plus touchées** en semaine 13 étaient toujours l'**Île-de-France**, les **Hauts-de-France** et **Provence-Alpes-Côte d'Azur**. Ces régions présentaient à nouveau les **plus forts taux d'incidence** (supérieurs à 450/100 000 habitants), **d'hospitalisation et d'admission en services de soins critiques**.

L'évolution des indicateurs virologiques est hétérogène sur le territoire. Cela peut s'expliquer en partie par les premiers effets des mesures de restrictions renforcées mises en place à partir du 20 mars 2021 dans les départements les plus touchés. En effet, dans le groupe des départements où ces mesures étaient effectives dès le 20 mars 2021, on observe en S13 une stabilisation du taux d'incidence à un niveau très élevé (583/100 000 hab.). Sous réserve de consolidation des données, une diminution de cet indicateur à partir du 1<sup>er</sup> avril 2021 pourrait correspondre aux effets bénéfiques des restrictions renforcées. L'évolution de cet indicateur pour les départements concernés ultérieurement par ces mesures (à partir du 27 mars puis du 03 avril) semble elle aussi indiquer un début de stabilisation depuis le 1<sup>er</sup> avril. Si elle se confirme dans les prochains jours après consolidation des données, cette évolution serait en faveur d'un effet bénéfique des mesures mises en œuvre à partir du 27 mars. Pour les autres départements, le ralentissement observé ne peut être directement lié aux mesures mises en œuvre à compter du 03 avril mais pourrait être en partie expliqué par un effet de résonance des mesures renforcées mises en place antérieurement dans les premiers départements et des campagnes de communication relayées au plan national. L'évolution des indicateurs dans les prochains jours permettra d'observer si cette tendance est cohérente au sein des trois groupes de départements.

En **Île-de-France**, le **taux d'incidence était de 664/100 000 habitants** stable par rapport à S12. Le taux de positivité était en diminution (-1,1 point) mais restait encore le plus élevé en métropole à 9,7%. Les taux d'incidence se stabilisaient dans tous les départements franciliens. Le plus élevé était toujours observé dans le Val-d'Oise à 833/100 000 habitants (+1%). Les **taux d'hospitalisation et d'admission en service de soins critiques** en Île-de-France se stabilisaient en comparaison avec la semaine précédente, à respectivement 30,8/100 000 (+3%) et 7,9 (+1%). Lors de la deuxième vague de l'épidémie, les pics des taux d'hospitalisation et d'admission en services de soins critiques avaient été observés en S45-2020 et étaient respectivement de 31/100 000 habitants et 5,2/100 000 habitants. En semaine 13, le taux de décès de patients COVID-19 hospitalisés augmentait à 4,1/100 000 habitants (+16%).

Dans les **Hauts-de-France**, le **taux d'incidence diminuait en S13** (499/100 000 habitants vs 523 en S12, soit -4%). L'incidence la plus élevée était observée à nouveau dans l'Oise (608/100 000, +5%) et les taux d'incidence commençaient à diminuer dans le Nord (-4%), la Somme (-6%) et le Pas-de-Calais (-12%). Le taux d'hospitalisation était de 26,8/100 000 habitants (+6%) et celui d'admission en services de soins critiques de 6,2 (+7%). **Le taux de décès à l'hôpital** était de 4,5/100 000 habitants (+16%).

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le **taux d'incidence était toujours en augmentation**, mais de manière moins marquée que la semaine précédente (497/100 000 habitants vs 467 en S12, soit +6% vs +32% entre S11 et S12). Les taux d'incidence commençaient à diminuer dans les Hautes-Alpes et les Alpes-Maritimes après une hausse marquée en S12. Dans les Bouches-du-Rhône, l'incidence augmentait toujours (+20% en S13). **Le taux d'hospitalisation était en augmentation** (27,8/100 000 habitants, +4%) en S13, de même que le taux d'admission en services de soins critiques (6,2, soit +17%). **Le taux de décès à l'hôpital** était de 4,4/100 000 habitants, soit +22% en S13.

En **Auvergne-Rhône-Alpes**, le taux d'incidence augmentait depuis S10, atteignant 401/100 000 habitants en S13. Le taux d'hospitalisation y atteignait 21/100 000 avec une augmentation de 20%, le taux d'hospitalisation en soins critiques 4,6/100 000, soit l'un des plus élevés en métropole, et le taux de décès en hospitalisation augmentait de 12%, atteignant 2,9/100 000 habitants.

## Départements et régions d'outre-mer (DROM)

En **Martinique**, les indicateurs étaient toujours **en augmentation**, avec un taux d'incidence de 202/100 000 habitants (+18% par rapport à S12), un taux d'hospitalisation à 20,6/100 000 habitants (contre 10,0 en S12) et un taux d'admission en services de soins critiques à 5,0/100 000 habitants (contre 2,0 en S11).

En **Guadeloupe**, le taux d'incidence **augmentait** de 9% à 110/100 000 habitants, de même que le taux d'hospitalisation, qui passait à 21/100 000, soit +147%, et le taux d'hospitalisation en soins critiques qui passait de 1,3 en S12 à 2,1 en S13.

À **Mayotte**, l'ensemble des indicateurs étaient toujours en **diminution** en S13 depuis la mise en place des mesures restrictives (63/100 000 habitants en S13 vs 895 en S06).

À **La Réunion**, le taux d'incidence était en **diminution** en S13 à 117/100 000 habitants, les indicateurs hospitaliers étaient stables.

En **Guyane**, le taux d'incidence était à nouveau en **augmentation** pour la troisième semaine consécutive, atteignant 83/100 000 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 préoccupants (VOC) du SARS-CoV-2

À ce jour, quatre variants ont été qualifiés de préoccupants (VOC) en raison de leur transmissibilité augmentée et du risque d'échappement à la réponse immunitaire. Trois d'entre eux, les variants 20I/501Y.V1 (ayant émergé au Royaume-Uni), 20H/501Y.V2 (ayant émergé en Afrique du Sud) et 20J/501Y.V3 (ayant émergé au Brésil) circulent en France depuis le début de l'année 2021 ; le quatrième (VOC 202102/02 (B.1.1.7 + E484K), ayant émergé au Royaume-Uni) a été détecté de manière sporadique en France.

D'autres variants du SARS-CoV-2 caractérisés par un changement phénotypique par rapport à un virus de référence ou ayant des mutations conduisant à des changements en acides aminés associés à des implications phénotypiques confirmées ou suspectées, sont qualifiés de variants à suivre (VOI) après une analyse de risque conjointe par le Centre national de référence des virus respiratoires et Santé publique France. Certains ont déjà été rapportés sur le territoire et bénéficient à ce titre d'une surveillance renforcée : il s'agit notamment des variants A.27 (lignage 19B/501Y), B.1.525 (lignage 484K.V3) pour lesquels des cas sporadiques ont été rapportés en France, ou B.1.616 (20C/655Y) ayant émergé en Bretagne en début d'année 2021 dans le cadre d'un cluster hospitalier. Plus d'informations sur ces variants sont disponibles sur le [site de Santé publique France](#).

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 préoccupants.

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 quatre variants préoccupants. Au niveau national en S13, parmi les tests positifs criblés dont les résultats étaient disponibles dans SI-DEP (43,0% de l'ensemble des tests de première intention positifs), **81,9% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 et 4,2% de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** (vs respectivement 79,9% et 4,4% en S12).

Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les 96 départements métropolitains présentant des données interprétables, la proportion du variant 20I/501Y.V1 était supérieure à 80% dans 54 départements et supérieure à 90% dans six d'entre eux (elle était supérieure à 50% dans l'ensemble des départements métropolitains).

### Variant de clade 20C ayant émergé en Bretagne

Un cluster d'infections par un variant de clade 20C (« variant 20C/655Y » ou B.1.616), a été détecté dans les Côtes d'Armor, avec des cas survenus entre janvier et mars 2021. La particularité associée aux cas confirmés d'infections à ce variant est la possibilité de présenter des symptômes évocateurs de la COVID-19 avec une RT-PCR 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. Une **surveillance renforcée** a été mise en place dans la zone géographique concernée en Bretagne. Un **protocole national d'investigation** des cas évocateurs d'infection par le variant 20C/655Y a été diffusé pour identifier et décrire les cas qui surviendraient en dehors de cette zone géographique. En cas de suspicion d'infection à ce variant ([protocole d'investigation](#) disponible sur le site internet de Santé publique France), des prélèvements au-delà de la sphère naso-pharyngée doivent être proposés chaque fois que possible pour augmenter la sensibilité du diagnostic par RT-PCR.

Au 07 avril, 25 cas d'infection par le variant 20C/655Y ont été confirmés par le CNR (22 en Bretagne, 3 dans d'autres régions). Tous les cas ont un lien direct ou indirect avec la zone de surveillance renforcée en Bretagne. La majorité des cas est reliée à des transmissions au sein de clusters hospitaliers dans la zone. Quelques cas ont été rapportés en lien avec une chaîne de transmission en communauté mais, **à ce jour, il n'a pas été documenté de diffusion importante de ce variant dans la population, que ce soit en Bretagne ou ailleurs.**

**Les investigations épidémiologiques se poursuivent pour caractériser l'épisode et suivre la diffusion de ce variant.**

## ► Surveillances spécifiques et populationnelles

Parmi les **9 255 patients recensés par la surveillance spécifique des cas graves de COVID-19** admis en réanimation depuis le 05 octobre 2020, 70% étaient des hommes. Depuis janvier 2021, un rajeunissement de la population admise en réanimation est observé, la part de patients âgés de 65 ans et plus ayant significativement diminué. La part des patients admis en réanimation sans comorbidité a légèrement augmenté depuis janvier 2021. Les comorbidités les plus fréquentes restaient 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 **19 mars 2021**. Le changement d'application a entraîné une sous-déclaration en S11, probablement rattrapée en S12 : les tendances des semaines 11 et 12 ne sont pas interprétables. Une interprétation des tendances devrait être possible dès la semaine prochaine après consolidation des données de la semaine 13.

**Les personnes les plus affectées par l'épidémie restaient celles âgées de 65 ans et plus, ainsi que celles présentant des comorbidités**, avec les taux d'hospitalisation et de décès les plus élevés. Néanmoins, depuis la semaine 10, les 75 ans et plus sont ceux ayant le taux d'incidence le plus bas, restant néanmoins à un niveau élevé malgré l'augmentation progressive de la couverture vaccinale dans cette classe d'âge, ce qui reflète la circulation intense du virus dans l'ensemble de la population.

## ► Santé mentale

**La santé mentale des personnes interrogées reste dégradée** (enquête CoviPrev du 15 au 17 mars 2021), avec un maintien à des niveaux élevés des états dépressifs, des états anxieux, des pensées suicidaires et des troubles du sommeil. Les résultats détaillés sont disponibles dans le [Point épidémiologique du 25 mars 2021](#).

En présence de signes de dépression (tristesse, perte d'intérêt, d'énergie) ou d'anxiété (tension, irritabilité), il est important de s'informer et d'en parler afin d'être conseillé sur les aides et les solutions disponibles. Il ne faut pas hésiter à prendre conseil auprès de son médecin ou à appeler le 0 800 130 00 pour demander à être orienté vers une écoute ou un soutien psychologique. Pour plus d'information sur la santé mentale et les ressources disponibles : <https://www.psycom.org/>  
<https://www.santepubliquefrance.fr/coronavirus/sante-mentale>

## ► Prévention

**Les résultats de l'enquête CoviPrev** (vague 22, du 15 au 17 mars 2021), détaillés dans le [Point épidémiologique du 25 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 vis à vis des mesures de contrôle. L'intention de se faire vacciner pour ceux qui ne le sont pas encore s'est maintenue. 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 06 avril 2021, **9 561 733 personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 3 227 796 personnes ont reçu deux doses**, soit respectivement **14,2% et 4,8% de la population** en France. Au cours de la semaine 13, plus d'1,2 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 06 avril 2021, il est estimé que **94,8% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin et 73,1% ont reçu deux doses**.

Enfin, **59,0% 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](https://data.gouv.fr) et sont mises à jour quotidiennement.

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

# SOURCES DES DONNÉES

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

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

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

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

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

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

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

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

**Taux de reproduction effectif « R-eff »** : nombre moyen de personnes infectées par un cas, estimé selon la méthode de Cori, avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours permettant de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission (depuis le 28 mai 2020).

**Cas probables et confirmés de COVID-19 et décès parmi les professionnels d'un établissement de santé public ou privé** : données déclaratives hebdomadaires par établissement (depuis le 22 avril 2020, avec données rétrospectives depuis le 1<sup>er</sup> 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).

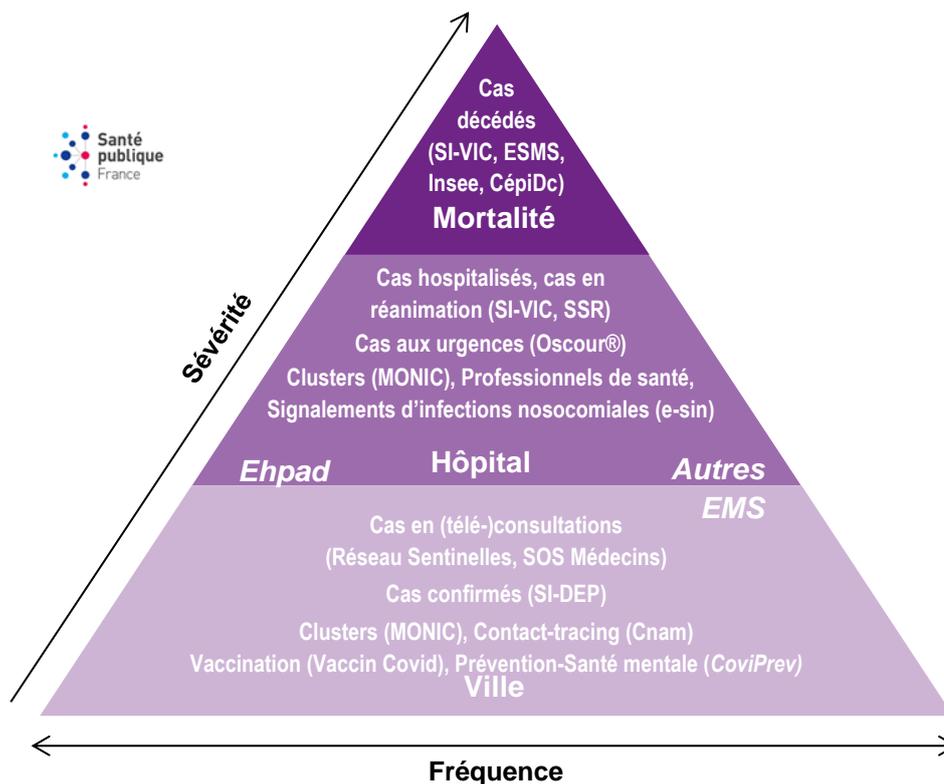
**Vaccin Covid** : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

**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



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



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



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



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



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



Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)



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



Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

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

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

### **Directrice de publication**

Pr Geneviève Chêne

### **Directrice adjointe de publication**

Pr Laëtitia Huiart

### **Contributeurs**

Coordination : Julie Figoni, Nicolas Méthy, Nelly Fournet, Judith Benrekassa, Didier Che

Systèmes de surveillance : Pauline Adam, Jonathan Bastard, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Clémentine Calba, Christine Campèse, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Jean-Claude Desenclos, Myriam Fayad, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Laurence Guldner, Katia Hamdad, Eline Hassan, Marion Hulin, Yu Jin Jung, Sophie Larrieu, Yann Le Strat, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Michael Padget, Juliette Paireau, Camille Pelat, Alessandro Pini, Elisabeth Pinto, Isabelle Pontais, Jérôme Pouey, Cécile Sommen, Guillaume Spaccaferri, Marie-Michèle Thiam, Pierre-Etienne Toulemonde, Sophie Vaux

Avec l'ensemble des équipes de Santé publique France aux niveaux national et régional

### **Contact presse**

Vanessa Lemoine

Tél : +33 (0)1 55 12 53 36 / [presse@santepubliquefrance.fr](mailto: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](http://www.santepubliquefrance.fr)

### **Date de publication**

08 avril 2021