

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 09 juin 2021.**

► Points clés

En semaine 22, diminution marquée de la circulation du SARS-CoV-2 sur l'ensemble du territoire et diminution de la pression hospitalière. La mortalité toutes causes est à nouveau dans les valeurs attendues.

- Diminution des taux d'incidence, d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques
- Mortalité toutes causes à nouveau dans les valeurs attendues au niveau national
- Métropole : diminution de la circulation virale dans l'ensemble des régions
- Outre-mer : taux d'incidence restant élevé en Guyane
- Variants :
 - Variant 20I/501Y.V1 (Alpha) toujours majoritaire en métropole
 - Variant 21A/478K (B.1.617.2, Delta) très rarement détecté au 25 mai (enquête Flash #10) mais tendance à l'augmentation du nombre de cas et de clusters liés à des transmissions autochtones.

Prévention

- Vaccination : au 07 juin
 - 28 310 571 personnes ayant reçu au moins une dose, couverture vaccinale de 42,2%
 - 14 017 162 personnes complètement vaccinées, couverture vaccinale de 20,9%
- Promotion de la vaccination pour toutes les personnes âgées de 18 ans et plus
- Nécessité de l'adhésion aux mesures barrières et de limitation des contacts
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais
- Importance du dispositif de contact-tracing pour la limitation de la propagation de l'épidémie et des variants du SARS-CoV-2

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 22 (du 31 mai au 06 juin 2021)

	S22	S21*	Évolution
Taux d'incidence (/100 000 habitants) des cas de COVID-19 (SI-DEP)	68	109**	-38%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	2,3%	3,1%	-0,8 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	1 340	1 759	-24%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	2 563	3 262	-21%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	2 847	3 246	-12%
Nombre de nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19 (SI-VIC)	671	856	-22%

* Données consolidées

** Taux d'incidence corrigé prenant en compte le lundi férié de la semaine 21.

Du 1^{er} mars 2020 au 08 juin 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	110 166
---	---------



► Point de situation en semaine 22 (du 31 mai au 06 juin 2021)

En semaine 22, on observe une diminution marquée de la circulation du SARS-CoV-2 sur l'ensemble du territoire ainsi qu'une diminution de la pression hospitalière. Après plusieurs mois d'excès de mortalité, le nombre de décès toutes causes confondues est revenu dans les valeurs attendues. Au 08 juin 2021, 42,2% et 20,9% de la population avaient reçu une dose de vaccin et un schéma vaccinal complet, respectivement. Récemment accessible à l'ensemble des personnes âgées de 18 ans et plus, la vaccination des jeunes adultes progresse fortement (plus de 26% des 18-24 ans ont reçu leur première dose au 08 juin 2021). En revanche, la couverture vaccinale, bien qu'élevée chez les plus âgés, peine à progresser ce qui nécessite des actions ciblées pour encourager et faciliter la vaccination des aînés non encore vaccinés. Dans le contexte de régression de l'épidémie, de l'allègement des mesures de restrictions sanitaires et de la circulation de variants préoccupants, l'isolement des personnes dès l'apparition de symptômes, le contact-tracing, la vaccination avec schéma complet et les autres mesures de prévention individuelle doivent continuer d'être fortement et activement promues. En particulier, le respect de l'isolement en cas d'infection ou de contact avec un cas confirmé reste indispensable pour maintenir dans la durée la tendance favorable actuelle.

Situation épidémiologique

Au niveau national, **45 547 nouveaux cas** ont été confirmés en semaine 22, soit environ 6 500 cas en moyenne chaque jour. **Le taux d'incidence était en forte diminution** par rapport à celui de la semaine 21 (corrigé pour l'effet du lundi 24 mai férié) à 68/100 000 habitants (-38%), cette diminution étant observée dans toutes les classes d'âge. **Le taux de dépistage diminuait** (2 988/100 000 habitants, -15% par rapport au taux corrigé de S21). **Le taux de positivité était toujours en diminution** à 2,3%, soit -0,8 point par rapport à S21.

Le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 enregistrés par **SOS Médecins** était encore en baisse en S22 (-24%) de même que le nombre de **passages aux urgences** pour suspicion de COVID-19 (-21%), et ce depuis le début du mois d'avril.

La **diminution du nombre de déclarations de nouvelles hospitalisations et d'admissions en services de soins critiques**, observée depuis S15, s'est poursuivie en S22 (-12% et -22% par rapport à S21, respectivement) même si les effectifs étaient encore élevés. Le nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation diminuait toujours au 08 juin 2021 (14 043, dont 2 407 en services de soins critiques).

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était dans les marges de fluctuation habituelle en semaines 20 et 21 après près de huit mois d'excès de mortalité à l'échelle nationale. Les décès de patients COVID-19 hospitalisés diminuaient toujours en semaine 22 (-23%) et restaient à un niveau très faible dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

Au niveau régional, en semaine 22, l'ensemble des régions métropolitaines avaient un taux d'incidence en diminution et inférieur à 100/100 000 habitants. Au total, 35 départements avaient un taux d'incidence inférieur ou égal à 50/100 000 habitants. La tendance à la diminution ou la stabilisation des indicateurs hospitaliers se maintenait dans toutes les régions métropolitaines mais les taux d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques restaient élevés en Île-de-France, Hauts-de-France et Bourgogne-Franche-Comté.

En Outre-mer, le taux d'incidence se maintenait à un niveau très élevé en **Guyane** en S22 (297/100 000 habitants), bien qu'en diminution marquée par rapport à S21 (-21%). Le taux de positivité restait stable à un niveau très élevé également (13,6%), de même que les indicateurs hospitaliers, néanmoins stables depuis S20. A **la Réunion**, le taux d'incidence restait stable à un niveau élevé (143/100 000 habitants) de même que les indicateurs hospitaliers, et ce depuis le mois de mars 2021.

Variants du SARS-CoV-2

En semaine 22, les indicateurs de criblage montraient toujours une prédominance de la **proportion de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1 (Alpha, ayant émergé au Royaume-Uni) (74,6%)**. La proportion de suspicions de variant **20H/501Y.V2 (Beta, ayant émergé en Afrique du Sud) ou 20J/501Y.V3 (Gamma, ayant émergé au Brésil)** était de 6,3% au niveau national avec des hétérogénéités départementales.

*La stratégie de criblage des tests positifs à la recherche des trois variants préoccupants VOC 20I/501Y.V1 (Alpha) et indistinctement VOC 20H/501Y.V2 (Beta) et 20J/501Y.V3 (Gamma) est progressivement abandonnée au profit d'une **nouvelle stratégie de criblage à la recherche de mutations d'intérêt E484K, E484Q et L452R** en raison de leur impact sur la transmissibilité (L452R) ou leur possible échappement à la réponse immunitaire (E484K, E484Q et L452R).*

La diminution progressive de la réalisation des tests de criblage à la recherche des variants Alpha, Beta et Gamma doit conduire à interpréter les indicateurs produits dans ce Point épidémiologique avec prudence et leur partage en OpenData est arrêté ce jour. La présentation des résultats du criblage dans le Point Epidémiologique sera modifiée dès la semaine prochaine afin de prendre en compte ces changements et les indicateurs s'y rapportant seront partagées en Open data d'ici la fin du mois de juin une fois que la nouvelle stratégie sera pleinement déployée.

Les données de surveillance génomique disponibles confirment la prédominance du variant préoccupant 20I/501Y.V1 (Alpha). Lors de l'enquête Flash#10 (le 25 mai 2021), on observait une diminution **de la part de variants portant les mutations E484K ou E484Q** à 10,8% (13,0% lors de l'enquête Flash #9 vs 11,0% dans Flash #8 et 8,7% dans Flash #7) même si celle-ci restait élevée. Malgré une augmentation récente de la détection du variant **VOC 21A/478K (B.1.617.2, Delta, ayant émergé en Inde)** dans les prélèvements séquencés, aucun élément n'indique à ce jour une circulation importante de ce lignage sur le territoire. Cependant, l'apparition de clusters avec transmission autochtone de ce variant indique qu'une telle transmission a commencé en France et doit conduire à la plus grande vigilance, compte-tenu de son lien avec un possible échappement vaccinal et des données en faveur d'une augmentation de sa transmissibilité par rapport aux variants de référence et au variant 20I/501Y.V1 (Alpha).

Prévention

En semaine 22, la diminution du nombre de **cas et de personnes-contacts enregistrés dans ContactCovid** se poursuivait. Cette diminution concernait également les cas ayant fréquenté un établissement ou une collectivité sensible. La proportion de personnes-contacts devenues des cas était globalement en diminution depuis S16. Cela pourrait signifier un moindre dépistage des personnes-contacts, et/ou des contacts à risque aboutissant moins souvent à des transmissions du SARS-CoV-2. Une proportion croissante de cas rapportait un voyage à l'étranger, mais cette hausse ne concernait pas les déplacements inter-régionaux en France. L'ensemble des autres indicateurs était stable.

Au 07 juin 2021, **28 310 571 personnes avaient reçu au moins une dose de vaccin** et **14 017 162 étaient vaccinées avec un schéma complet**, soit respectivement **42,2% et 20,9% de la population**. L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la **population adulte** (âgée de 18 ans et plus) était de 53,7% pour au moins une dose et de 26,7% pour une vaccination complète. Récemment accessible à l'ensemble des personnes âgées de 18 ans et plus, la vaccination des jeunes adultes a fortement progressé ces dernières semaines : plus d'un quart des 18-24 ans avaient reçu une première dose. En revanche, **la couverture vaccinale, bien qu'élevée chez les plus âgés, peine à progresser depuis quelques semaines, soulevant la nécessité d'encourager et de faciliter l'accès à la vaccination des personnes âgées non encore vaccinées par des actions ciblées et spécifiques.**

L'adoption systématique des gestes barrières demeure indispensable pour tous, même chez ceux qui ont été vaccinés. Il est essentiel que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de la COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. Le maintien des activités d'identification des contacts et **l'incitation à la vaccination de la population adulte, notamment des personnes à risque de développer des formes graves de la maladie, restent importants pour contribuer à maintenir la dynamique de l'épidémie à la baisse et lutter contre la diffusion des variants préoccupants.**

SOMMAIRE

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	5
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	16
ACTES MÉDICAUX DE L'ASSOCIATION SOS MÉDECINS	18
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	19
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	20
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ	25
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	27
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	28
SITUATION INTERNATIONALE	33
SOURCES DES DONNÉES	34

Retrouvez les dernières données concernant :

- **la surveillance en médecine ambulatoire** : Réseau Sentinelles dans le [PE n°64 du 20 mai 2020](#) et [réseau Sentinelles](#) ;
- **la surveillance des cas de Covid-19 chez les professionnels en établissements de santé** dans le [PE n° 62 du 06 mai 2021](#) ;
- **l'estimation de la séroprévalence des infections à SARS-CoV-2** dans le [PE n° 62 du 06 mai 2021](#);
- **le signalement d'infections à SARS-CoV-2 nosocomiales** dans le [PE n° 64 du 20 mai 2021](#);
- **les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation** dans le [PE n°64 du 20 mai 2020](#) ;
- **la surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques** dans le [PE n° 65 du 27 mai 2021](#) ;
- **le suivi de l'adoption des mesures de prévention et des indicateurs de santé mentale** dans le [PE n°66 du 03 juin 2021](#).

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

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

La surveillance virologique basée sur les laboratoires permet de déterminer et de 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).

Dans le contexte des évolutions liées au dépistage (tests antigéniques, test salivaires, tests de criblage pour la suspicion des variants) les données SI-DEP intègrent depuis le [20 mai 2021](#), une nouvelle méthode de pseudonymisation assurant un meilleur décompte des personnes testées. Une note méthodologique précisant cette évolution est disponible sur [le site de Santé publique France](#).

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

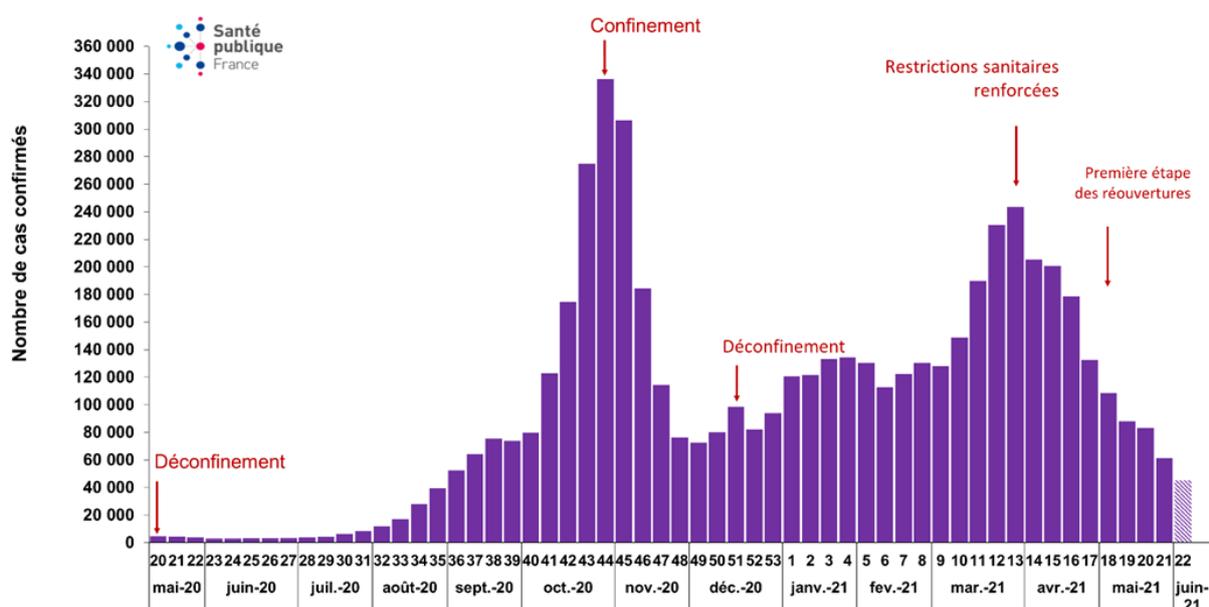
Une correction a été appliquée aux taux d'incidence et de dépistage des semaines incluant un jour férié afin de prendre en compte son effet sur l'activité de dépistage. La méthodologie a été présentée dans le [Point épidémiologique du 15 avril 2021](#) et une [note méthodologique](#) la décrivant plus précisément est disponible sur le site internet de Santé publique France.

Les données de la semaine 21 (taux d'incidence et de dépistage) présentées dans ce chapitre ont été corrigées pour prendre en compte l'effet du lundi 24 mai férié.

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

- En semaine 22, 2 005 540 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 1 989 120 en S21) et 45 547 nouveaux cas confirmés ont été rapportés (vs 61 401 en S21) (Figure 1).
- Au 09 juin 2021, un total de 5 725 492 cas confirmés de COVID-19 a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

Figure 1. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement) rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 06 juin 2021, France (données au 09 juin 2021)



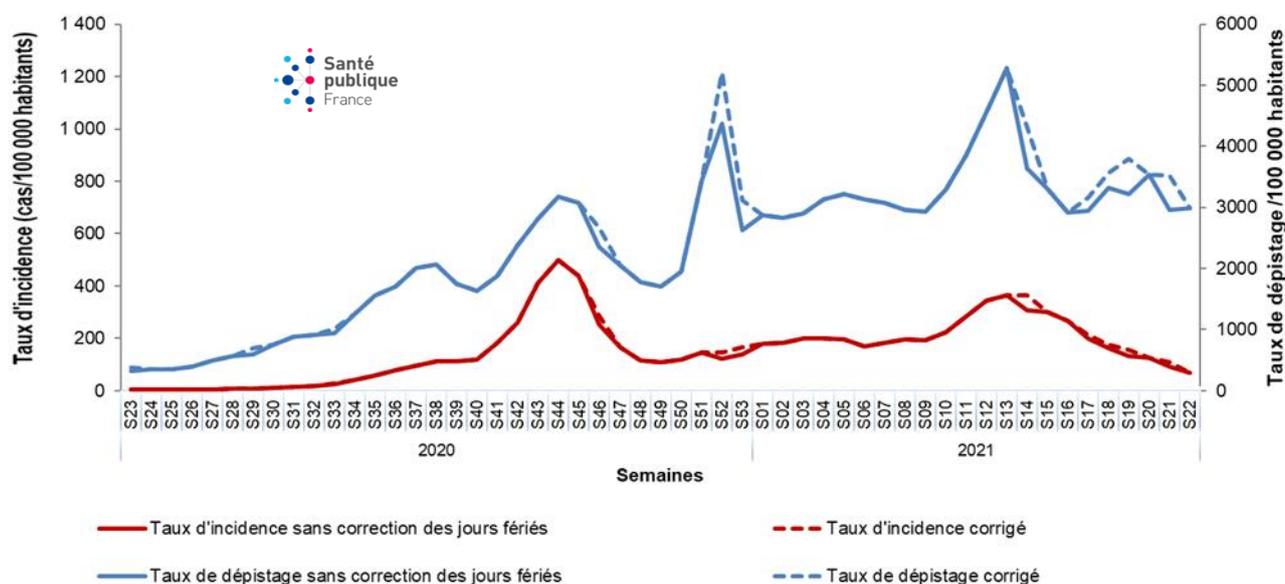
Sources S09-S19-2020 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20-2020 : SI-DEP

- En S22, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **2,3%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), en **diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (3,1%, soit -0,8 point) (Figure 3c).

- Le **taux d'incidence** national hebdomadaire (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de 68 pour 100 000 habitants en S22, en **diminution** par rapport au taux corrigé pour l'effet des jours fériés de la semaine précédente (109 cas/100 000 habitants en S21, soit -38%) (Figure 2).

- Le **taux de dépistage** national hebdomadaire (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) était de 2 988 pour 100 000 habitants en S22, en diminution par rapport au taux corrigé pour l'effet des jours fériés de S21 (3 524/100 000 habitants, soit -15%) (Figure 2).

Figure 2. Évolution des taux d'incidence et de dépistage par semaine, avec ou sans correction pour l'effet des jours fériés, depuis la semaine 23-2020, France (données au 09 juin 2021)



Semaine 22 : données non consolidées

Source SI-DEP

Analyse par classe d'âge

- En S22, le **taux d'incidence et le taux de dépistage** étaient en **diminution** par rapport au taux corrigé de S21 **dans toutes les classes d'âge** (Figure 3a et 3b).

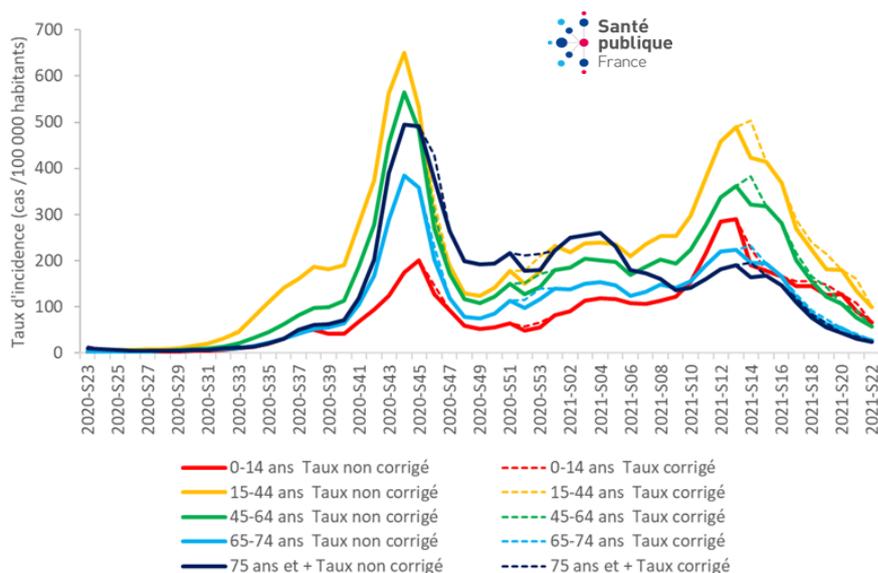
Dépistage selon la présence de symptômes

- En semaine 22, l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 86% des **personnes testées** (soit n = 1 727 315). La part des personnes symptomatiques était de 10,9%, en diminution par rapport à S21 (12,2%). Le taux de positivité était en diminution chez les symptomatiques (10% vs 12,5% en S21) et chez les asymptomatiques (1,5% vs 1,9% en S21).

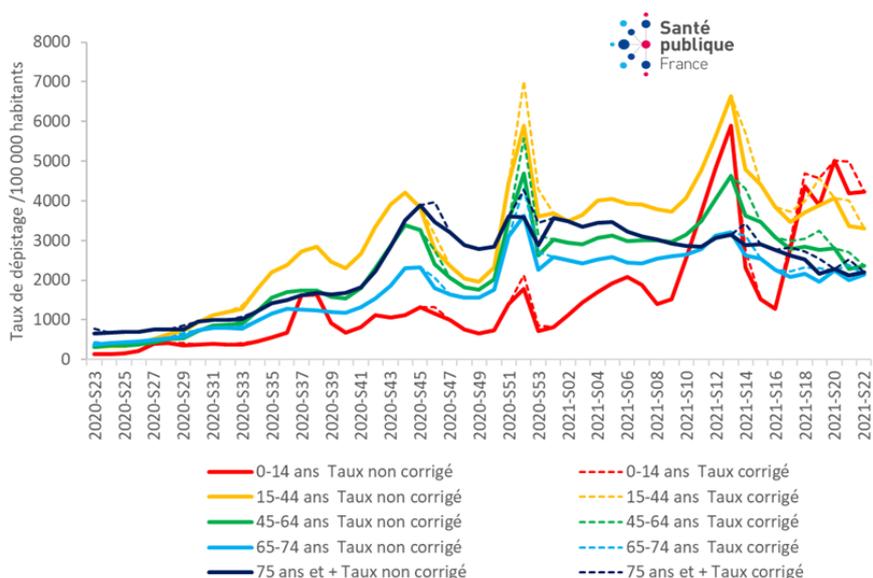
- **Parmi les cas**, 45,6% étaient symptomatiques, proportion en diminution par rapport à S21 (47,2%). Le **nombre de cas symptomatiques** était en **diminution** (18 790 vs 26 193 en S21, soit -28%), tout comme celui des **cas asymptomatiques** (22 407 vs 29 286 en S21, soit -23%).

Figure 3. Évolution des taux d'incidence (3a) et de dépistage (3b) corrigés et non corrigés pour l'effet des jours fériés et du taux de positivité (3c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23-2020, France (données au 09 juin 2021)

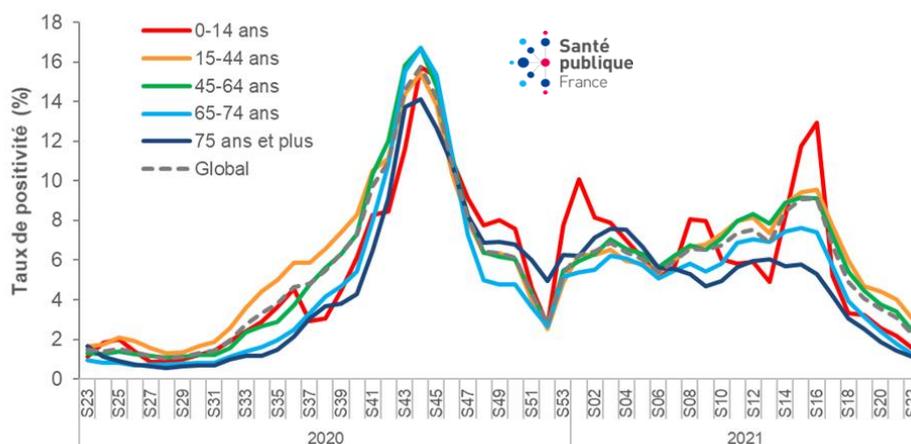
3a. Taux d'incidence



3b. Taux de dépistage



3c. Taux de positivité



Semaine 22 : données non consolidées

Source : SI-DEP

► Au niveau régional

Pour plus d'information, les données régionales détaillées sont accessibles sur [Géodes](#) et sont mises en perspective dans les [points épidémiologiques régionaux](#).

Métropole

En semaine 22, **les plus forts taux d'incidence** étaient observés en régions **Île-de-France (86/100 000 habitants) et Hauts-de-France (75)**. Le taux d'incidence était en forte diminution dans l'ensemble des régions (de -30% à -44%), avec une baisse moins marquée en Corse, où le taux d'incidence demeurait faible (21 en S22 vs 23 en S21). Au niveau départemental, en comparaison avec les taux d'incidence corrigés de S21, on observe une forte diminution du taux d'incidence dans l'ensemble des départements (supérieure à -30% dans 76 départements) sauf en Corse-du-Sud, où il était en légère augmentation à un niveau bas (29 en S22 vs 21 en S21).

Les taux de dépistage les plus élevés étaient observés en Corse (4 059/100 000 habitants), Île-de-France (3 494) et Grand Est (3 307). Le taux de dépistage était en diminution dans l'ensemble des régions métropolitaines.

Les taux de positivité les plus élevés étaient observés en Centre-Val-de-Loire et Bourgogne-Franche-Comté (2,8%). Le taux de positivité était en diminution dans toutes les régions métropolitaines sauf en Corse, où le taux de positivité était stable à 0,5%.

Outre-mer

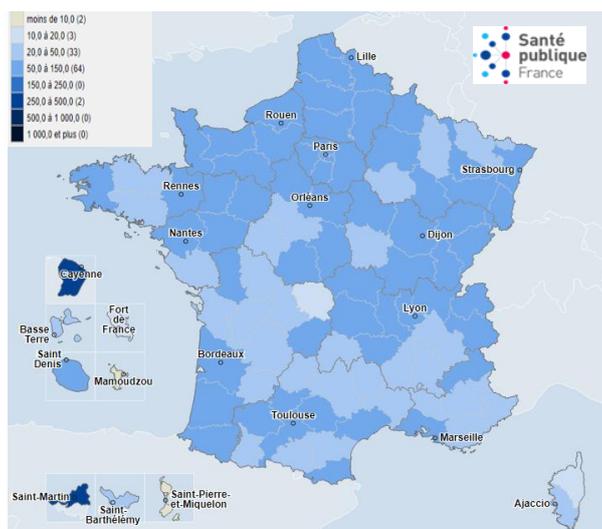
En Guyane, le taux d'incidence était en diminution (297/100 000 habitants vs 377, soit -21%) mais restait à un niveau très élevé.

En Guadeloupe, le taux d'incidence était en forte diminution en S22 (48 vs 94 en S21).

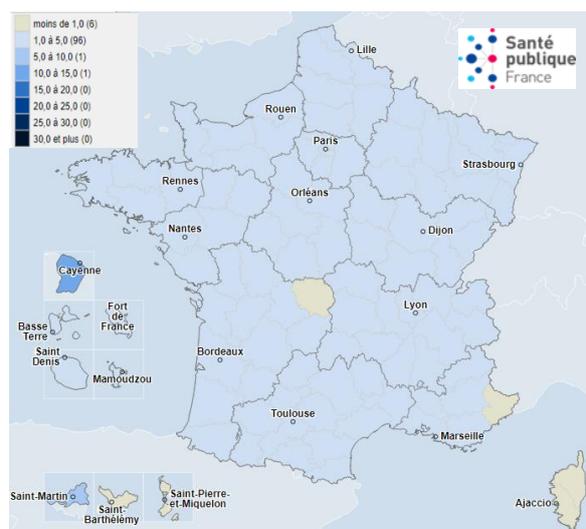
En S22, le taux d'incidence était en diminution **en Martinique** (20 vs 27 en S21), à **la Réunion** (144 vs 160 en S21), à **Saint-Martin** (325 vs 354 en S21), et en augmentation à **Mayotte** (10 vs 8 en S21).

Figure 4. Taux d'incidence (/100 000 habitants) (4a), de positivité (%) (4b) et de dépistage (nombre de tests/100 000 habitants) (4c) pour le SARS-CoV-2 du 31 mai au 06 juin 2021, par département, France (données au 09 juin 2021)

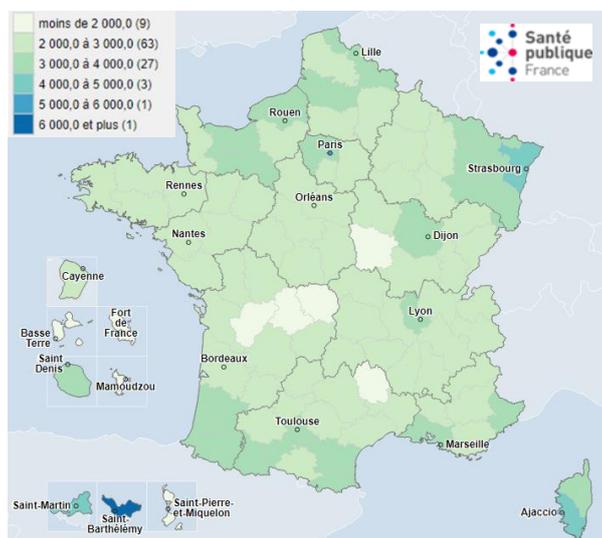
4a. Taux d'incidence



4b. Taux de positivité



4c. Taux de dépistage



Source : SI-DEP

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

► Analyse par niveaux scolaires

- **En semaine 22**, 598 648 personnes de moins de 18 ans ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 602 634 en S21). Un total de 10 928 nouveaux cas a été rapporté (vs 14 592 en S21). Les 0-17 ans représentaient 24% 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 4% des nouveaux cas parmi les moins de 18 ans, les 3-5 ans 8%, les 6-10 ans 29%, les 11-14 ans 31% et les 15-17 ans 27%.

- Le **taux d'incidence** au niveau national était de 121/100 000 habitants chez les 15-17 ans, 102 chez les 11-14 ans, 78 chez les 6-10 ans, 38 chez les 3-5 ans et 19 chez les 0-2 ans (Figure 5a).

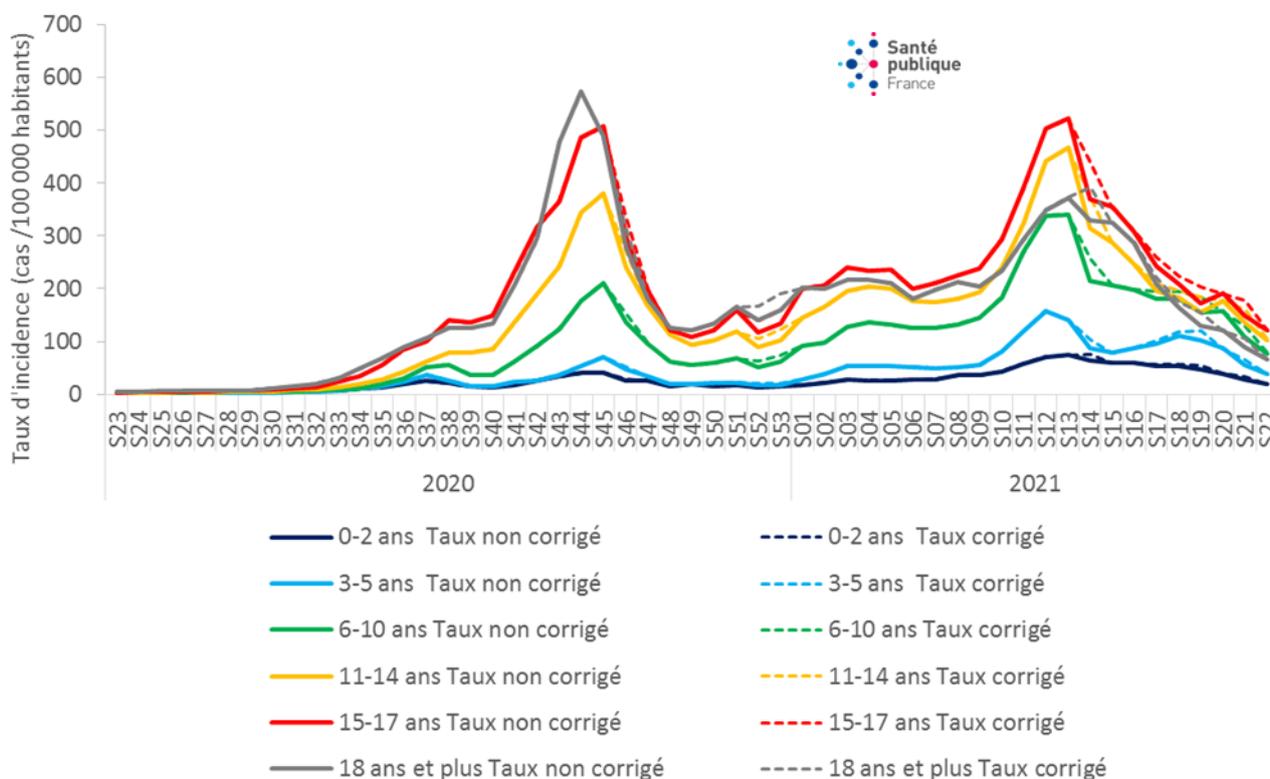
- Le **taux d'incidence** diminuait pour toutes les classes d'âge : les 15-17 ans (-32%), les 11-14 ans (-36%), les 6-10 ans (-40%), les 3-5 ans (-42%) et les 0-2 ans (-43%).

- Le **taux de dépistage** diminuait pour toutes les classes d'âge : les 0-2 ans (-18%), les 3-5 ans (-10%), les 6-10 ans (-13%), les 11-14 ans (-20%) et les 15-17 ans (-22%) (Figure 5b).

- Le **taux de positivité** diminuait pour toutes les classes d'âge : les 15-17 ans (-0,5 point), les 11-14 ans (-0,5 point), les 6-10 ans (-0,6 point), les 3-5 ans (-0,7 point) et les 0-2 ans (-1,6 point) (Figure 5c).

Figure 5. Évolution des taux d'incidence (5a) et de dépistage (5b) corrigés et non corrigés pour l'effet des jours fériés, et du taux de positivité (5c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge des moins de 18 ans, depuis la semaine 23-2020, France (données au 09 juin 2021)

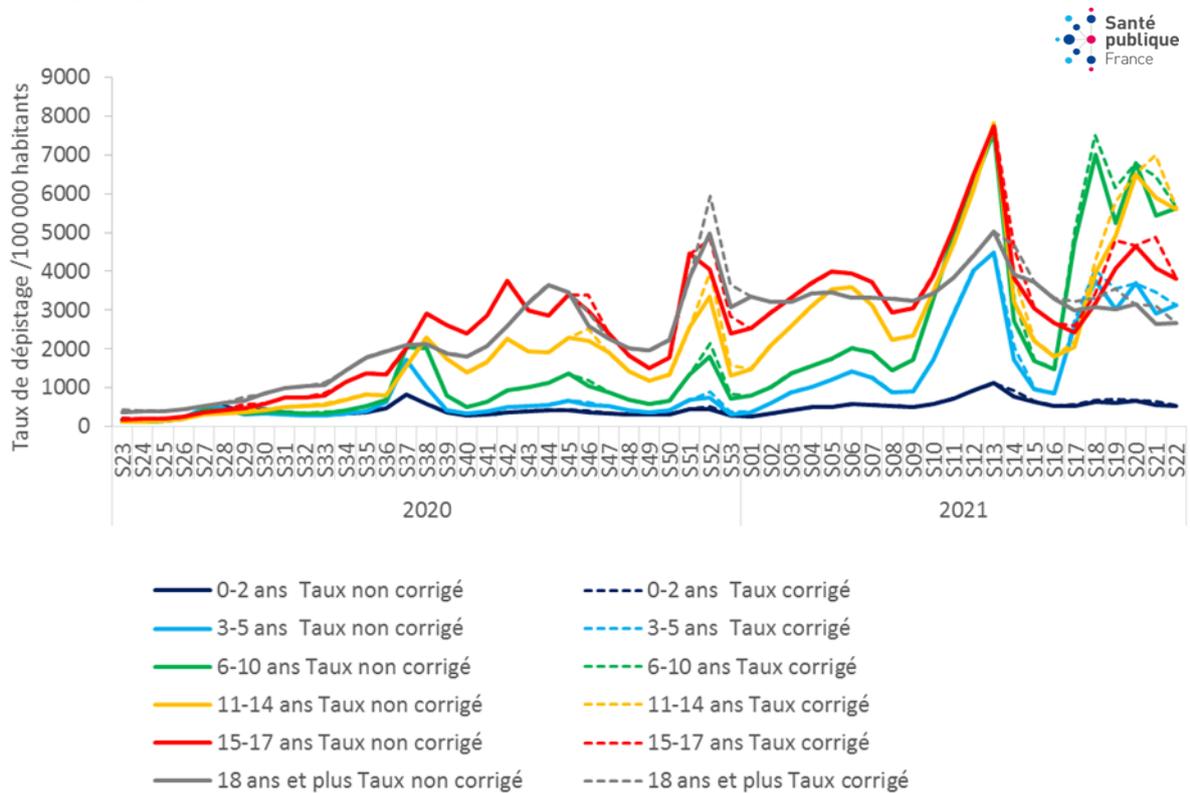
5a. Taux d'incidence



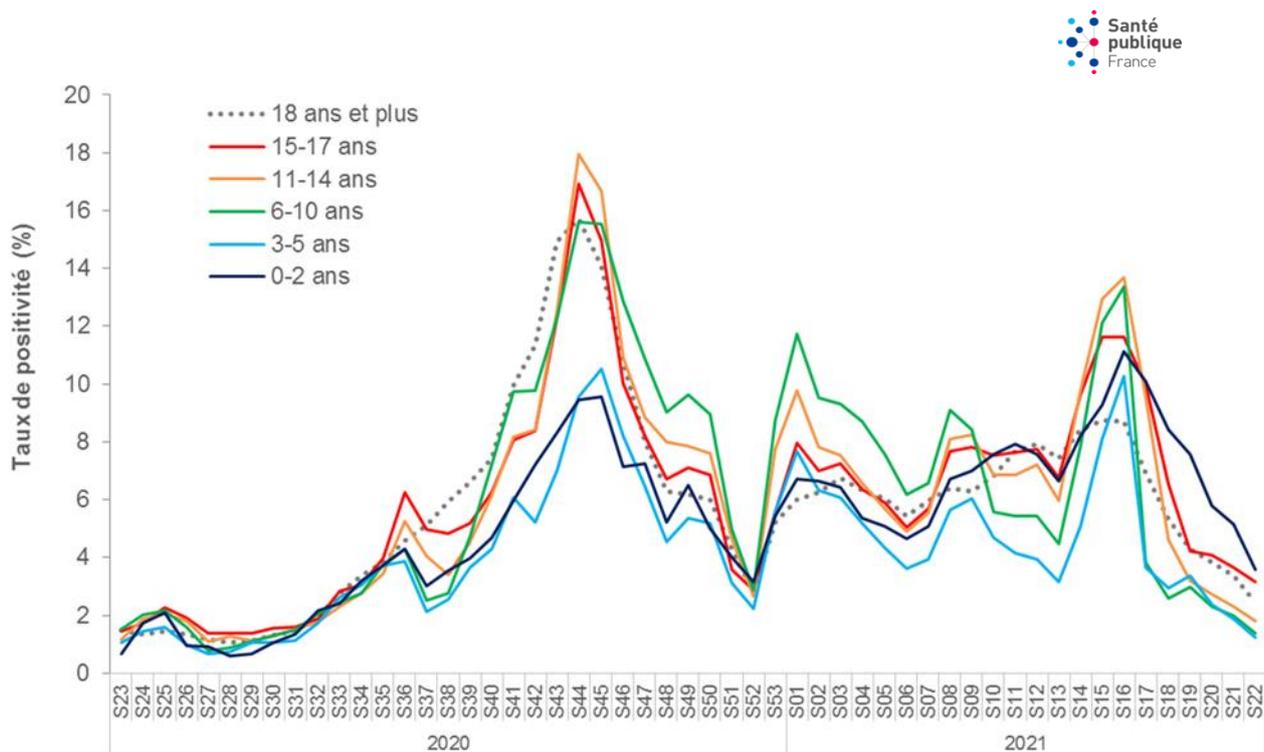
Semaine 22 : données non consolidées

Source : SI-DEP

5b. Taux de dépistage



5c. Taux de positivité



Semaine 22 : données non consolidées

Source : SI-DEP

► Variants préoccupants et à suivre du SARS-CoV-2

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. Des détails sont disponibles sur le site de [Santé publique France](#).

La dénomination des variants du coronavirus, selon la nomenclature de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1. Tableau de correspondance de la dénomination des variants VOC et VOI (analyse de risque du 02 juin 2021) selon la nouvelle nomenclature de l'OMS du 31 mai 2021

	Nouvelle nomenclature de l'OMS	Lignage PANGO	Nomenclature Nextstrain	Première détection
VOC	Alpha	B.1.1.7	20I/501Y.V1	Royaume-Uni Septembre 2020
	Beta	B.1.351	20H/501Y.V2	Afrique du Sud Mai 2020
	Gamma	P.1	20J/501Y.V3	Brésil Novembre 2020
	pas de nom attribué	B.1.1.7+E484K/Q	20I/484K ou Q	Royaume-Uni Janvier 2021
	Delta	B.1.617.2	21A/478K	Inde Octobre 2020
VOI	Iota	B.1.526	20C/484K ou 20C/477N	Etats-Unis Novembre 2020
	pas de nom attribué	B.1.616	20C/655Y	France Janvier 2021
	Eta	B.1.525	20A/484K	Royaume-Uni, Nigéria, Décembre 2020
	pas de nom attribué	B.1.1.318	20B/681H	Royaume-Uni, Nigéria, Janvier 2021
	Kappa	B.1.617.1	21A/154K	Inde Octobre 2020

Variants préoccupants (VOC)

À ce jour, **cinq variants ont été qualifiés de préoccupants (VOC)** en raison de leur transmissibilité augmentée et/ou d'un risque d'échappement à la réponse immunitaire, d'après [l'analyse de risque conjointe par le Centre national de référence des virus respiratoires et Santé publique France](#).

Tests de criblage

- Au niveau national en S22, parmi les tests positifs criblés dont les résultats étaient disponibles dans SI-DEP, **74,6% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 (Alpha) et 6,3% de variant 20H/501Y.V2 (Beta) ou 20J/501Y.V3 (Gamma)**. Les suspicions de variant 20H/501Y.V2 (Beta) ou 20J/501Y.V3 (Gamma) restaient hétérogènes selon les départements. Parmi les départements métropolitains présentant des données interprétables, la proportion du variant 20I/501Y.V1 (Alpha) était supérieure à 80% dans 35 départements, et supérieure à 90% dans 14 d'entre eux. La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (Beta) ou 20J/501Y.V3 (Gamma) était comprise entre 10% et 20% dans deux départements métropolitains.

La stratégie de criblage des tests positifs à la recherche des trois variants préoccupants VOC 20I/501Y.V1 (Alpha) et indistinctement VOC 20H/501Y.V2 (Beta) et 20J/501Y.V3 (Gamma) est progressivement abandonnée au profit d'une **nouvelle stratégie de criblage à la recherche de mutations d'intérêt E484K**,

E484Q et L452R en raison de leur impact sur la transmissibilité (L452R) ou l'échappement à la réponse immunitaire (E484K et E484Q). En effet, la stratégie initiale de criblage ciblant les VOC Alpha, Beta et Gamma n'est plus adaptée à la diversité croissante des variants émergents du SARS-CoV-2. La nouvelle stratégie de criblage est en cours de déploiement depuis le 31 mai 2021 sur l'ensemble du territoire dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale.

La diminution progressive de la réalisation des tests de criblage à la recherche des variants Alpha, Beta et Gamma doit conduire à interpréter les indicateurs produits dans ce Point épidémiologique avec prudence et leur partage en Open data est arrêté ce jour.

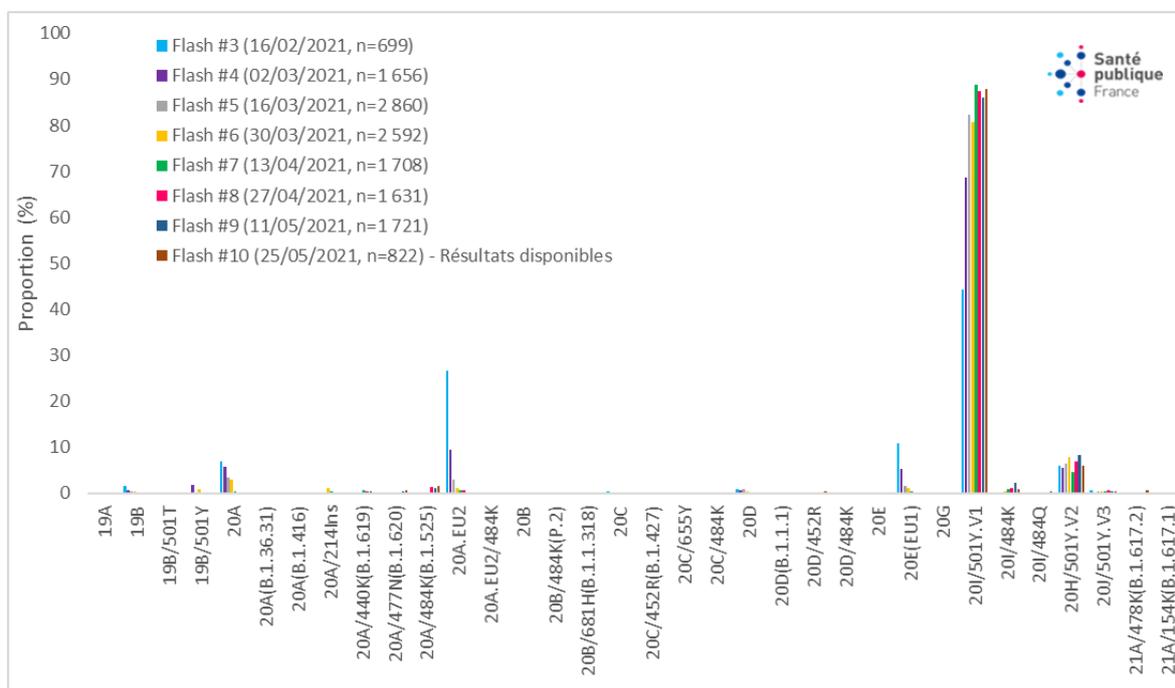
La présentation des résultats du criblage dans le Point Epidémiologique sera modifiée dès la semaine prochaine afin de prendre en compte ces changements et les indicateurs s'y rapportant seront partagés en Open data d'ici la fin du mois de juin une fois que la nouvelle stratégie sera pleinement déployée.

Tandis que les données de criblage permettront un suivi réactif de la détection des trois mutations d'intérêt, le suivi de la diffusion des différents variants du SARS-CoV-2 continuera d'être réalisé grâce au séquençage, dans le cadre de la surveillance génomique nationale.

Surveillance génomique

• **Les résultats de l'enquête Flash #10** du 25 mai 2021 reposent sur 822 séquences disponibles au 08 juin 2021 (Figure 6). **Ces résultats confirment la place toujours prédominante du variant préoccupant 20I/501Y.V1 (Alpha)**, qui représentait 87,8% des séquences interprétables. Le variant préoccupant 20H/501Y.V2 (Beta) représentait 6,0% des résultats interprétables disponibles. Les variants préoccupants 20J/501Y.V3 (Gamma), 20I/484K, 20I/484Q et 21A/478K (Delta) restaient très minoritaires (respectivement 0,4%, 0,9%, 0,4% et 0,5% des séquences interprétables). La proportion de tous les variants portant la mutation E484K/Q a été recalculée et permet de suivre l'évolution au cours des différentes enquêtes Flash (Flash #3 : 6,6% ; Flash #4 : 5,8% ; Flash #5 : 7,1% ; Flash #6 : 10,5% ; Flash #7 : 8,7% ; Flash #8 : 11,0% et Flash #9 : 13,0%). Cette proportion reste élevée pour Flash #10 (10,8%)

Figure 6. Évolution des résultats de séquençage par clade, Enquêtes Flash #3 à #10, France (données au 08 juin 2021) (Source : Santé publique France, données EMERGEN)



• **Le variant 20I/484K**, ayant émergé au Royaume-Uni début 2021, était peu détecté en France jusqu'à la mi-mars. Une transmission communautaire a été rapportée depuis début avril dans plusieurs régions : en Bretagne, où la situation semble contenue à ce jour, en Île-de-France et en Hauts-de-France. Lors de l'enquête Flash #10, la part du variant 20I/484K parmi les séquences interprétables était de 7,8% en Île-de-France (5,1% dans Flash #9), 1,4% en Normandie (5,8% lors de Flash #9) et 0,3% en Auvergne Rhône Alpes, où le variant est détecté pour la première fois au sein d'une enquête Flash.

Dans les Hauts-de-France, l'analyse des données de criblage et de séquençage à partir des données renseignées dans SI-DEP a permis d'identifier une augmentation importante des cas du variant 20I/484K à partir de la semaine 17. **Des clusters ont été rapportés dans certaines collectivités et des mesures ont été mises en place pour limiter la diffusion de ce variant.**

Depuis début 2021, le **variant 20I/484Q** n'avait été détecté que chez de rares cas sporadiques en France. En Île-de-France, un cluster est survenu dans un établissement de soins en avril. En Nouvelle-Aquitaine, une transmission communautaire a été identifiée depuis le début du mois de mai, initialement limitée à un quartier de Bordeaux mais des cas ont également été identifiés dans d'autres quartiers et communes de Gironde. La situation en Gironde au 08 juin 2021 dénombre 102 cas positifs au variant 20I/484Q dont 69 cas confirmés par séquençage et 33 cas par lien épidémiologique. Au total, sept cas ont été hospitalisés. Une transmission communautaire du variant 20I/484Q a également été identifiée dans le secteur de Niort depuis le début du mois de mai. : au 07 juin 2021, l'épisode dénombre 38 cas confirmés positifs au VOC4 20I/484Q, dont huit par séquençage et 30 par lien épidémiologique. Actuellement, le lien entre la situation sur la Gironde et ce secteur n'a pas pu être confirmé. Il semblerait que la situation à Niort soit maintenue, mais afin de caractériser la diffusion du variant, la participation du secteur de Niort à l'enquête Flash #11 a été fortement encouragée parmi les actions mises en place dans les Deux-Sèvres.

La surveillance se poursuit donc dans ces deux secteurs pour suivre la diffusion de ce variant. Néanmoins, si le nombre de cas dépistés positifs diminue depuis fin mai en Gironde, une transmission communautaire installée semble se confirmer et le secteur devrait passer d'une surveillance renforcée à une surveillance utilisant les indicateurs épidémiologiques de routine. Parmi les actions mises en place dans le secteur (contact-tracing renforcé, dépistage massif, campagne de vaccination renforcée), la participation aux enquêtes Flash a été encouragée mais est restée peu suivie : à titre indicatif, la part du variant 20I/484Q parmi les séquences interprétables en région Nouvelle-Aquitaine représentait 3,6% (n=2) lors de Flash #10. Par ailleurs, cette dernière enquête montre aussi que le variant 20I/484Q a été rapporté en Occitanie (n=1), où il n'était pas détecté la semaine précédente.

• **Le lignage B.1.617** a été détecté pour la première fois en Inde à la fin de l'année 2020 et inclut trois sous-lignages (B.1.617.1, B.1.617.2 et B.1.617.3) qui diffèrent légèrement sur le plan des mutations d'intérêt. Le B.1.617.2 (Delta) est classé VOC en raison de données en faveur d'une transmissibilité accrue par rapport aux souches de référence, dont le 20I/501Y.V1 (Alpha), et un possible impact en termes d'échappement immunitaire post-vaccination (efficacité diminuée en particulier en cas de vaccination incomplète). Le sous-lignage B.1.617.1 (Kappa) est classé VOI, les données publiées étant à ce jour insuffisantes pour bien le caractériser et évaluer son impact. Depuis début avril, le nombre de cas de B.1.617.2 (Delta), semblant circuler majoritairement en Inde, est en forte augmentation au Royaume-Uni à la fois parmi les personnes de retour de voyage et parmi les personnes n'ayant pas voyagé, ce qui signe une transmission communautaire dans certaines régions.

En France, lors de la semaine 22, les données de séquençage des quatre plateformes du consortium Emergen montrent un total de 31 cas confirmés au lignage B.1.617 dont 17 cas confirmés de variant B.1.617.2 (Delta) et 14 cas de variant B.1.617.1 (Kappa). Parmi les cas B.1.617.2, cinq ont été identifiés au cours de l'enquête Flash #10 et les cas ont été rapportés pour cinq régions : Île-de-France (8), Auvergne-Rhône-Alpes (4), Provence-Alpes-Côte d'Azur (2), Grand Est (2) et Hauts-de-France (1). Pour les cas séquencés confirmés au variant B.1.617.1, les cas ont été rapportés dans deux régions : la région Provence-Alpes-Côte d'Azur avec 12 cas confirmés provenant d'un cluster en EHPAD et la région Auvergne-Rhône-Alpes avec deux cas confirmés. Le sous-lignage B.1.617.2 est donc toujours majoritaire parmi les séquençages des lignages B.1.617 remontés via Emergen et tous les cas reportés de la semaine 22 possédaient l'information concernant le sous-lignage.

Par ailleurs, plusieurs clusters liés au variant Delta ont été rapportés :

- clusters dans deux EHPAD en Provence-Alpes-Côte d'Azur qui semblent désormais contenus
- une situation dans les Landes impliquant des clusters dans différents contextes (familiaux, entreprise et établissements scolaires), qui reflète une transmission communautaire localisée. Au 08 juin, deux cas ont été confirmés par séquençage et 29 cas sont des suspicions de variant du lignage B.1.617 sur la base des données de criblage.
- un cluster dans un hôpital en Loire-Atlantique.

Ces clusters sont en cours d'investigation et des mesures ont été mises en place pour limiter la diffusion de ce variant (organisation de dépistage, renforcement du contact-tracing, incitation à la vaccination). Le séquençage est renforcé dans les collectivités et zones concernées pour suivre la diffusion des variants du lignage B.1.617.

Variants à suivre (VOI)

D'autres variants du SARS-CoV-2 sont qualifiés de variants à suivre (VOI). Certains ont déjà été détectés sur le territoire et leur circulation est suivie avec attention dans les enquêtes Flash.

Le VOI 20C/655Y (lignage B.1.616) a initialement été détecté à Lannion, en Bretagne. Des clusters hospitaliers ont été rapportés dans les Côtes-d'Armor entre les mois de janvier et avril 2021. Ces situations semblent désormais contenues, le dernier cas confirmé de B.1.616 ayant été diagnostiqué à la fin du mois d'avril. Par ailleurs les données de surveillance populationnelle ne semblent pas montrer de transmission communautaire dans la zone concernée en Bretagne. La survenue de plusieurs clusters en milieu hospitalier et les difficultés diagnostiques incitent à maintenir la vigilance vis-à-vis de ce VOI, en particulier en Bretagne.

NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori¹, avec une fenêtre temporelle mobile de sept jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP, des passages aux urgences (OSCOUR[®]) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. Les estimations du nombre de reproduction SI-DEP sont obtenues à partir des données virologiques non corrigées pour l'effet des jours fériés, ce qui doit être pris en compte dans l'interprétation de l'évolution temporelle de cet indicateur.

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.**

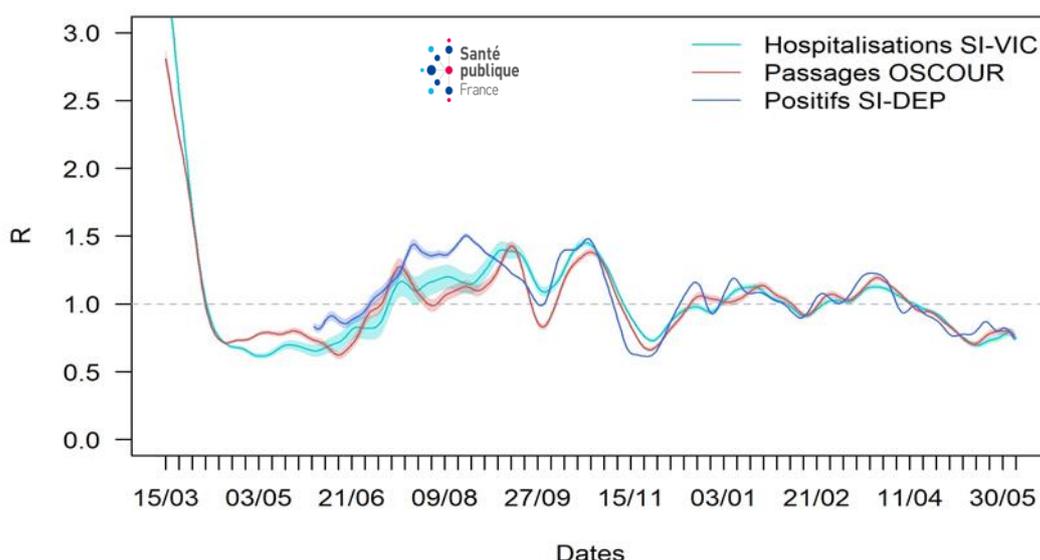
● L'estimation du nombre de reproduction effectif en France métropolitaine restait toujours significativement inférieure à 1 à partir des trois sources de données (Tableau 2 et Figure 7).

Les estimations du nombre de reproduction effectif à partir des données virologiques (SI-DEP) sont obtenues à partir des données enregistrées et non corrigées pour les jours fériés. La dynamique de cet indicateur reflète l'évolution du taux d'incidence non corrigé.

● Les estimations du nombre de reproduction effectif étaient inférieures à 1 à partir des trois sources de données dans toutes les régions métropolitaines (Tableau 2).

● **À La Réunion**, l'estimation du nombre de reproduction était supérieure à 1 de façon non significative à partir des données virologiques (SI-DEP) et des hospitalisations pour suspicion de COVID-19 (SI-VIC), mais restait inférieure à 1 à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR[®]). **En Guyane**, l'estimation du nombre de reproduction était supérieure à 1 de façon non significative à partir des hospitalisations pour suspicion de COVID-19 (SI-VIC), mais était inférieure à 1 dans les deux autres sources. Dans les autres régions ultra-marines, les estimations restaient inférieures à 1.

Figure 7. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R -effectif) à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP), des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 (OSCOUR[®]) et des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), du 15 mars 2020 au 06 juin 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR[®] et SI-VIC

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.

Tableau 2. Nombre de reproduction effectif du 05 juin 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 06 juin 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	0,73 (0,71-0,75)	0,73 (0,65-0,82)	0,74 (0,65-0,84)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,78 (0,75-0,81)	0,87 (0,74-1,00)	0,71 (0,59-0,85)
	Bretagne	0,78 (0,75-0,82)	0,71 (0,55-0,90)	0,84 (0,66-1,04)
	Centre-Val de Loire	0,75 (0,72-0,79)	0,83 (0,68-1,00)	0,92 (0,74-1,11)
	Corse	0,98 (0,77-1,22)	NC	NC
	Grand Est	0,78 (0,76-0,81)	0,75 (0,64-0,87)	0,86 (0,74-0,99)
	Hauts-de-France	0,67 (0,66-0,69)	0,81 (0,71-0,93)	0,68 (0,60-0,77)
	Île-de-France	0,72 (0,70-0,73)	0,75 (0,69-0,81)	0,74 (0,68-0,80)
	Normandie	0,68 (0,65-0,71)	0,74 (0,61-0,88)	0,66 (0,54-0,79)
	Nouvelle-Aquitaine	0,80 (0,77-0,83)	0,84 (0,72-0,96)	0,79 (0,66-0,94)
	Occitanie	0,83 (0,80-0,86)	0,81 (0,71-0,92)	0,70 (0,58-0,83)
	Pays de la Loire	0,72 (0,69-0,75)	0,69 (0,56-0,83)	0,74 (0,60-0,89)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,75 (0,72-0,78)	0,83 (0,72-0,94)	0,74 (0,63-0,85)
	France métropolitaine	0,74 (0,73-0,75)	0,77 (0,74-0,81)	0,74 (0,71-0,78)
France ultramarine	Guadeloupe	0,70 (0,60-0,80)	0,90 (0,64-1,21)	0,91 (0,66-1,19)
	Guyane	0,90 (0,84-0,96)	0,99 (0,82-1,16)	1,04 (0,84-1,26)
	La Réunion	1,04 (0,99-1,10)	0,83 (0,66-1,02)	1,10 (0,88-1,35)
	Martinique	0,87 (0,68-1,08)	NA	NC
	Mayotte	0,95 (0,62-1,35)	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.

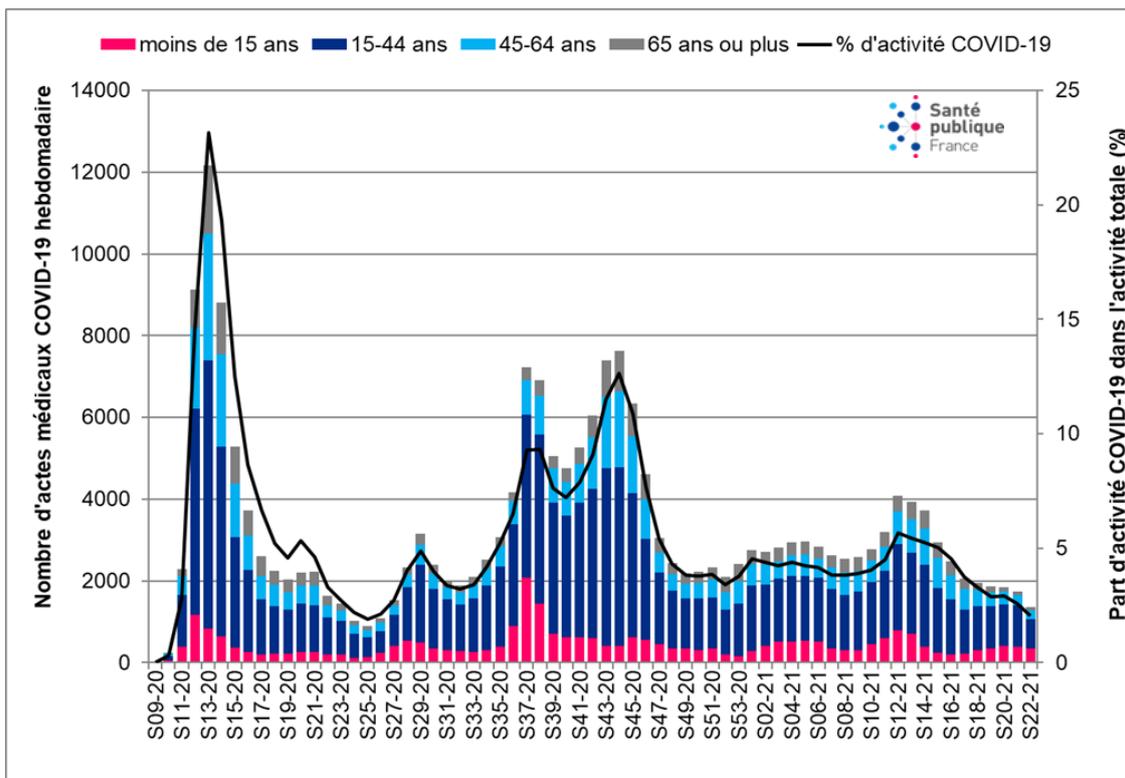
Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

ACTES MÉDICAUX DE L'ASSOCIATION SOS MÉDECINS

• Depuis le 03 mars 2020, **222 135 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 07 juin 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

• En semaine 22 (du 31 mai au 06 juin 2021), **1 340 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption au cours de la période. Ce nombre était **en baisse** pour la deuxième semaine consécutive (1 759 actes en S21, soit -24%) après une stabilisation en S20. La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était **en légère baisse** à 2,1% (vs 2,6% en S21) (Figure 8).

Figure 8. 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

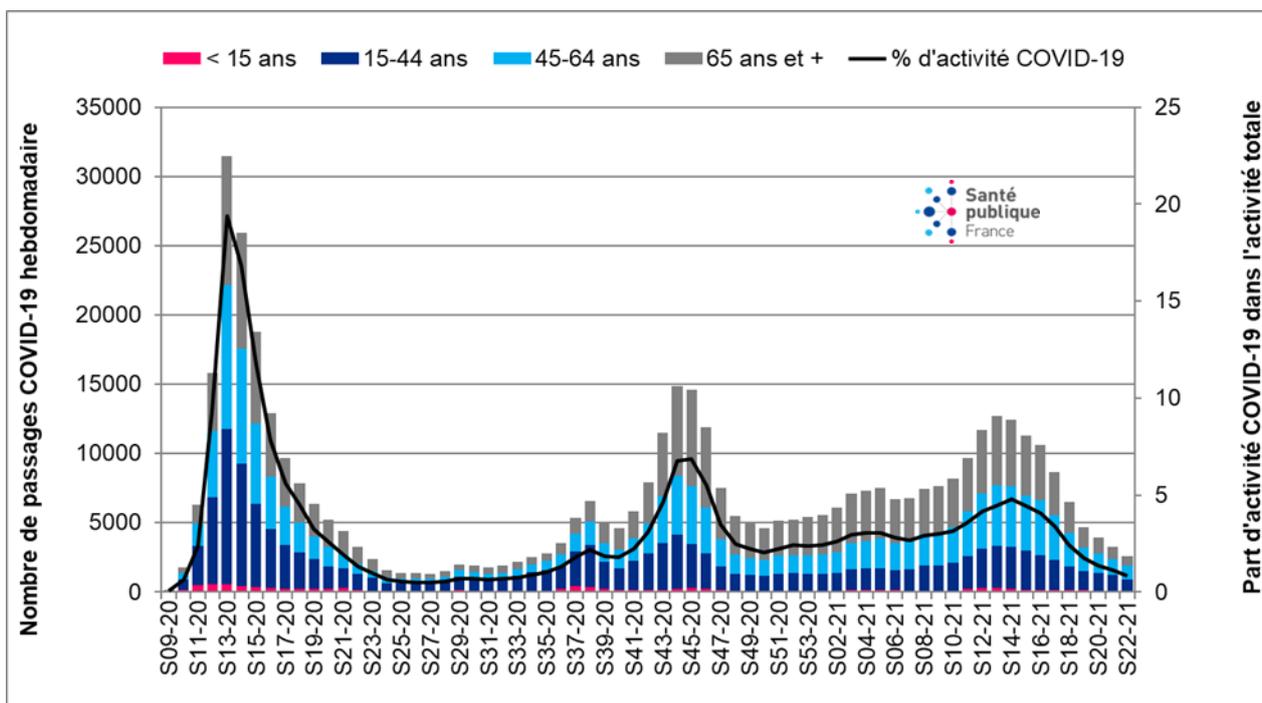
Pour en savoir + sur les données SOS Médecins consulter [Géodes](#) et le [bulletin Sursaud](#)

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

• Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **496 760 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 08 juin 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

• **En semaine 22** (du 31 mai au 06 juin 2021), **2 563 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (contre 3 262 passages en S21, soit -21%). Il s'agit de la **huitième semaine de baisse** consécutive (Figure 9). La part d'activité était de 1,0% en S22 (vs 1,1% en S21). Le pourcentage d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était stable (51% en S22 vs 50% en S21).

Figure 9. 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



Pour en savoir + sur les données OSCOUR® consulter [Géodes](#) et le [bulletin Sursaud](#)

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.

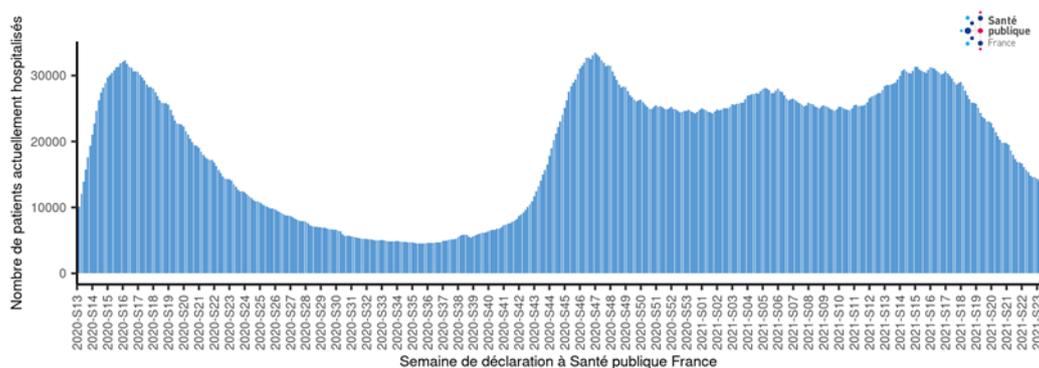
Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en services de soins critiques ou le décès d'un patient COVID-19 et la date de déclaration ou de mise à jour du statut du patient dans le système SI-VIC est fréquent. Les données par dates d'admission et de décès nécessitant en moyenne une semaine de consolidation,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

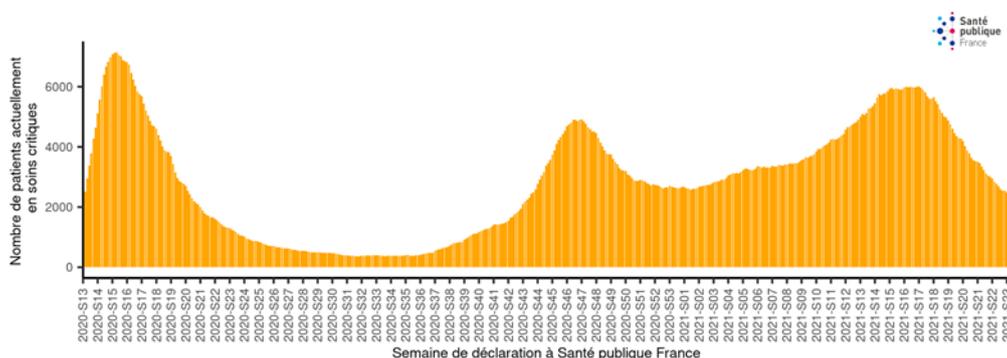
- Le 08 juin 2021, **14 043** patients COVID-19 étaient hospitalisés en France (vs 16 146 le 1^{er} juin, soit -13%) (Figure 10), dont :
 - **2 407** en services de soins critiques (vs 2 837 le 1^{er} juin, soit -15%) (Figure 11 et Tableau 3). Parmi ceux-ci, 1 859 étaient en services de réanimation et 548 dans d'autres services de soins critiques (soins intensifs ou soins continus).
 - **5 794** en hospitalisation conventionnelle (soit -17%),
 - **5 437** en soins de suite et réadaptation et **405** en autres unités de soins.

Figure 10. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 08 juin 2021)



Source : SI-VIC

Figure 11. Nombre de patients COVID-19 en services de soins critiques, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 08 juin 2021)



Source : SI-VIC

- Parmi les 473 535 patients ayant été hospitalisés depuis le 1^{er} mars 2020 (Tableau 3) :
 - l'âge médian des patients était de 72 ans et 52% étaient des hommes ;
 - **83 737** patients sont décédés : 73% étaient âgés de 75 ans et plus et 58% étaient des hommes.

Tableau 3. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en services de soins critiques) le 08 juin 2021 et nombre de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

	Le 08 juin 2021				Depuis le 01 mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Soins Critiques		Décès	
	N	%	N	%	N	%
Total	14 043		2 407		83 737	
Classes d'âge *						
Total	13 943		2 396		83 289	
0-14 ans	46	<1	7	<1	7	<1
15-44 ans	903	6	166	7	622	<1
45-64 ans	3 438	25	1 027	43	6 962	8
65-74 ans	3 493	25	913	38	14 570	17
75 et +	6 063	43	283	12	61 128	73
Régions *						
Total	13 984		2 394		83 708	
Métropole						
Auvergne-Rhône-Alpes	1 528	11	236	10	11 559	14
Bourgogne-Franche-Comté	587	4	87	4	4 790	6
Bretagne	461	3	52	2	1 630	2
Centre-Val de Loire	472	3	84	4	2 746	3
Corse	33	<1	4	<1	205	<1
Grand Est	1 092	8	178	7	10 128	12
Hauts-de-France	1 861	13	324	14	9 142	11
Île-de-France	3 530	25	683	29	20 298	24
Normandie	883	6	118	5	3 321	4
Nouvelle-Aquitaine	673	5	111	5	3 810	5
Occitanie	748	5	127	5	4 543	5
Pays de la Loire	382	3	66	3	2 697	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 283	9	217	9	7 975	10
Outre-mer						
La Réunion	167	1	34	1	219	<1
Martinique	33	<1	7	<1	98	<1
Mayotte	8	<1	4	<1	130	<1
Guadeloupe	129	<1	29	1	294	<1
Guyane	114	<1	33	1	123	<1

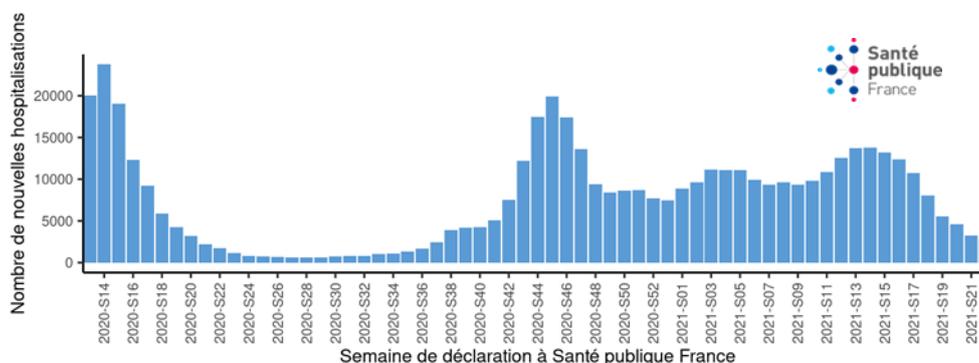
* L'information sur l'âge ou sur la région n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Source : SI-VIC

Nouvelles hospitalisations en services conventionnels et en soins critiques

● La **diminution du nombre de déclarations** de nouvelles hospitalisations, observée depuis S15, s'est poursuivie en S22 : **2 847** vs **3 246** en S21, soit -12% (Figure 12). En S22, pour 88% de ces patients, le motif initial d'hospitalisation était la COVID-19.

Figure 12. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 06 juin 2021)



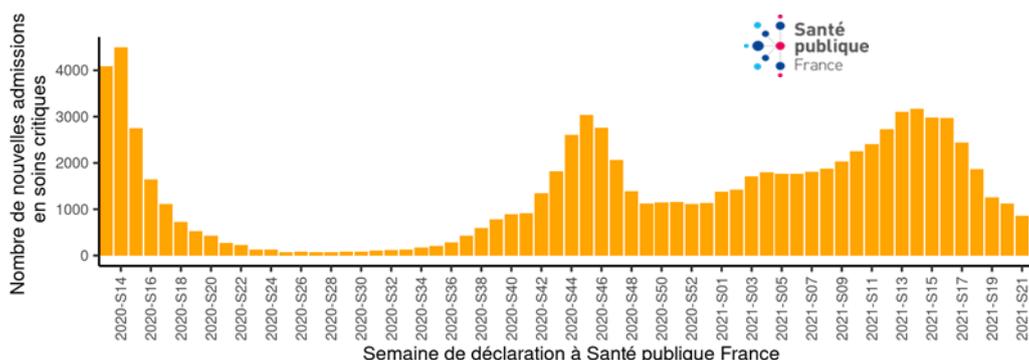
Source : SI-VIC

● En S22, le taux hebdomadaire d'hospitalisations par date de déclaration était de **4,2/100 000** habitants, contre **4,8** en S21.

● La **diminution du nombre de déclarations de nouvelles admissions en services de soins critiques** de patients COVID-19, observée depuis S15, s'est poursuivie en S22 : 671 contre 856 en S21, soit -22% (Figure 13). Parmi ces admissions :

- pour 94% des patients, le motif initial d'hospitalisation était la COVID-19 ;
- le nombre de nouvelles déclarations d'admission en services de réanimation était de 478 (vs 614 en S21, soit -22%).

Figure 13. 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 06 juin 2021)



Source : SI-VIC

● Le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques par date de déclaration était de **1,0 pour 100 000 habitants** en S22 contre 1,3 en S21.

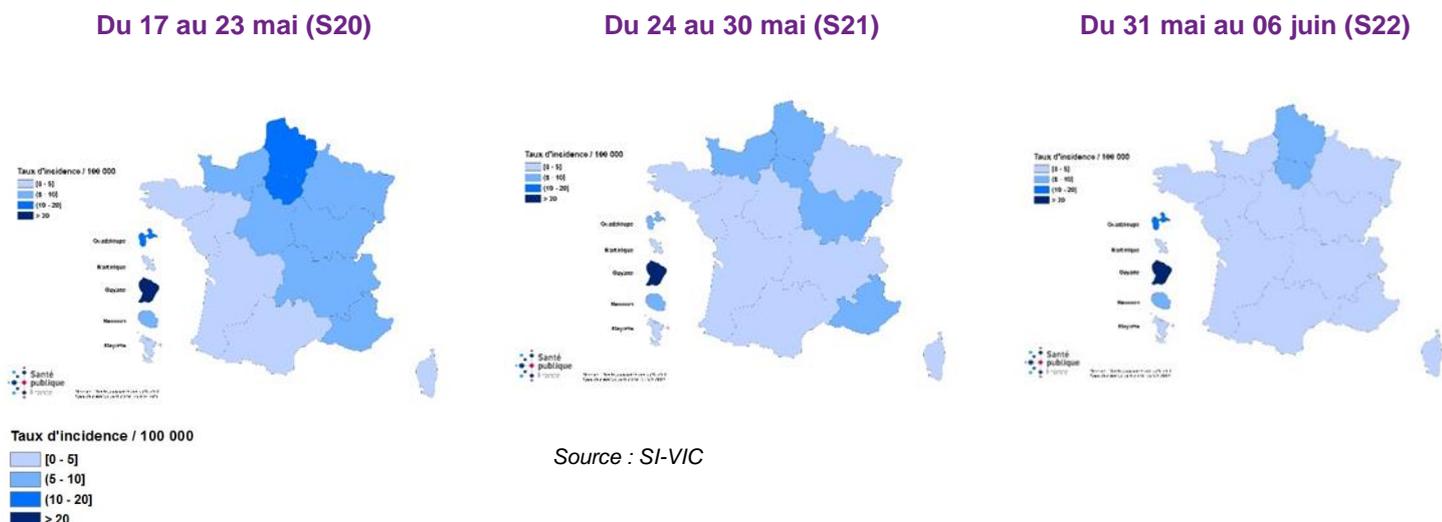
Données régionales

- En France métropolitaine, le taux hebdomadaire d'hospitalisations était stable ou en **diminution dans toutes les régions**.

- En S22, les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Île-de-France** (5,8/100 000 habitants), **Hauts-de-France** (5,6) et **Bourgogne-Franche-Comté** (5,0). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 4,6/100 000 habitants (Figure 14).

- En Outre-mer, les **plus forts taux d'hospitalisations en S22** étaient observés en **Guyane** (33,7/100 000 habitants, +1 hospitalisation par rapport à S21), en **Guadeloupe** (16,2, +27 hospitalisations) et à **La Réunion** (9,0, -5 hospitalisations). Ce taux était de 1,4 en **Martinique** (+1 hospitalisation) et 1,1 à **Mayotte** (+3 hospitalisations).

Figure 14. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 17 mai au 06 juin 2021 (S20 à S22, date de déclaration), France

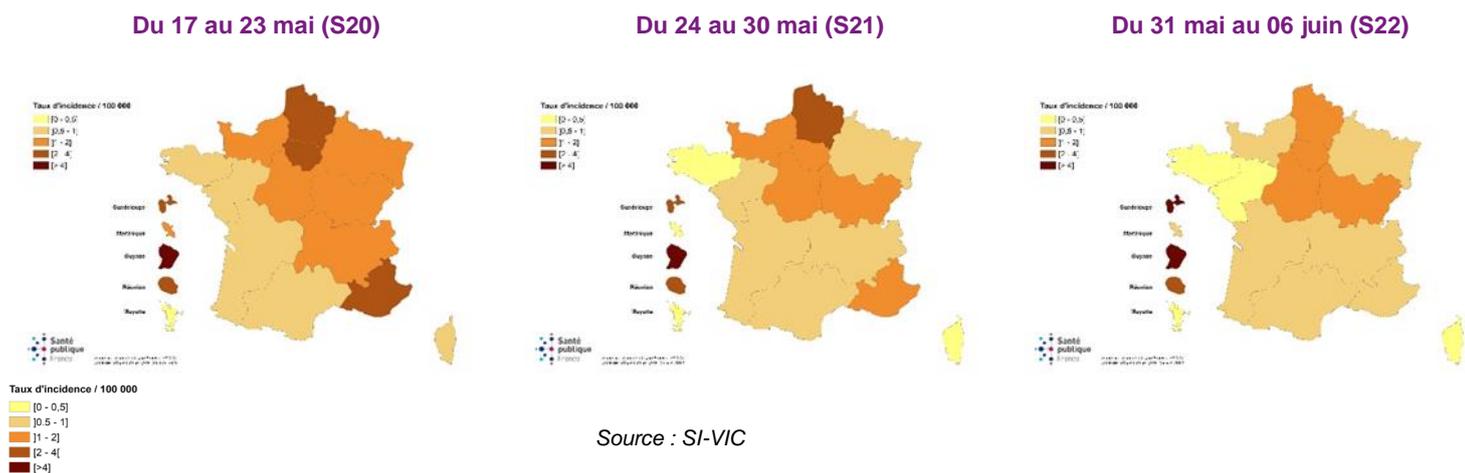


- En France métropolitaine, le **taux d'admissions en services de soins critiques** en S21 était en **diminution dans la majorité des régions**. Il était stable en **Corse** (identique à S21) ainsi qu'en Nouvelle-Aquitaine (-1 hospitalisation) et en augmentation en **Occitanie** (+6 hospitalisations).

- En S22, les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de soins critiques** en métropole étaient rapportés dans les **Hauts de France** (1,4/100 000 habitants), en **Île-de-France** (1,3), dans le **Centre-Val de Loire** (1,2) et en **Bourgogne-Franche-Comté** (1,1). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 1,0 pour 100 000 habitants (Figure 15).

- En Outre-mer, les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de soins critiques** en S22 étaient observés en **Guyane** (5,8/100 000 habitants, identique à S21) et en **Guadeloupe** (4,8, soit +9 hospitalisations). Ce taux était de 2,7 à **La Réunion** (+6 hospitalisations), 0,6 en **Martinique** (+1 hospitalisation) et 0,4 à **Mayotte** (+1 hospitalisation).

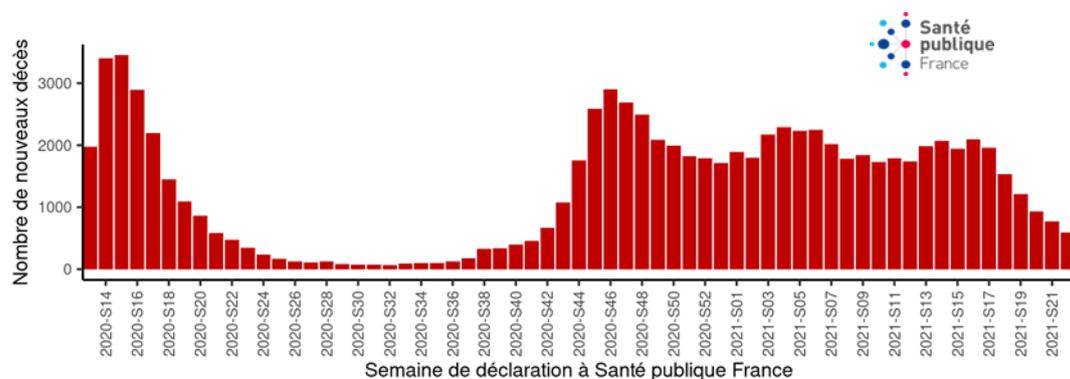
Figure 15. Évolution du taux hebdomadaire d'admission en services de soins critiques de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 17 mai au 06 juin 2021 (S20 à S22, date de déclaration), France



Nouveaux décès

- La diminution observée depuis S17 du nombre de déclarations de décès de patients COVID-19 survenus au cours d'une hospitalisation s'est poursuivie en S22 : **593** décès contre **770** en S21 (soit -23%) (Figure 16). En S22, pour 90% de ces patients, le motif initial d'hospitalisation était la COVID-19.

Figure 16. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 06 juin 2021)



- Le **taux hebdomadaire** de décès de patients COVID-19 était de **0,9 pour 100 000 habitants** en S22, contre 1,1 en S21.

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

► Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

Les données de mortalité en ESMS pour la semaine 22 ne sont pas totalement consolidées. Cependant, d'après les tendances des dernières semaines, le nombre de décès en ESMS reste stable à des niveaux faibles, la consolidation ne concerne que des variations à la marge du nombre hebdomadaire de décès (de l'ordre d'un ou deux décès en moins ou en plus).

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 08 juin 2021, **110 166 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France, dont **83 737** survenus au cours d'une hospitalisation et **26 429** en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 06 juin 2021).

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

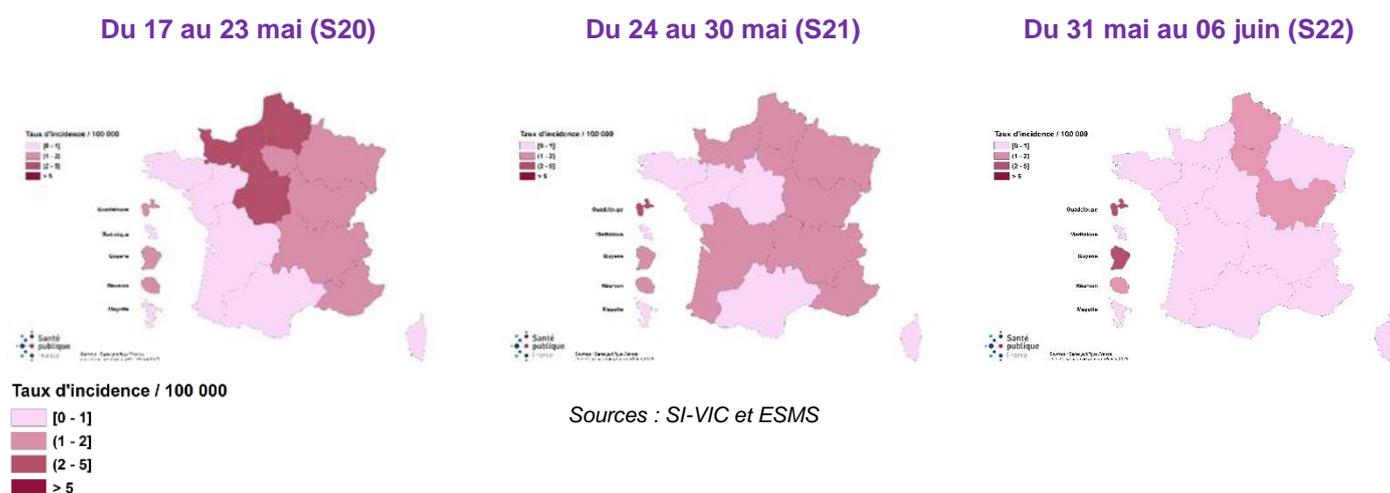
- Au niveau national, le nombre hebdomadaire de décès était en diminution en semaine 22, avec **602** décès, contre **797** en S21 (-24%). Le nombre de décès au cours d'une hospitalisation était en diminution (**593** en S22 contre 770 en S21). Le nombre de décès survenus en **ESMS**, après une stabilisation depuis S13, a diminué en S22 (9 décès signalés en S22 contre 27 en S21).

- À l'échelle nationale, le **taux hebdomadaire de décès** était de **0,9 pour 100 000 habitants** en **S22** (contre 1,2 en S21).

- Le taux de décès en S22 était en diminution dans la majorité des régions. Il était stable ou en augmentation modérée en **Bourgogne-Franche-Comté** (identique à S21), à **La Réunion** (+1 décès), et en **Guyane** (+4 décès). Comme la semaine précédente, aucun décès n'a été déclaré en Corse.

- En semaine 22, en France métropolitaine, les plus forts taux de décès par région rapportés à la population étaient observés dans les **Hauts-de-France** (1,5/100 000), en **Bourgogne-Franche-Comté** (1,3) et en **Île-de-France** (1,1). En Outre-mer, les plus forts taux de décès étaient observés en **Guyane** (2,5/100 000 habitants), en **Guadeloupe** (2,2) et à la **Réunion** (1,4). Toutes les autres régions présentaient des taux de décès inférieurs à 1,0/100 000 habitants (Figure 17).

Figure 17. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 17 mai au 06 juin 2021 (S20 à S22), par région, France



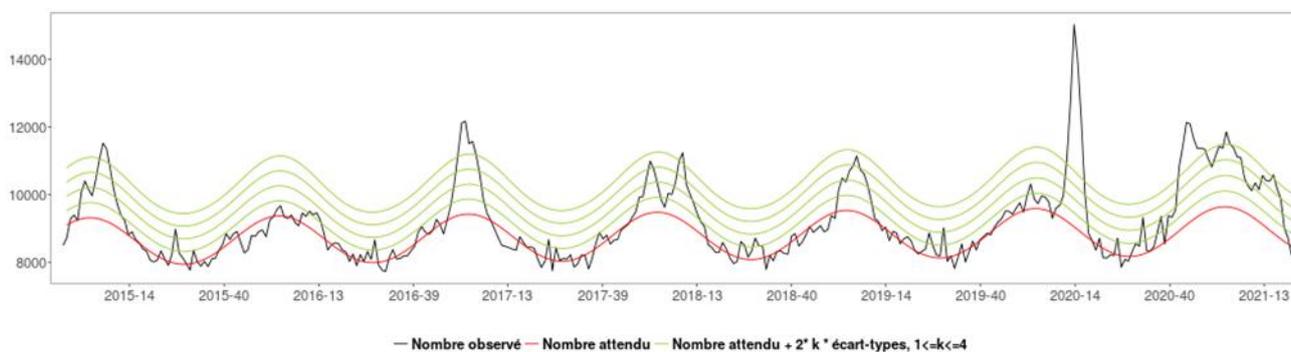
► Mortalité toutes causes

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'à S19-2021. **Le nombre de décès était en baisse à partir de la semaine 17**, jusqu'à atteindre la **limite haute des marges de fluctuation habituelle** en semaine 19. **Il semble être revenu dans les marges de fluctuation habituelle en semaines 20 et 21** (Figure 18).

Un excès de décès restait observé chez les personnes de 65-84 ans jusqu'à la semaine 20, alors que le nombre de décès était revenu dans les marges de fluctuation habituelle à partir de la semaine 19 chez les personnes de 15-64 ans et celles de 85 ans ou plus.

Figure 18. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 36-2014 à la semaine 21-2021, France



Sources : Santé publique France, Insee

● En semaine 20, le nombre de décès était revenu dans les marges de fluctuation habituelle dans l'ensemble des régions. Ces observations seront à confirmer avec la consolidation progressive des données.

N.B. : 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 pour les semaines 17 à 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®](#)

ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

Le suivi des personnes-contacts des cas de SARS-CoV-2 est assuré par les équipes de l'Assurance Maladie. Il 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. Depuis le 26 avril 2021, les enfants, faisant partie d'une classe fermée en raison du SARS-CoV-2, ne sont plus saisis en tant que personnes-contacts à risque dans ContactCovid si le contact à risque a eu lieu au sein de la classe.

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

● En semaine 22, on observe une **diminution du nombre de cas et de personnes-contacts** enregistrés dans ContactCovid de plus de 20%. Cette diminution concernait également les cas ayant fréquenté un établissement ou une collectivité sensible. La proportion de cas rapportant un voyage à l'étranger était en augmentation, mais cette hausse ne concernait pas les déplacements inter-régionaux en France. L'ensemble des autres indicateurs était stable (Tableau 4).

Tableau 4 : Indicateurs épidémiologiques du suivi des activités de traçage de la semaine 22 (du 31 mai au 06 juin 2021) et de la semaine 21 (du 24 au 30 mai 2021), France

Indicateurs ContactCovid	Semaine 22-2021	Semaine 21-2021	Tendance
Cas et Personnes-contacts à risque			
Nombre de cas	45 948	61 310	↘ (-25%)
• Proportion des cas investigués	95%	97%	→
• Âge moyen des cas	34 ans	34 ans	→
Nombre de personnes-contacts à risque	112 409	141 555	↘ (-21%)
• Proportion de personnes-contacts investigués	97%	99%	→
• Âge moyen des personnes-contacts	29 ans	29 ans	→
Milieus fréquentés par les cas durant la période de contagiosité			
Nombre de cas liés au milieu scolaire	3836	5212	↘ (-26%)
• % des cas de 18 ans et plus	13,8%	14,6%	↘
Nombre de cas liés à une réunion privée	256	371	↘ (-31%)
Nombre de cas liés au milieu sportif	358	394	↘ (-9%)
Nombre de cas liés à un restaurant (hors professionnel)	40	48	↘ (-17%)
Nombre de cas liés à un bar	20	25	↘ (-20%)
Délais			
Délai moyen entre date de début des signes et prélèvement diagnostique (56,4% des cas)	2,2 jours	2,1 jours	→
Nombre de personnes-contacts par cas			
Nombre moyen de contacts par cas	2,3	2,3	→
% de cas ne rapportant aucun contact à risque	38,3%	38,3%	→
% de cas rapportant plus de 5 personnes-contacts à risque	11,0%	11,0%	→
Chaînes de transmission			
Proportion de nouveaux cas connus auparavant comme personnes-contacts à risque	27,9%	28,9%	↘
Proportion de personnes-contacts à risque identifiées en semaine n-1 devenues des cas	9,8%	11,1%	↘
• si cas index symptomatique	11,8%	13,4%	↘
• si cas index asymptomatique	6,4%	7,4%	↘
• si cas index domiciliaire	14,6%	16,5%	↘
• si cas index extra-domiciliaire	6,4%	7,3%	↘
Mobilité des cas			
Proportion de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence	4,0%	4,9%	↘
Proportion de cas ayant voyagé dans un autre pays	1,8%	1,5%	↗

Source : ContactCovid-Cnam

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Les personnes concernées par cette vaccination sont les suivantes : l'ensemble des personnes de 18 ans et plus, les personnes de 16 ans et plus souffrant d'une pathologie à très haut risque de forme grave de Covid-19 (voir [liste](#)), les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre de la grossesse ; les personnes de 18 ans et plus hébergées en maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), foyers pour personnes handicapées non médicalisés, ainsi qu'en établissements médico-sociaux spécifiques ; les proches (personnes vivant sous le même toit ou apportant une aide dans la vie quotidienne) de 16 ans et plus de personnes sévèrement immunodéprimées (dialysées, ayant reçu une transplantation d'organe ou de moelle osseuse, traitées par des médicaments immunosuppresseurs forts) ; les professionnels du secteur de la santé et du secteur médico-social (voir [liste](#)), les professionnels de tous âges, considérés comme plus exposés (voir [liste](#)).

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

Les indicateurs de couvertures vaccinales ont évolué. Ils incluent depuis le 26 avril 2021 :

- les personnes vaccinées avec au moins une dose : personnes ayant reçu une, deux ou trois doses de vaccin ;
- les personnes complètement vaccinées : personnes vaccinées avec deux doses de vaccins nécessitant deux doses (vaccins Pfizer, Moderna ou AstraZeneca), personnes vaccinées avec une dose de vaccins nécessitant une seule dose (vaccin Janssen), personnes vaccinées avec une seule dose en cas d'antécédent de COVID-19. Seront également incluses les personnes particulièrement à risque (notamment les personnes immunodéprimées) vaccinées avec trois doses de vaccin.

► En population générale

● Le 07 juin 2021, **28 310 571 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** en France et **14 017 162 sont complètement vaccinées** (données par date d'injection).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, **42,2% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 20,9% est complètement vaccinée** (Tableau 5).

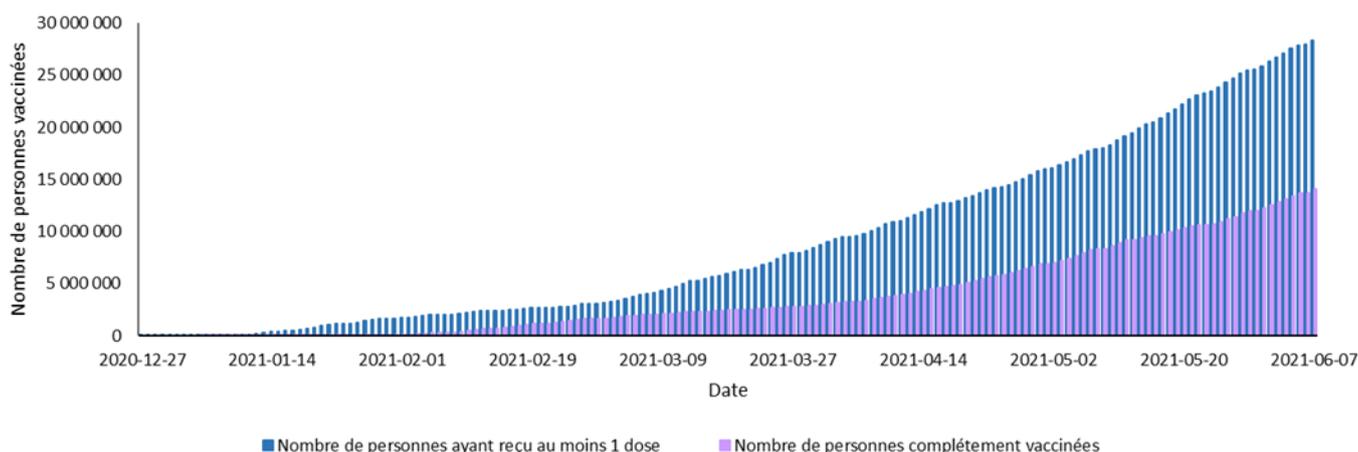
L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la population adulte (âgée de 18 ans ou plus) est de 53,7% pour au moins une dose et 26,7% pour une vaccination complète.

Tableau 5. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 07 juin 2021, par région, France

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Vaccination complète (N)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	3 429 268	42,7	1 713 302	21,3
Bourgogne-Franche-Comté	1 194 097	42,9	624 324	22,4
Bretagne	1 516 247	45,4	761 243	22,8
Centre-Val de Loire	1 117 299	43,7	539 892	21,1
Corse	152 207	44,2	104 351	30,3
Grand Est	2 390 998	43,4	1 207 950	21,9
Hauts-de-France	2 605 511	43,7	1 187 484	19,9
Ile-de-France	4 966 061	40,4	2 137 829	17,4
Normandie	1 521 992	46,1	745 760	22,6
Nouvelle-Aquitaine	2 753 082	45,9	1 424 281	23,7
Occitanie	2 527 400	42,7	1 356 044	22,9
Pays de la Loire	1 653 660	43,5	769 015	20,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 110 987	41,8	1 233 468	24,4
France métropolitaine	27 938 809	43,1	13 804 943	21,3
Guadeloupe	46 231	12,3	21 095	5,6
Guyane	39 986	13,8	26 515	9,1
La Réunion	188 153	21,9	101 952	11,9
Martinique	49 716	13,9	36 170	10,1
Mayotte	30 419	10,9	16 545	5,9
Saint-Barthélemy	9 825	98,6	6 288	63,1
Saint-Martin	5 686	16,1	3 476	9,8
Non précisé	1 746	non applicable	178	non applicable
France entière	28 310 571	42,2	14 017 162	20,9

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

Figure 19. Nombres cumulés de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19, par jour de vaccination, France (données du 27 décembre 2020 au 07 juin 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 6) du fait du ciblage prioritaire dont ils font l'objet dans la campagne de vaccination, selon la recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS). Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 80,7% (vaccination complète : 68,9%). S'agissant des personnes âgées de 75 à 79 ans, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 87,4% (vaccination complète : 74,7%). Pour les 80 ans et plus, elle s'élève à 77,2% (vaccination complète : 65,7%) et évolue peu par rapport à la semaine précédente (76,4% le 26 mai 2021). **Cette faible progression chez les personnes les plus âgées invite au renforcement des actions pour aller vers ces personnes, notamment au travers de la vaccination à domicile.**

Il convient de noter la progression de la couverture vaccinale chez les jeunes adultes alors que la vaccination est désormais proposée à l'ensemble des personnes de 18 ans et plus. **Plus d'un quart des personnes âgées de 18 à 24 ans ont reçu une première dose de vaccin.**

Tableau 6. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 07 juin 2021, par classe d'âge, France

Classes d'âge	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Vaccination complète (N)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
18-24	1 431 786	26,4	284 996	5,3
25-29	1 079 664	29,0	278 892	7,5
30-39	2 720 170	32,8	720 322	8,7
40-49	3 757 035	43,7	1 024 252	11,9
50-59	5 338 269	60,7	2 071 636	23,6
60-64	2 903 155	70,8	1 482 070	36,1
65-69	2 913 323	74,7	1 607 235	41,2
70-74	2 977 962	85,6	2 152 090	61,9
75-79	1 938 619	87,4	1 656 931	74,7
80 ans et +	3 210 083	77,2	2 733 357	65,7
inconnu*	40 505	non applicable	5 381	non applicable
France	28 310 571	42,2	14 017 162	20,9

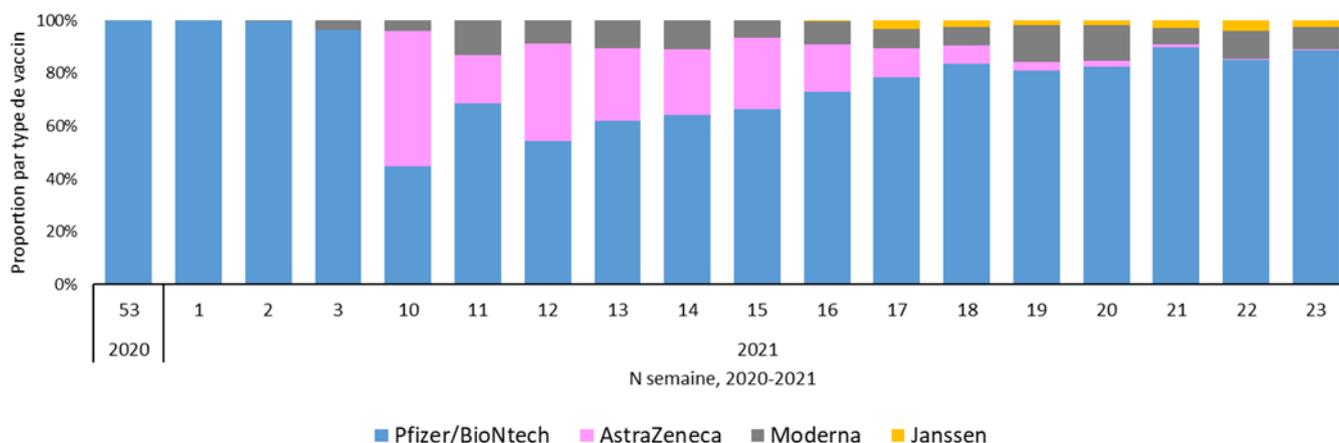
* Inconnu et incluant les personnes vaccinées et mentionnées comme âgées de moins de 18 ans

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

● Les couvertures vaccinales pour au moins une dose sont de 40,0% pour les hommes et de 44,0% pour les femmes.

● La majorité des personnes vaccinées l'ont été avec le vaccin Pfizer/BioNTech (Figure 20).

Figure 20. Proportion de personnes vaccinées par type de vaccin pour la première dose en France (données du 27 décembre 2020 au 07 juin 2021)



► Résidents en Ehpad ou en USLD

Afin d'éviter des pertes de doses de vaccin, des personnes de plus de 65 ans ont pu être vaccinées en Ehpad ou en USLD sans être résidentes de ces structures. Les couvertures vaccinales doivent ainsi être fiabilisées. De ce fait, l'estimation des couvertures vaccinales pour les résidents en Ehpad ou USLD a été arrêtée au 18 avril 2021.

Un travail de mise à jour est en cours afin de fournir prochainement des données de couverture consolidées.

► 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 définitions, 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 07 juin 2021, 402 784 personnes de moins de 65 ans ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en Ehpad ou USLD en France (données par date d'injection) et 330 343 sont complètement vaccinées. Selon la méthode décrite ci-dessus, ces personnes ont été considérées comme étant des professionnels exerçant en Ehpad ou USLD. Avec cette hypothèse, les couvertures vaccinales des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD seraient estimées à 86,1% pour au moins une dose et à 68,5% pour la vaccination complète.

● **Ces valeurs doivent être fiabilisées. En effet, des personnes de moins de 65 ans ont été vaccinées dans ces structures sans y exercer.** Or, le mode de comptabilisation des vaccinations en Ehpad conduit à compter tous les vaccinés, y compris des bénévoles qui ont pu être vaccinés pour ne pas perdre de doses.

Un travail est en cours afin de mettre à disposition prochainement des données de couverture consolidées dans cette population.

► Professionnels de santé

Sont inclus tous les professionnels de santé quel que soit leur lieu d'exercice (libéral, établissement de santé privé ou public, établissement médico-social, autres...). Les professionnels de santé sont identifiés dans la base Vaccin Covid par une saisie manuelle rendue possible à compter du 28 janvier 2021 (ajout d'une variable dans l'outil VAC-SI). Sont retenues comme professionnels de santé les personnes présentant un codage manuel mentionnant leur qualité de professionnel de santé quel que soit leur lieu d'exercice (établissement de santé public ou privé, établissement médico-social, ambulatoire, autres professionnels de santé : étudiants, professionnels de prévention). Cet indicateur est sous-estimé du fait que le codage manuel n'a été mis en œuvre qu'à partir du 28 janvier 2021. Les personnes ayant reçu leurs deux doses avant le 28 janvier 2021 ne sont pas prises en compte.

● Au 07 juin 2021 (données par date d'injection), 2 226 990 personnes déclarées comme professionnels de santé dans Vaccin Covid ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 1 754 513 sont entièrement vaccinées. Sur la base de ces données et de la méthodologie décrite ci-dessus, les couvertures vaccinales chez les professionnels de santé en exercice seraient estimées supérieures à 99,0% (au moins une dose) et 78,9% seraient complètement vaccinés.

Dans 12 des 13 régions métropolitaines, les couvertures vaccinales au moins une dose ainsi estimées seraient supérieures à 99,0% (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur).

● **Les couvertures vaccinales doivent être fiabilisées** dans plusieurs régions où les couvertures vaccinales pour au moins une dose sont supérieures à 99%.

La surestimation est très certainement liée au fait que des personnes ont été enregistrées comme professionnels de santé dans Vaccin Covid sans l'être réellement ou sans être en activité (par exemple, les agents non professionnels de santé travaillant en milieu hospitalier ou en ESMS, ou les professionnels de santé retraités).

Un travail est en cours afin de mettre à disposition prochainement des données de couverture consolidées dans cette population.

Les données relatives aux nombres de personnes vaccinées et aux couvertures vaccinales sont disponibles en open data sur la plateforme [Géodes](#) ainsi que sur [data.gouv.fr](#).

SITUATION INTERNATIONALE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **173 331 478 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés dans le monde – **et 3 735 571 décès** – au 08 juin 2021. En semaine 22, plus de **3 millions** de nouveaux cas et **73 000** décès ont été signalés, ce qui constitue une baisse respective de -15% et de -8% par rapport à la semaine précédente.

► Foyers majeurs

- En semaine 22, les foyers majeurs de l'épidémie se situaient dans les zones **Amériques** (1 191 047 cas et 34 392 décès rapportés) et **Asie du Sud-Est** (1 049 694 cas et 23 369 décès). Ces régions étaient à l'origine de respectivement 39% et 35% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 47% et 32% des nouveaux décès en semaine 22 (Figure 21 et Tableau 7).
- Les pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas en S22 étaient : l'Inde (914 539 nouveaux cas), le Brésil (449 478), l'Argentine (212 975), la Colombie (175 479), et les États-Unis (99 103 nouveaux cas).

Figure 21. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 22 (du 31 mai au 06 juin 2021)



Source : OMS

► Tendances

- En semaine 22, le nombre de nouveaux cas était en augmentation en Afrique (+25%). Il était à nouveau en baisse en Asie du Sud-Est et en Europe. Les décès augmentaient dans le Pacifique occidental (+19%) et diminuaient en Asie du Sud-Est, en Europe et en Méditerranée orientale.

Tableau 7. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 22 (du 31 mai au 06 juin 2021)

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+65 943	+1 191 047	+1 049 694	+368 874	+202 208	+138 239
Tendance	+25% ↗	-1% →	-31% ↘	-17% ↘	-5% ↘	-1% →
Décès rapportés	+1 167	+34 392	+23 369	+8 890	+3 503	+2 486
Tendance	+2% →	+4% →	-21% ↘	-21% ↘	-1% →	+19% ↗

Les flèches vertes représentent une diminution du nombre de cas ou de décès 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 de 5% ou plus par rapport à la semaine précédente. Source : OMS

N.B. : 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](#)

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) et pour le criblage de suspicions de variants (depuis le 25 janvier 2021).

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

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

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

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

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

Services de réanimation sentinelles : données non exhaustives à visée de caractérisation en termes d'âge, de sévérité et d'évolution clinique des cas de COVID-19 admis en réanimation (depuis le 16 mars 2020).

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

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

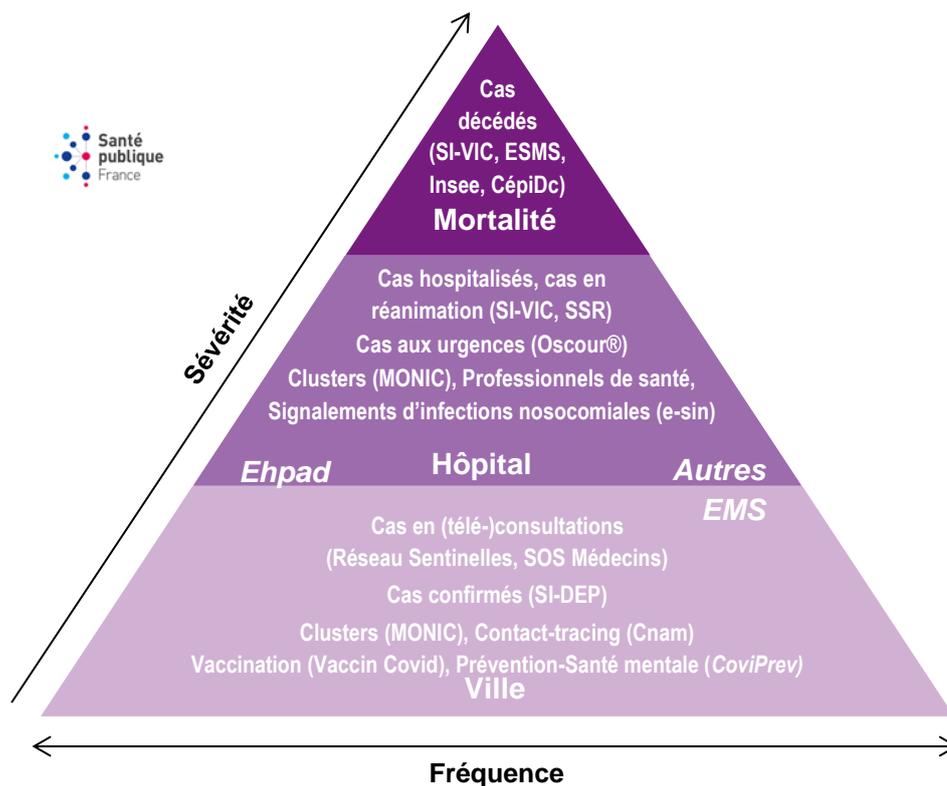
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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

Mortalité toutes causes (Insee) : nombre de décès toutes causes par âge, avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (deux à trois semaines de délai pour consolidation).

Certification électronique des décès (CépiDC) : décès certifiés de façon dématérialisée et permettant de connaître les causes médicales du décès.

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



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

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

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

Retrouvez tous les **outils de prévention** destinés aux professionnels de santé et au grand public.

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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

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

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Julie Figoni, Delphine Viriot, Leïla Saboni, Léa Manchec, Daniel Levy-Bruhl

Systèmes de surveillance : Lélia Abad, Pauline Adam, Anne-Sophie Barret, Jonathan Bastard, Sybille Bernard-Stoeklin, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Bruno Coignard, Jean-Claude Desenclos, Julien Durand, Myriam Fayad, Adeline Feri, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Lucie Fournier, Léa Franconeri, Laurence Guldner, Katia Hamdad, Eline Hassan, Marion Hulin, Yann Le Strat, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Anna Maisa, Frédéric Moisan, Michael Padget, Camille Pelat, Alessandro Pini, Elisabeth Pinto, Johnny Platon, Claire Sauvage, Cécile Sommen, Benjamin Taisne, Marie-Michèle Thiam, Bérenger Thomas, Sophie Vaux

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

Contact presse

Vanessa Lemoine

Tél : +33 (0)1 55 12 53 36 / presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion

Santé publique France

12, rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice

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

Date de publication

10 juin 2021

Citer ce document

COVID-19. Point épidémiologique hebdomadaire. N°67, 10 juin 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 36 p.

ISSN : 2781-2391