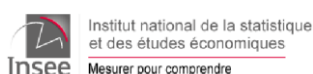


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 : médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Cnam, Inserm,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



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 04 mars 2021

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance, d'alerte et de prévention, analyse et publie les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires et de ses propres études et enquêtes. **Ce bilan est basé sur les données rapportées à Santé publique France jusqu'au 03 mars 2021.**

► Points clés

En semaine 08, situation toujours préoccupante liée à la poursuite de la hausse du nombre de nouveaux cas à un niveau élevé, dans un contexte de forte tension hospitalière et de diffusion croissante de variants plus transmissibles

- Augmentation du nombre de nouveaux cas pour la deuxième semaine consécutive
- Amélioration de l'ensemble des indicateurs chez les personnes de 75 ans et plus, en cohérence avec l'augmentation de la couverture vaccinale
- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée
- Métropole : régions les plus touchées, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Hauts-de-France et Île-de-France
- Outre-mer : à Mayotte, diminution des indicateurs mais taux d'incidence toujours très élevé

Variants

- Augmentation de la proportion de suspicions de variants d'intérêt par RT-PCR de criblage :
 - suspicions de variant 20I/501Y.V1 : 59% (supérieures à 50% dans 57 départements métropolitains)
 - suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 : 6% (supérieures à 10% dans 9 départements métropolitains)

Prévention

- Vaccination :
 - 3 133 478 personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin
 - Couverture vaccinale des résidents des Ehpad ou USLD de 82% pour la première dose
- Importance de l'adoption systématique des mesures barrières et de la limitation des contacts
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais
- Nécessité de continuer à identifier et contrôler les chaînes de transmission

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 08 (du 22 au 28 février 2021)

	S08	S07*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	149 307	139 760	+7%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	7,3%	6,6%	+0,7point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 537	2 635	-4%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	7 466	6 917	+8%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	9 613	9 362	+3%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 871	1 807	+4%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres ESMS)	1 956	2 378	Non consolidée

* Données consolidées

Du 1^{er} mars 2020 au 02 mars 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	87 246
---	--------

► Point de situation en semaine 08 (du 22 au 28 février 2021)

En semaine 08 (du 22 au 28 février 2021), les nouvelles infections sont à nouveau en hausse. Les indicateurs sont à un niveau très élevé, témoignant de l'intensité de la circulation du SARS-CoV-2 sur l'ensemble du territoire, avec des disparités à l'échelle locale. Les variants plus transmissibles deviennent majoritaires, l'évolution à la hausse de l'incidence départementale étant d'autant plus marquée que la proportion de variants est élevée. La tension sur le système hospitalier s'est accentuée et risque de s'aggraver dans les jours à venir du fait de l'augmentation des nouveaux cas confirmés. L'amélioration des indicateurs épidémiologiques chez les plus de 75 ans et les résidents en Ehpad traduit l'effet protecteur du niveau de couverture vaccinale atteint dans cette population. Face au haut niveau de circulation du virus et à la forte tension sur le système de soins, l'application rigoureuse de l'ensemble des mesures individuelles et collectives est plus que jamais indispensable. Les mesures supplémentaires nécessaires au contrôle de l'épidémie sont à adapter à l'échelle locale. Dans ce contexte, l'accélération de la vaccination dans les prochaines semaines est un enjeu majeur.

Au niveau national, en semaine 08, 2 041 435 personnes ont été testées et 149 307 ont été confirmées positives au SARS-CoV-2, soit **21 330 cas confirmés en moyenne chaque jour**.

L'analyse des résultats des tests de criblage des variants d'intérêt disponibles collectés via SI-DEP montrait une augmentation de la proportion de suspicions du variant **20I/501Y.V1 (UK)** qui devient majoritaire (**59,5%**) tandis que cette proportion reste à **6,3% pour les variants 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)**. Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec de fortes disparités départementales. Les plus fortes proportions de variants sont retrouvées chez les moins de 20 ans. Les données de séquençage montrent que la présence du variant 20J/501Y.V3 (BR) reste actuellement très minoritaire.

En semaine 08, la proportion de **nouveaux cas** précédemment **identifiés comme contacts par le dispositif de contact-tracing** était en augmentation. Dans le contexte de la diffusion de variants plus transmissibles, les actions d'identification des chaînes de transmission sont primordiales pour réduire le risque de transmission.

Les indicateurs de médecine ambulatoire étaient stables ou en diminution, tandis que le recours aux urgences augmentait à nouveau. Le nombre de nouvelles **hospitalisations** et d'admissions en réanimation était en augmentation en semaine 08, et le nombre de patients COVID-19 hospitalisés reste très important, avec **25 308** personnes hospitalisées au 02 mars, dont 3 596 en réanimation. **Cette tendance à la hausse du nombre d'hospitalisations, notamment en réanimation, reste très préoccupante au regard de la tension du système de soins depuis plusieurs semaines.**

Le **nombre hebdomadaire de décès** liés à la COVID-19 survenus à l'hôpital et dans les établissements sociaux et médico-sociaux **continuait à diminuer en semaine 07**, mais restait élevé.

En semaine 08, si **les personnes de 75 ans et plus** restaient fortement touchées par le SARS-CoV-2, **l'amélioration des indicateurs épidémiologiques depuis la semaine 06 dans cette classe d'âge se confirme**, ce qui est cohérent avec l'augmentation progressive de la couverture vaccinale dans cette population.

A contrario, **les personnes de 15 à 44 ans** présentaient **les plus forts taux d'incidence** depuis quatre semaines et les **indicateurs hospitaliers continuent de progresser pour ce groupe d'âge**. Les tendances chez les adultes jeunes seront suivies avec attention dans les prochaines semaines.

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

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DU SARS-CoV-2	15
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	17
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	22
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	25
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	26
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	28
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ	34
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	40
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE	46
SITUATION INTERNATIONALE.....	47
VARIANTS D'INTÉRÊT DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL	50
SYNTHÈSE	52
SOURCES DES DONNÉES	57

Les dernières données concernant :

- la **Surveillance des professionnels en établissements de santé** sont consultables dans [le PE du 11 février 2021](#)
- le **Signalement d'infections nosocomiales à SARS-CoV-2** sont consultables dans [le PE du 18 février 2021](#)
- la **Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques** sont consultables dans [le PE du 25 février 2021](#)

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

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

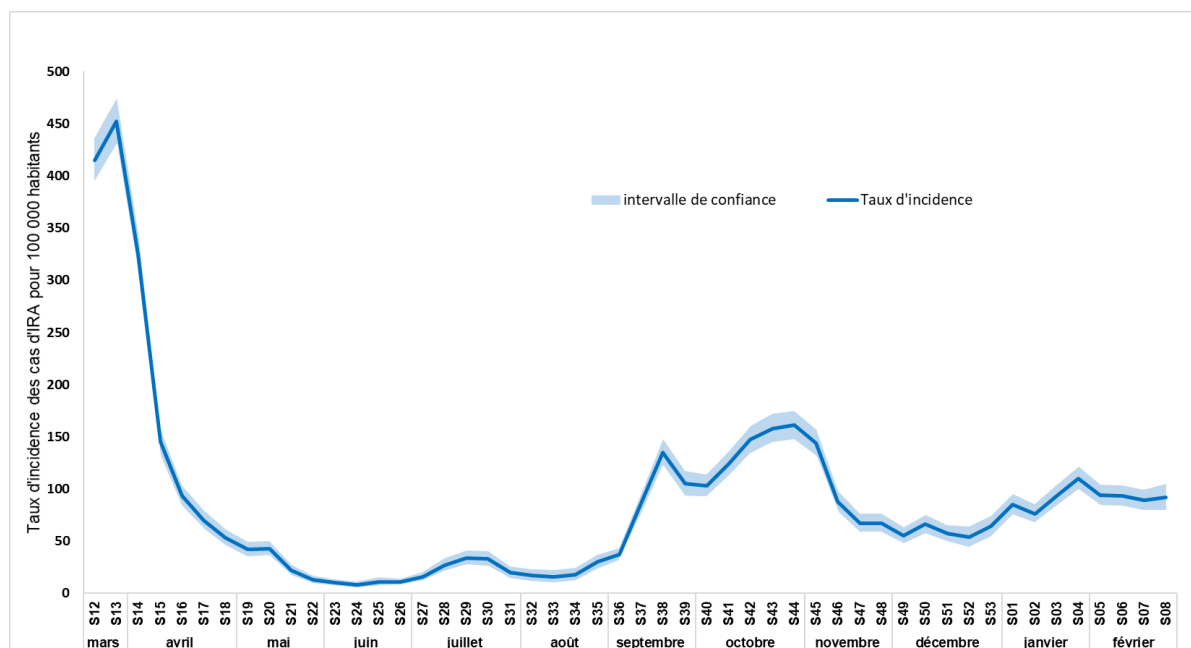
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le Réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes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

• En semaine 08 (du 22 au 28 février 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 92/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [79-105]) en France métropolitaine ; il est comparable à celui de la semaine 07 : 89/100 000 habitants (IC95% : [79-99]) (Figure 1).

• Sur les 31 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, 3 se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2, 2 étaient positifs pour un métapneumovirus, 2 pour un rhinovirus et 1 pour un virus respiratoire syncytial (VRS). Aucun virus grippal n'a été détecté.

• Depuis la semaine 37-2020, sur les 858 prélèvements nasopharyngés effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés, 280 (33%) étaient positifs pour un rhinovirus, 130 (15%) pour le SARS-CoV-2, 27 (3%) pour un métapneumovirus et 15 (2%) pour un VRS. Deux prélèvements se sont avérés positifs pour un virus grippal de type B/Victoria en semaine 49-2020 et en semaine 02-2021.

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



Semaine 08 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

• Depuis le 03 mars 2020, **185 400 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 1^{er} mars 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

• **En semaine 08** (du 22 au 28 février 2021), **2 537 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur la période. Ce nombre était **en baisse** par rapport à la semaine précédente (2 635 actes en S07 soit -4%).

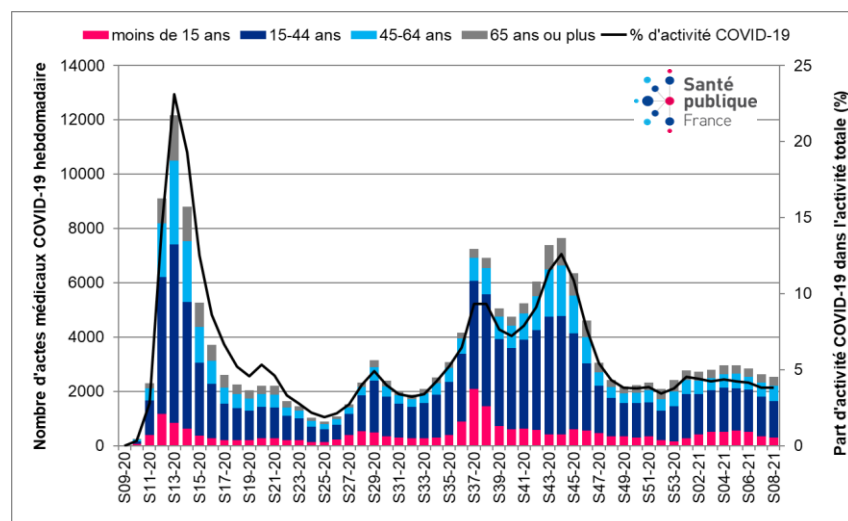
• Cette baisse concernait principalement les moins de 15 ans (-14%) et les 15-44 ans (-8%). On observait une hausse des actes chez les 45-64 ans (+7% soit +37 actes) et les 75 ans et plus (+18% soit +26 actes). La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge**, comparée à la semaine précédente, était stable chez les 0-4 ans (4%) et 65-74 ans (6%), en baisse chez les 5-14 ans (8%) et les 15-44 ans (53%) et en légère hausse chez les 45-64 ans (23%) et les 75 ans et plus (7%).

• Au niveau régional, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était en hausse en Pays de la Loire (+17% soit +22 actes), Auvergne-Rhône-Alpes (+8% soit +22 actes) et Occitanie (+11% soit +12 actes), et stable ou en baisse dans les autres régions.

• La majorité des actes a été enregistrée en Île-de-France (19%), Hauts-de-France (13%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (14%), Auvergne Rhône-Alpes (12%), Grand Est (9%) et Nouvelle-Aquitaine (8%).

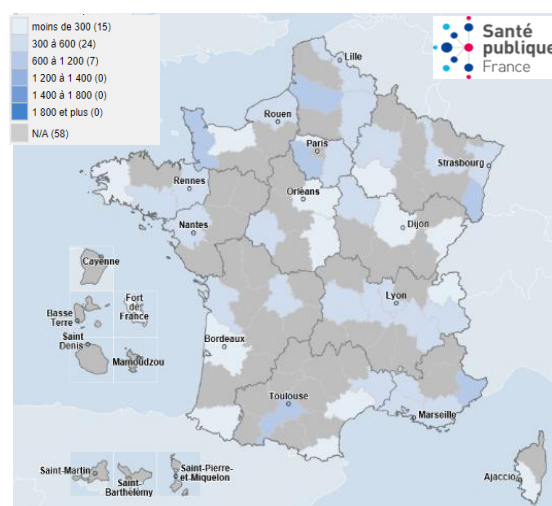
• La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était **stable** à 3,8% (Figure 2).

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 08-2021, 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).

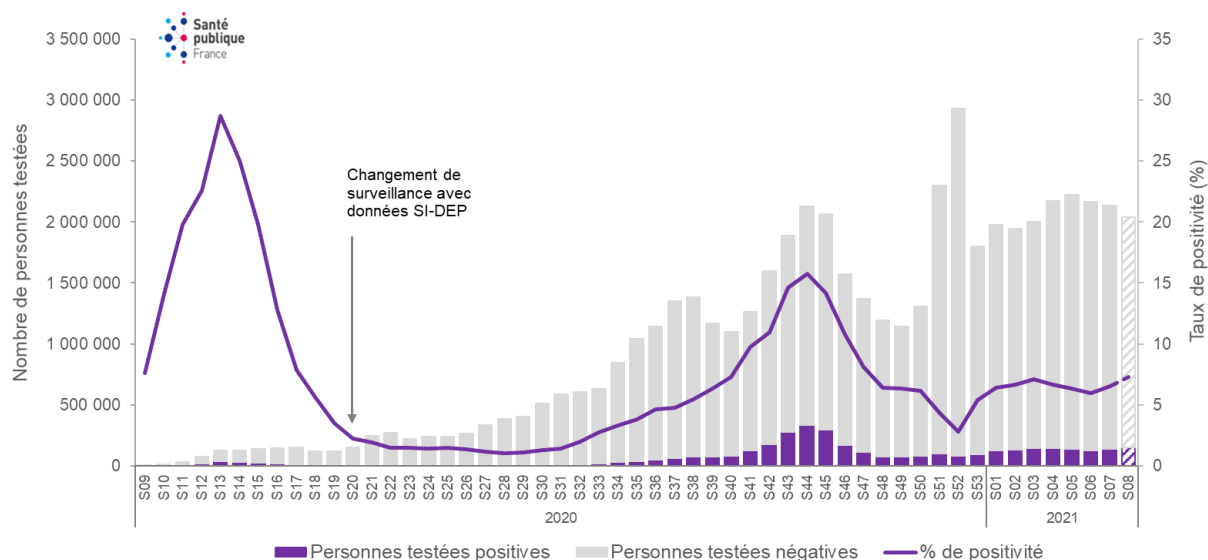
Cas confirmé de COVID-19 : personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir définition de cas).

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

- En semaine 08, 2 041 435 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 2 133 251 en S07, soit - 4%). Un total de **149 307 nouveaux cas confirmés** a été rapporté, nombre **en augmentation** par rapport à la semaine 07 où 139 760 nouveaux cas avaient été signalés, soit +7% (Figures 4 et 5).

- Au 03 mars 2021, un total de **3 810 316 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

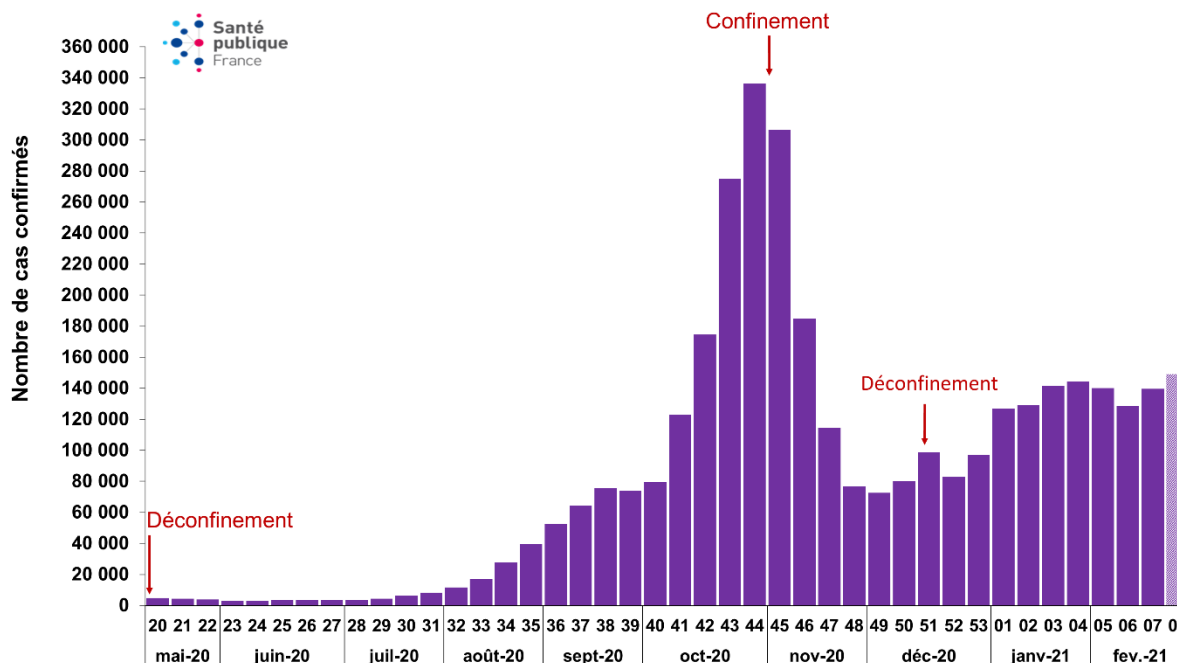
Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 03 mars 2021)



Semaine 08 : données non consolidées

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

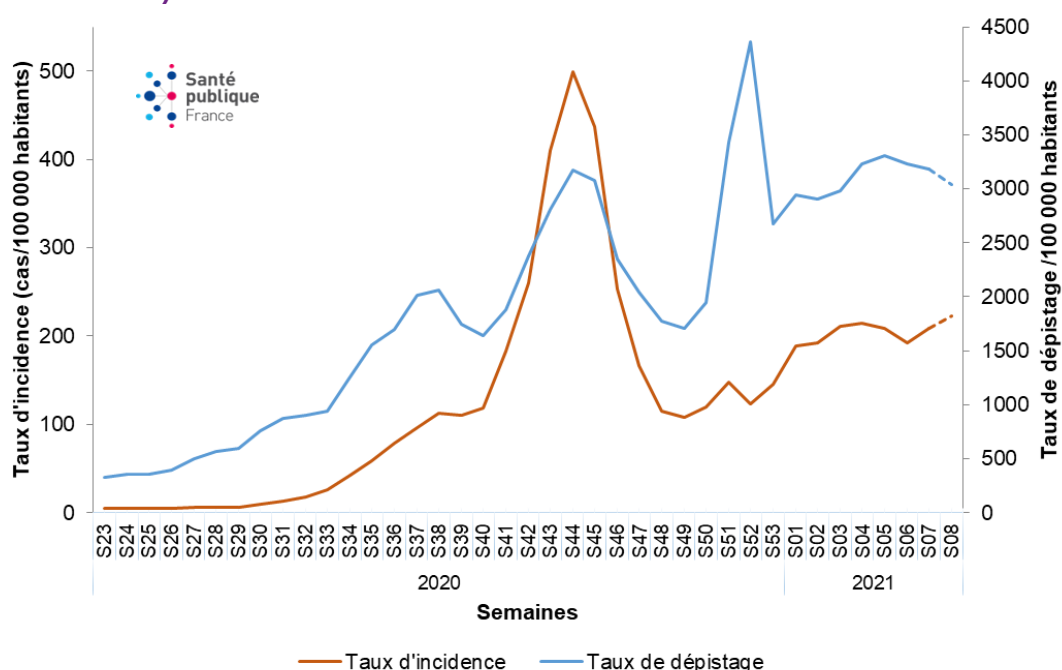
Figure 5. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 28 février 2021, France (données au 03 mars 2021)



Semaine 08 : données non consolidées

- En S08, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **7,3%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), **supérieur** au taux consolidé de la semaine précédente (6,6% en S07, soit +0,7 point) (Figure 4).
- Le **taux national d'incidence des cas confirmés** (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **222/100 000 habitants** en S08, **en augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (208 cas/100 000 habitants en S07, +7%) (Figure 6).
- Le **taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **3 042/100 000 habitants**, **en diminution** par rapport à celui de S07 (3 179/100 000 habitants, -4%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 03 mars 2021)



Semaine 08 : données non consolidées

Source SI-DEP

- **La proportion du nombre de tests effectués en S08** et intégrés dans la base SI-DEP le jour même ou le lendemain du prélèvement était de **95%**, en légère augmentation par rapport à la semaine précédente (93% en S07).

Analyse par classe d'âge

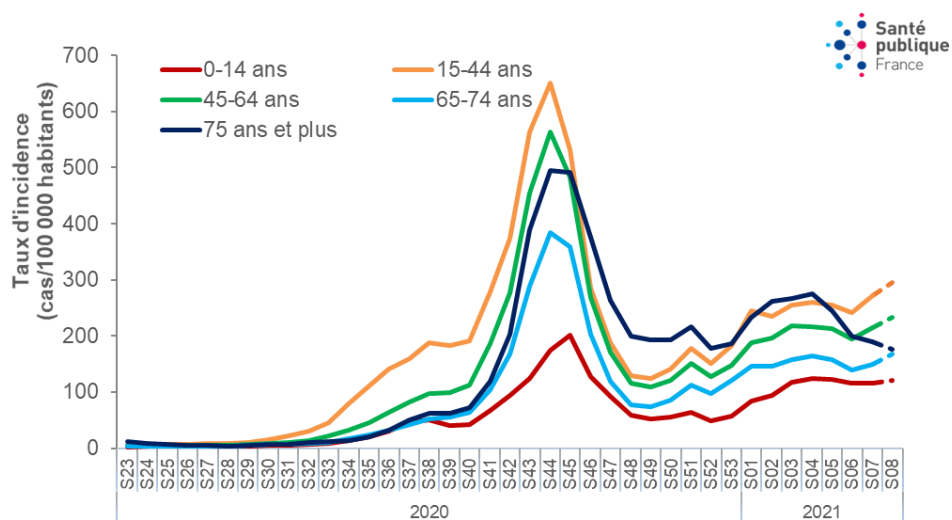
- **En semaine 08**, au niveau national, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 120 chez les 0-14 ans, 295 chez les 15-44 ans, 233 chez les 45-64 ans, 168 chez les 65-74 ans et 176 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).
- Le **taux d'incidence** était en **augmentation par rapport à S07 dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 75 ans et plus où ce taux a diminué (-7%)**. L'augmentation la plus importante était chez les 65-74 ans (+12%), suivis par les 45-64 ans (+9%), les 15-44 ans (+8%) et les 0-14ans (+4%) (Figure 7a).
- Comparativement à S07, le **taux de dépistage était en diminution chez les 0-14 ans (-26%)**, suivis par les 15-44 ans et les 75 ans et plus (-3%), et stable chez les 45-64 ans (0%). Ce taux était en augmentation chez les 65-74 ans (+5%).
- Le **taux de positivité** des personnes testées était en **augmentation par rapport à S07 dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 75 ans et plus où ce taux a diminué (-0,3 point)**. L'augmentation la plus importante concernait les 0-14 ans (+2,5 points) suivis par les 15-44 ans (+0,8 point), les 45-64 ans (+0,6 point) et les 65-74 ans (+0,4 point) (Figure 7c).

Dépistage selon la présence de symptômes

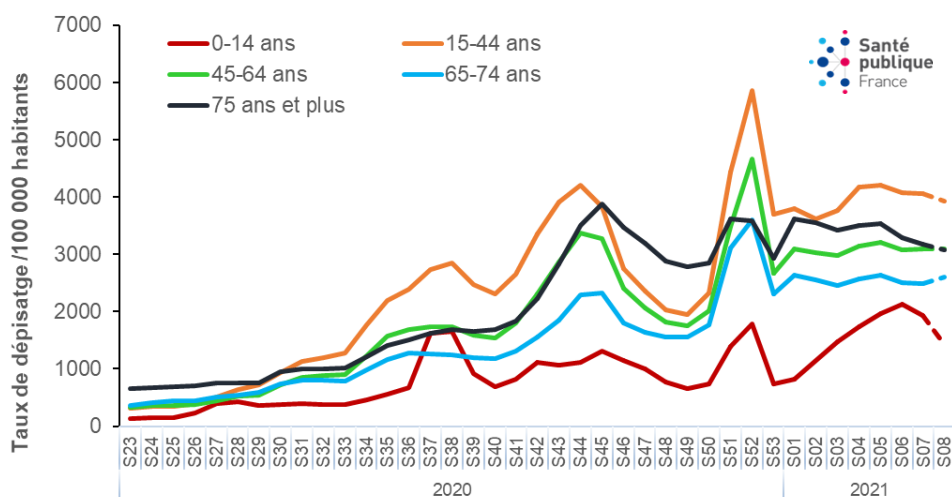
- En semaine 08, **parmi les personnes testées**, l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 87% (soit n=1 781 318). Parmi celles-ci, 21% se déclaraient symptomatiques (stable par rapport à S07, soit 22,5%). Le taux de positivité était de 18,6% chez les symptomatiques (en augmentation par rapport à S07, 15,7%) et de 4,5% chez les asymptomatiques (4,0% en S07).
- **Parmi les cas**, 53% étaient symptomatiques, proportion stable par rapport à la S07 (53%). Le nombre de cas a augmenté chez les symptomatiques (70 966 vs 65 797 en S07, soit +8%) et chez les asymptomatiques (62 510 vs 57 610 en S07, soit +8,5%).

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 03 mars 2021)

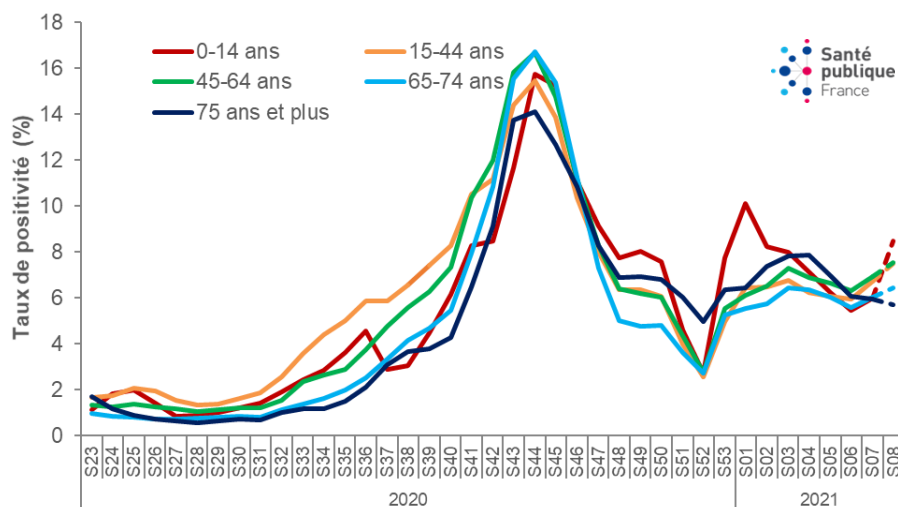
7a



7b



7c



Semaine 08 : 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

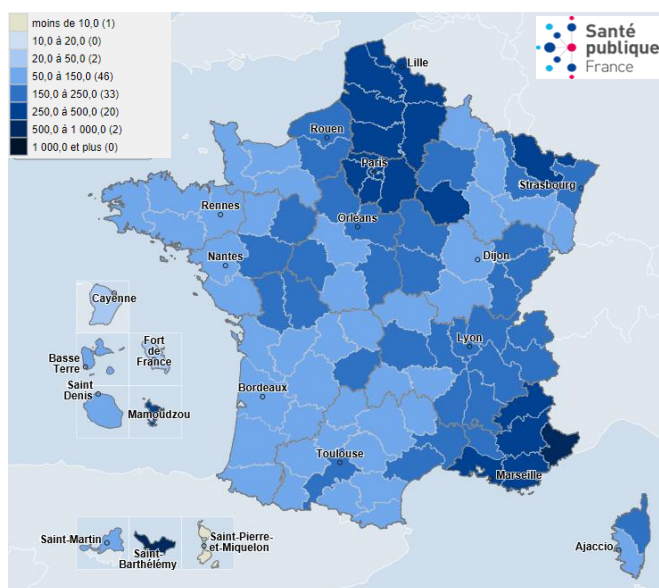
- **En France métropolitaine**, 145 990 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 08, en hausse par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S07 avec 135 716 nouveaux cas, soit +7,6%). Le **taux de positivité** était en augmentation à 7,3% (contre 6,5% en S07, soit +0,8 point). Le **taux d'incidence** des cas confirmés **était également en hausse** avec **225 cas/100 000 habitants** (vs 209 en S07, soit +7,6%). Le **taux de dépistage** s'élevait à **3 064/100 000 habitants**, comparable à celui de la semaine précédente (3 211 en S07, -4,6%).
- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés était, en semaine 08, **au-dessus du seuil de 100/100 000 habitants dans 82 départements métropolitains** (comme en S07), et au-dessus du seuil de 250/100 000 habitants dans 20 départements (15 en S07). Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements des Alpes-Maritimes (563), Pas-de-Calais (406), Seine-Saint-Denis (406), Val-de-Marne (363), Val-d'Oise (355), Seine-et-Marne (349), Nord (340) et Var (329) (Figure 8a).
- Le taux de positivité était supérieur ou égal à 10% dans sept départements en S08 (trois en S07). Les taux les plus élevés étaient rapportés en Seine-Saint-Denis (13,3%), dans le Val-d'Oise (12,3%), en Seine-et-Marne (11,7%), Val-de-Marne (11,1%), Essonne (11%), Pas-de-Calais (10,3%) et Alpes-Maritimes (10,1%) (Figure 8b).
- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage (/100 000 habitants)** en S08 étaient les Alpes-Maritimes (5 570), Paris (5 043), la Haute-Corse (4 840), les Bouches-du-Rhône (4 772), la Moselle (4 519) et la Corse-du-Sud (4 367) (Figure 8c).

En Outre-mer

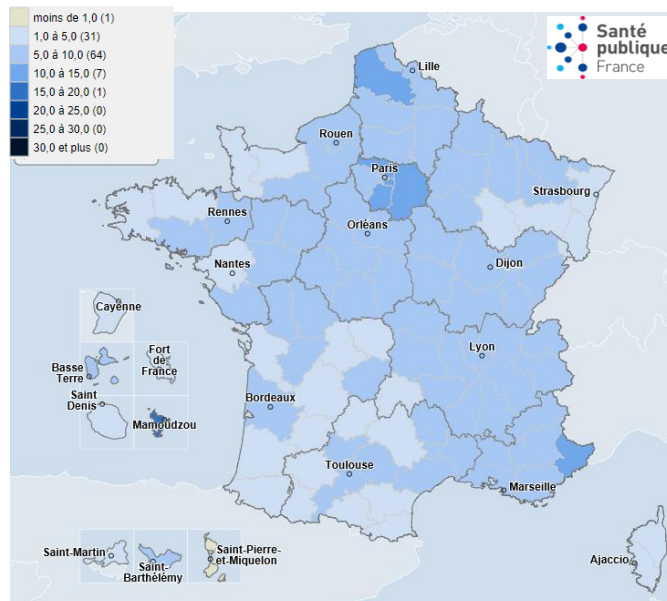
- **À Mayotte**, les indicateurs ont **fortement diminué** en S08 avec un taux d'incidence de 494/100 000 habitants, (861 en S07), et un taux de positivité de 19% (vs 27% en S07).
- **À La Réunion**, le taux d'incidence était en **légère augmentation** de 106/100 000 habitants (98 en S07, soit +8%) et le taux de positivité était en diminution (3,9% vs 4,2% en S07).
- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient en **hausse**, avec un taux d'incidence de 105/100 000 habitants (57 en S07, soit +82%) et un taux de positivité de 8,8% (7% en S07).
- **En Martinique**, les indicateurs **étaient en hausse avec un** taux d'incidence de 34/100 000 habitants (17 en S07) et un taux de positivité de 3,2% (2,4% en S07).
- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient en **baisse**, avec un taux d'incidence de 74/100 000 habitants (144 en S07) et un taux de positivité de 3,2% (4,7% en S07).
- **En Guyane**, les indicateurs étaient **stables avec** un taux d'incidence de 29/100 000 habitants (28 en S07) et le taux de positivité était de 2,5% (2,9% en S07).

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 22 au 28 février 2021, par département, France (données au 03 mars 2021)

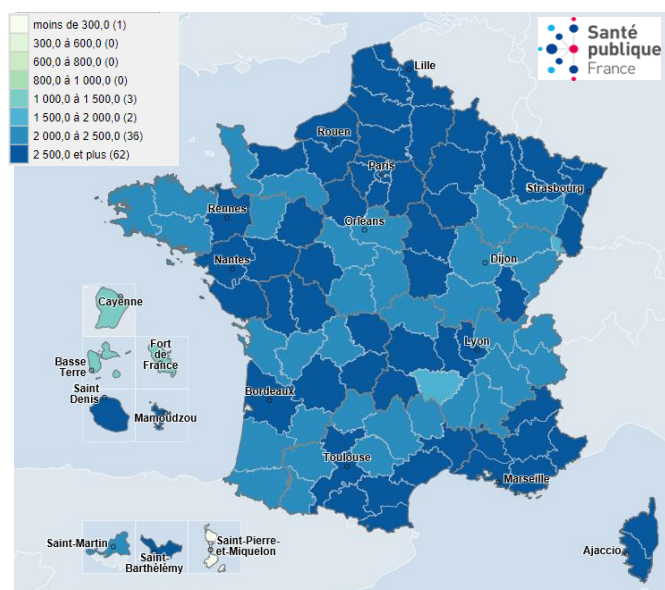
8a



8b



8c



Source : SI-DEP

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

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

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

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

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

- **Au niveau national**, en semaine 08, sur les 174 030 tests de première intention positifs (tests RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, **54% étaient associés à un test de criblage** lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 93 997 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **59,5%** (55 912) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1 (UK)** (contre 49,3% en S07) et **6,3%** (5 940) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** (contre 5,6% en S07).

- La proportion de tests positifs criblés variait peu selon la classe d'âge : de 51,6% chez les 20-29 ans à 57,8% chez les 0-9 ans (Tableau 1).

- La plus forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) était observée chez les 0-9 ans (64,9%) et les 10-19 ans (61,9%). Cette proportion diminuait en fonction de l'âge pour atteindre 41,2% chez les 90 ans et plus.

- La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) était plus élevée chez les 20-29 ans (7,0%), les 10-19 ans (6,6%) et les 60-69 ans (6,6%). Elle était plus faible chez les personnes âgées de 70 ans et plus (entre 4,1% et 5,1%).

Tableau 1. Proportion de suspicions de variant d'intérêt parmi les tests de criblage positifs 20I/501Y.V1 (UK), 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR), en fonction des classes d'âge, France (données au 03 mars 2021)

Âge (ans)	Nb de tests (RT-PCR et TAG)	Nb de tests positifs (RT-PCR et TAG)	PCR de criblage		20I/501Y.V1		20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3	
			N	%	N	%	N	%
0-9	81 691	6 924	3 999	57,8	2 597	64,9	244	6,1
10-19	239 822	22 046	12 426	56,4	7 686	61,9	820	6,6
20-29	350 485	27 220	14 040	51,6	8 605	61,3	976	7,0
30-39	345 478	26 985	14 071	52,1	8 692	61,8	905	6,4
40-49	312 868	26 550	14 431	54,4	8 878	61,5	930	6,4
50-59	293 900	24 645	13 539	54,9	8 051	59,5	876	6,5
60-69	227 178	17 242	9 669	56,1	5 511	57,0	639	6,6
70-79	153 173	11 159	5 911	53,0	3 177	53,8	299	5,1
80-89	103 300	7 533	3 987	52,9	1 921	48,2	162	4,1
90 et plus	54 381	3 665	1 904	52,0	784	41,2	88	4,6
Inconnu	613	61	20	32,8	10	50,0	1	5,0
Tous	2 162 889	174 030	93 997	54,0	55 912	59,5	5 940	6,3

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

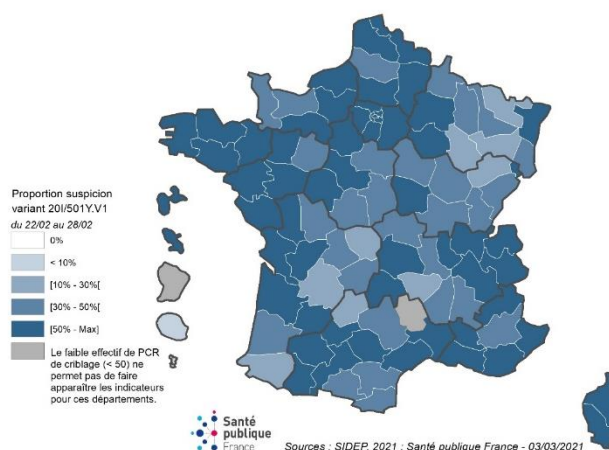
- Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les 95 **départements** métropolitains présentant des données interprétables, **86 affichaient une proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) supérieure à 30%**, dont 57 avec une proportion supérieure à 50%. Cette proportion était comprise entre 10% et 30% pour les 10 départements restants (Figure 9).

- En métropole, **neuf départements avaient une proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) supérieure à 10%**. Cette proportion était particulièrement élevée en Moselle (54,4%), dans les Vosges (31,5%) et en Meurthe-et-Moselle (27,8%) (Figure 10).

- Dans les territoires d'outre-mer où les données sont interprétables, une **forte proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** est observée à **Mayotte** (39,8%) et à **La Réunion** (57%). On note également une **forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK)** en **Guyane** (73%), **Guadeloupe** (70%) et en **Martinique** (56,3%) (Figures 9 et 10).

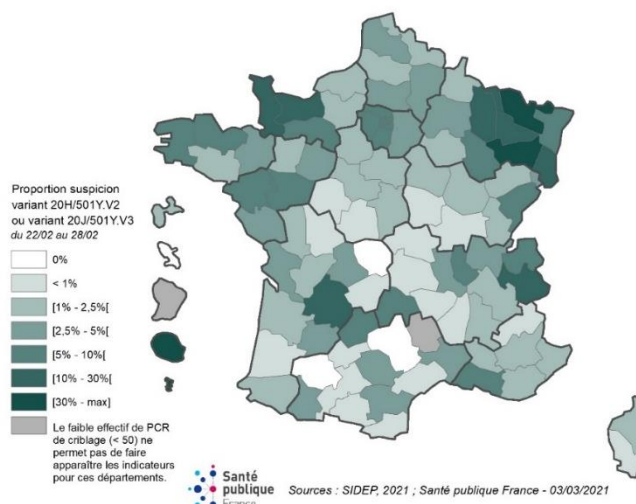
- La Figure 11 met en évidence une **relation croissante entre le pourcentage de suspicions de variants 20I/501Y.V1 (UK), 20H/501Y.V2 (ZA) et 20J/501Y.V3 (BR) sur les semaines 06 à 08 et l'évolution de l'incidence** entre les semaines 06 et 08 au niveau départemental.

Figure 9. Proportion de suspicions de variant d'intérêt 20I/501Y.V1 (UK) parmi les tests de criblage positifs et évolution du taux d'incidence du SARS-CoV-2, par département, France (données au 03 mars 2021)



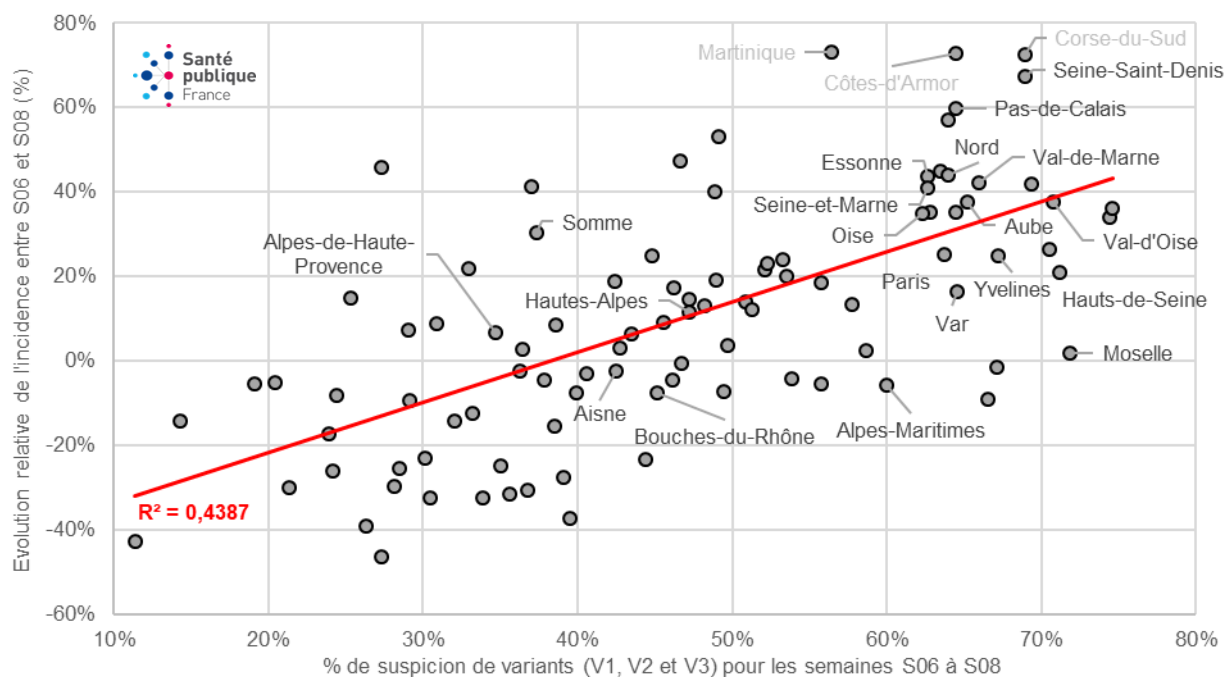
Source : SI-DEP

Figure 10. Proportion de suspicions de variant d'intérêt 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) parmi les tests de criblage positifs et évolution du taux d'incidence du SARS-CoV-2, par département, France (données au 03 mars 2021)



Source : SI-DEP

Figure 11. Évolution relative de l'incidence départementale entre les semaines 06 et 08-2021 en fonction du pourcentage de suspicions de variants 20I/501Y.V1 (UK), 20H/501Y.V2 (ZA) et 20J/501Y.V3 (BR) pour les semaines 06 à 08 (données au 03 mars 2021)



* Le pourcentage de suspicions de variants est calculé sur le nombre total de PCR criblées des semaines S06 à S08. Quatre départements (Guadeloupe, Guyane, Mayotte et Lozère) ont été exclus de l'analyse de par un nombre de PCR de criblage <150 ou du fait d'une proportion de PCR de criblage <10%.

** Les départements indiqués en noir dans le graphique correspondent aux 20 départements avec un taux d'incidence supérieur à 250 cas pour 100 000 habitants en S08.

La Martinique, les Côte-d'Armor et la Corse du Sud (en gris) sont représentées car l'évolution relative de l'incidence entre S06 et S08 était de +70% (Taux d'incidence en S08 respectivement de 34, 101 et 89 cas pour 100 000 habitants)

Source : SI-DEP

SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DU SARS-CoV-2

Données des plateformes nationales de séquençage

La surveillance génomique des infections à SARS-CoV-2 relève des missions du Centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires et est conduite avec Santé publique France, les laboratoires de biologie médicale publics et privés et le Réseau Sentinelles pour la médecine de ville. Cette surveillance a pour objectif de suivre l'évolution moléculaire des virus afin de détecter l'émergence de lignages génétiques (variants) présentant des mutations susceptibles d'avoir des conséquences sur la transmissibilité, la virulence ou l'échappement immunitaire, et de suivre leur éventuelle diffusion sur le territoire ou au sein de populations spécifiques.

Cette surveillance génomique, qui permet l'identification précise des variants connus comme celle de nouveaux variants d'intérêt, nécessite une analyse complète du génome viral par Next Generation Sequencing (NGS). Elle est complémentaire de celle basée sur les tests de criblage (RT-PCR), qui est limitée à la détection de marqueurs associés aux variants d'intérêt déjà connus (20I/501Y.V1, 20H/501Y.V2, 20J/501Y.V3). Ces analyses sont également confrontées aux données épidémiologiques et aux résultats des travaux de virologie visant à étudier les propriétés des virus concernés.

Au décours de la pandémie actuelle, le besoin de détecter précocement des variants d'intérêt du SARS-CoV-2 a conduit à renforcer cette activité de séquençage en fédérant les capacités de plusieurs plateformes disposant de compétences en génomique et en virologie. Mise en œuvre par Santé publique France et l'ANRS Maladies Infectieuses Émergentes, la stratégie nationale de surveillance génomique du SARS-CoV-2 mobilise aujourd'hui de très nombreux partenaires, dont en particulier quatre plateformes de séquençage (CNR - Institut Pasteur (Paris), CNR - Hospices Civils de Lyon, APHP Henri Mondor (Créteil) et IHU Méditerranée Infection) et le réseau de virologie de l'ANRS Maladies Infectieuses Émergentes. Les données qui en sont issues sont destinées à enrichir la surveillance de la COVID-19 et à alimenter des travaux de recherche.

- En semaine 08, la constitution du réseau de ces plateformes et la consolidation de leurs données se poursuivent, dans le cadre de la montée en charge du dispositif (Tableau 2).

Tableau 2. Activité des plateformes de séquençage du SARS-CoV-2, semaines 05 à 08-2021, France

Plateforme	Séquences générées (N)			
	S05	S06	S07	S08
CNR - Pasteur	596	606	743	443
CNR - HCL	571	618	996	589
APHP Mondor	600	388	557	498
IHU Marseille	360	727	551	668
Sous-total 4 plateformes	2 127	2 339	2 847	2 198
Réseau ANRS MIE	1 032	900	1 131	1 387
Total	3 159	3 239	3 978	3 585

- Sur la base des réponses reçues par trois plateformes (CNR - Institut Pasteur, CNR - Hospices Civils de Lyon et APHP Henri Mondor), les résultats de 1 530 séquences générées au cours de la semaine 08 (du 22 au 28 février 2021) ont été compilés. L'analyse de ces séquences permet de caractériser et de suivre l'évolution et la diversité génétique des virus circulant actuellement en France (ici distribués par clade¹) (Tableau 3). **Elle confirme la part importante des infections liées au variant d'intérêt 20I/501Y.V1 au niveau national, qui représentait 49,5% des séquences ici analysées. De plus, ces données permettent également de souligner la part importante du variant d'intérêt 20H/501Y.V2 (4,2%) alors que celle du variant d'intérêt 20J/501Y.V3 (0,4%) reste négligeable** (Tableau 3).

¹. Un clade génétique est un regroupement de virus présentant une séquence génétique identique. Cela permet de classer les virus et de faire l'analyse de leur évolution.

Tableau 3. Activité de séquençage du SARS-CoV-2, par clade et par plateforme, semaine 08-2021, France (n=1 530)

Clade	Séquences (N)			Total N	%
	CNR - Pasteur	CNR - HCL	APHP Mondor		
Clade 19A	0	0	1	1	0,1
Clade 19B	52	14	22	88	5,8
Clade 20A	22	15	33	70	4,6
Clade 20A.EU2	89	14	111	214	14,0
Clade 20B	31	12	5	48	3,1
Clade 20C	12	1	5	18	1,2
Clade 20D	6	0	4	10	0,7
Clade 20E (EU1)	31	6	30	67	4,4
Clade 20G	0	0	0	0	0,0
Clade 20H/501Y.V2*	26	24	15	65	4,2
Clade 20I/501Y.V1*	97	460	201	758	49,5
Clade 20J/501Y.V3*	1	2	3	6	0,4
Ininterprétable **	76	41	68	185	12,1
Total	443	589	498	1 530	100,0

* Variant d'intérêt

** Échec de séquençage, charge virale trop faible, etc.

● Ces données sont toutefois essentiellement ciblées pour documenter la circulation des variants d'intérêt connus et sont donc à ce titre biaisées. En effet, sur 443 résultats de séquences effectuées par le CNR - Pasteur, seuls 28% des échantillons proviennent d'une indication dite « aléatoire » (à l'occasion de l'Enquête Flash #3), 31% sont attribués à une indication ciblée et 41% sont sans indication, ne permettant pas de les classer dans l'une des deux catégories précédentes (Tableau 4). Parmi les résultats de l'indication non ciblée, 42,7% des prélèvements étaient porteurs du variant 20I/501Y.V1 et 3% du variant 20H/501Y.V2 (aucun variant 20J/501Y.V3 n'a été séquencé dans cet échantillonnage). Ces données sont cohérentes avec les analyses globales recensées dans le Tableau 3. La part des prélèvements sélectionnés de manière aléatoire sera renforcée dans les prochaines semaines pour corriger ce biais.

Tableau 4. Activité de séquençage du SARS-CoV-2, par indication pour le CNR - Pasteur, semaine 08-2021, France

Indication (CNR - Pasteur)	Nombre de séquences	Proportion (%)
Enquête Flash	124	28
Clusters	59	31
RT-PCR de criblage ou discordance	78	
Retour ou contact de l'étranger	2	
Sans indication	180	41
Total	443	100

Ces données seront mises à jour et publiées régulièrement dans les prochains Points épidémiologiques, avec une déclinaison par région et par indication du séquençage provenant de toutes les plateformes et permettant de mieux interpréter ces résultats, en particulier pour mieux tenir compte de certaines indications qui peuvent surestimer la représentation de certains variants d'intérêt (ex : clusters).

ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

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

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

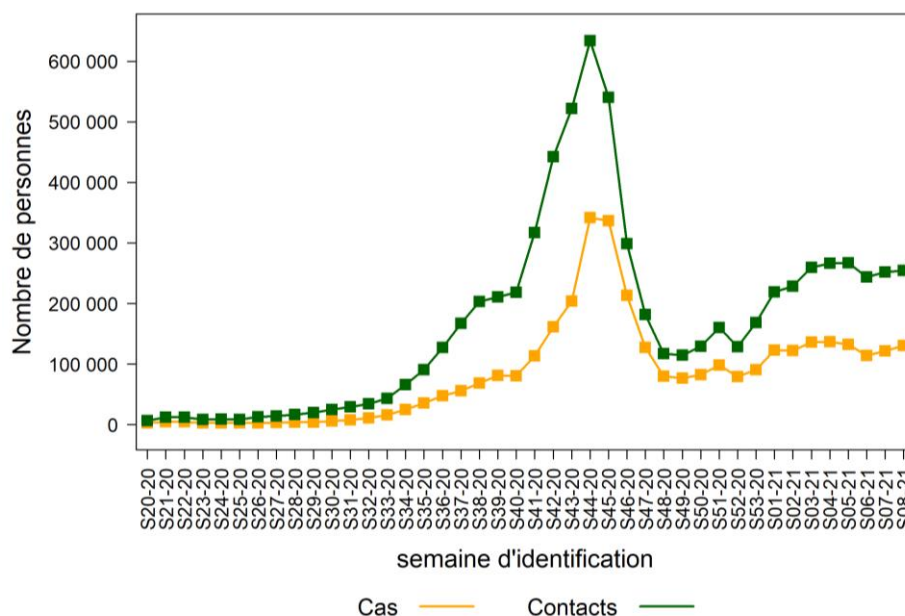
À Mayotte, le contact-tracing est mis en œuvre autour de tous les cas enregistrés dans SI-DEP. Cependant, pour des raisons structurelles, toutes les données ne figurent pas dans ContactCovid, et ne reflètent donc pas l'activité complète de contact-tracing sur le département. Les bilans de données sont réalisés par l'ARS (incluant les données de ContactCovid). La situation épidémique de Mayotte ne permet pas de disposer d'indicateurs de contact-tracing actualisés en semaine 08.

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

- Au cours de la semaine 08, le **nombre total de nouveaux cas était en augmentation** (130 671 cas vs 121 602 en S07, soit +7,5%), tandis que le **nombre total de nouvelles personnes-contacts à risque est resté stable** : 254 171 vs 251 872 en S07, soit +0,9% (Figure 12).

- En semaine 08, **l'âge moyen des cas était de 42 ans** et l'âge moyen des personnes-contacts était de 33 ans. **Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus (7,8%) a de nouveau légèrement augmenté**, alors qu'elle diminuait depuis le début de l'année (7,3% en S07 vs 9,4% en S01).

Figure 12. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai 2020 au 28 février 2021, France

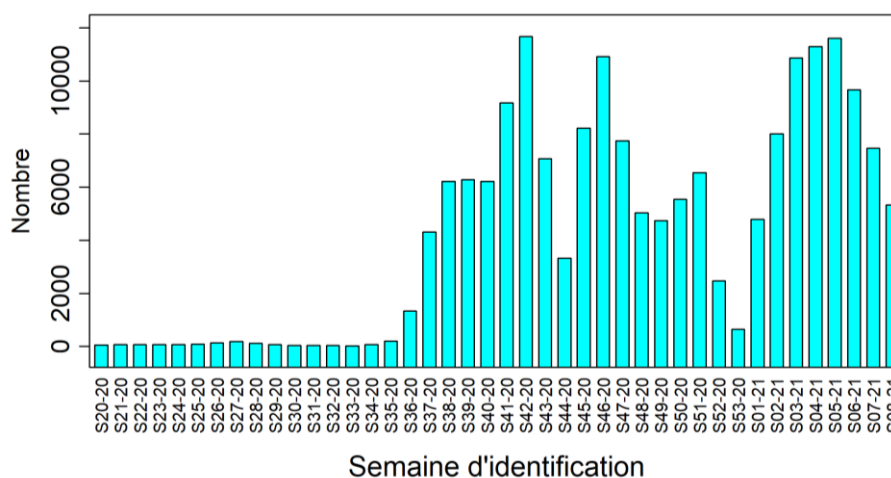


* Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique.

Source : ContactCovid – Cnam

- 5 323 cas ayant eu un **lien avec le milieu scolaire** ont été rapportés (Figure 13). La moitié de ces cas était des adolescents âgés de 10 à 18 ans et un tiers était âgé de plus de 18 ans.

Figure 13. Nombre de cas rapportés ayant fréquenté un milieu scolaire (avant ou après le début des signes), par semaine, du 13 mai 2020 au 28 février 2021, France



Source : ContactCovid - Cnam

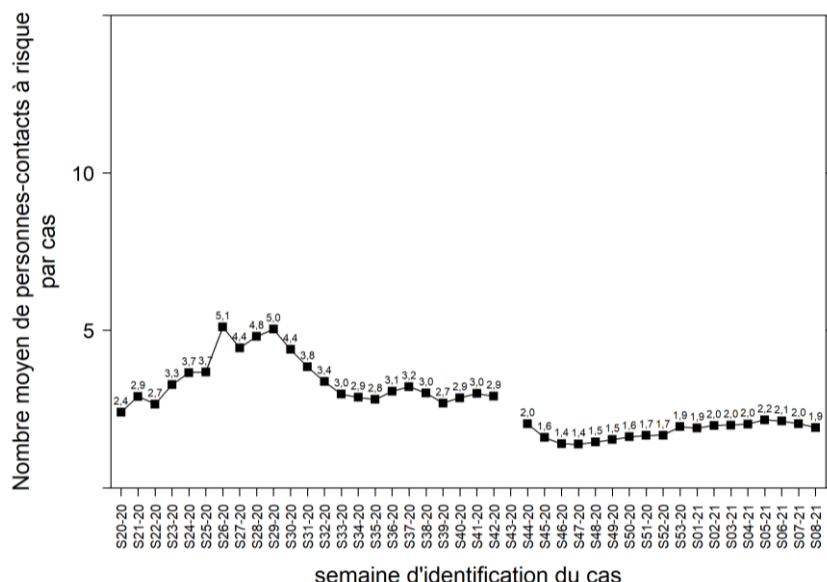
► Proportion des cas et des personnes-contacts à risque investigués

- En semaine 08, la **proportion de cas et de personnes-contacts à risque ayant pu être investigués par l'Assurance maladie est restée à un niveau élevé** (94% pour les cas et pour les personnes-contacts).

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- **Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas semble en lente diminution depuis la S05**, avec une valeur de 1,9 en S08 contre 2,0 en S07 et 2,1 en S06 (Figure 14). Au niveau régional, cette valeur s'échelonnait entre 1,5 (Île-de-France) et 2,9 (La Réunion).
- 45,1% des cas ne rapportaient aucune personne-contact à risque (stable par rapport à S07). Cette situation représentait 68,4% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 37,8% des cas âgés de 15 à 44 ans.
- Par ailleurs, 9,2% des cas rapportaient plus de cinq personnes-contacts à risque. Cette situation représentait seulement 2,5% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 11,9% des cas âgés de 15 à 44 ans.

Figure 14. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, par semaine, du 13 mai 2020 au 28 février 2021, France



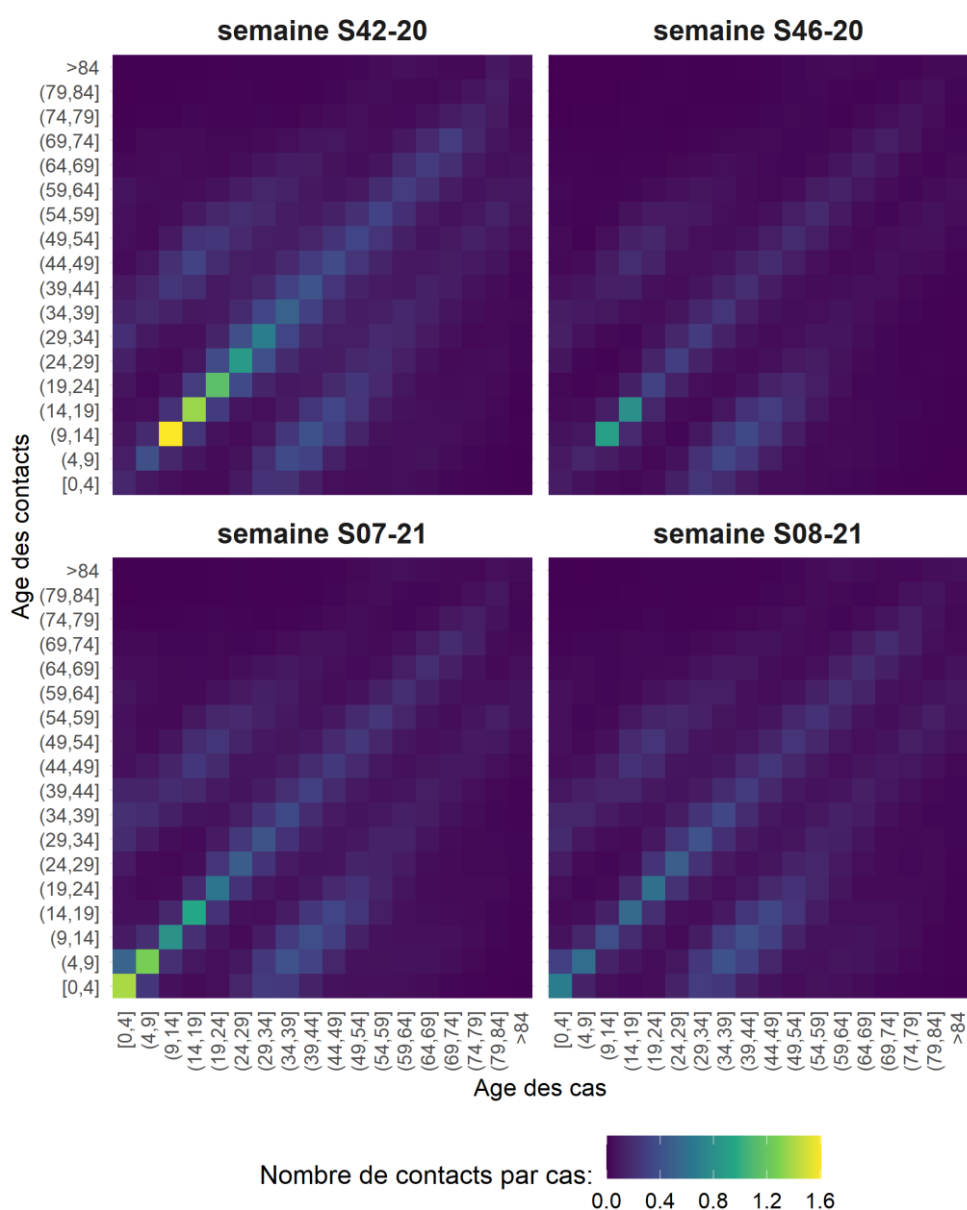
Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020

Source : ContactCovid - Cnam

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

- Les cas âgés de moins de 65 ans avaient peu de contacts avec des personnes âgées de 65 ans et plus ($\leq 9,3\%$). À l'inverse, plus de 30% des personnes-contacts des cas de plus de 65 ans avaient elles-mêmes plus de 65 ans.
- Le nombre de contacts à risque entre classes d'âge supérieures à 20 ans était globalement stable par rapport à S07 (Figure 15).
- Entre S06 et S07 (données consolidées), le nombre de contacts à risque entre personnes de moins de 19 ans avait diminué, en lien avec les vacances scolaires. En S08, cette diminution s'est poursuivie (Figure 15).

Figure 16. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts, pour les semaines 42-2020 (semaine de début d'un couvre-feu dans certains territoires), 46-2020 (deuxième confinement), 07 et 08-2021, France



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

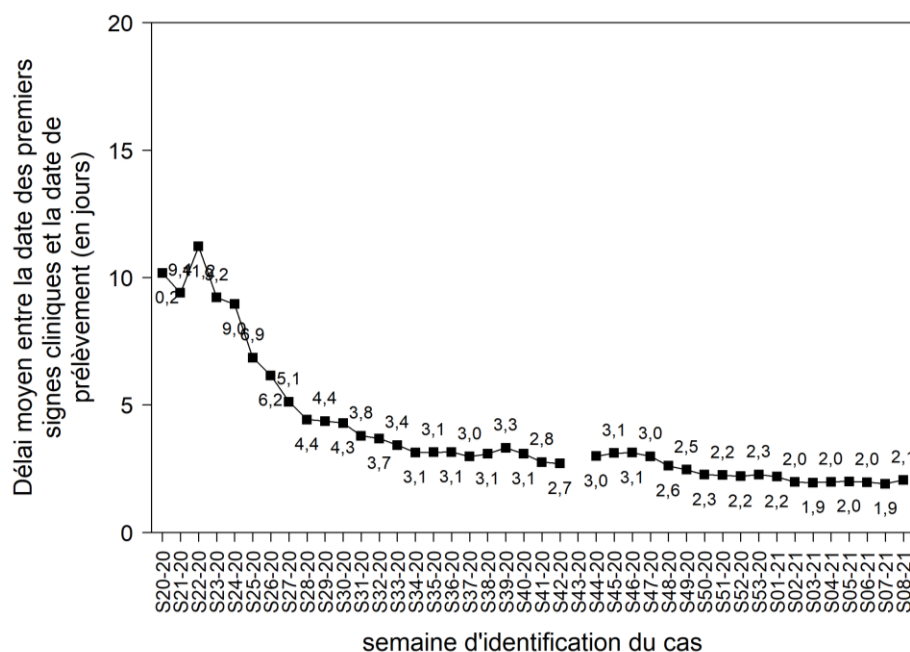
Valeurs calculées quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.

Source : ContactCovid – Cnam

► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

• En semaine 08, 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 55,9% des cas), **le délai moyen de diagnostic était en légère augmentation à 2,1 jours** contre 1,9 jours en S07 (Figure 16). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

Figure 16. Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques, par semaine, du 13 mai 2020 au 28 février 2021, France



Note : le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et une date de prélèvement renseignées. En semaine 08, cela représente 55,9% des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine à l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un Point épidémiologique à l'autre.

Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020.

Source : ContactCovid - Cham

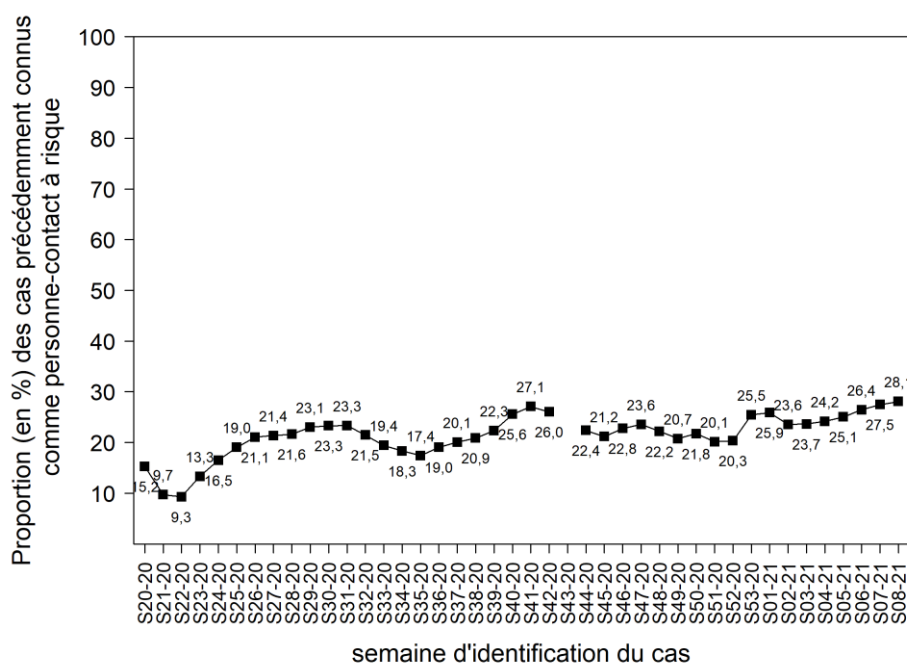
► Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque

- Au niveau national, la proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque d'un autre cas (28,1%) continue d'augmenter progressivement depuis la S02 (Figure 17).

- La proportion des personnes-contacts devenues des cas était de nouveau en augmentation (13,0% personnes-contacts identifiées en S07), après une diminution observée entre la S53-2020 (16,0%, valeur consolidée) et la S06-2021 (11,8%, valeur consolidée). Ce nombre était près de **deux fois plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques** (15,3%) que de cas asymptomatiques (8,4%), et près de **2,5 fois plus élevée lorsque leur cas index appartenait au même foyer qu'elles** (20,5%) que lorsque cela n'était pas le cas (8,7%).

- **15,8% des personnes-contacts** (identifiées en S07) **de cas classés comme « variants »** dans ContactCovid (soit 42 505 cas en S07) **étaient devenues des cas**, contre 11,5% lorsque les cas n'étaient pas classés « variants ».

Figure 17. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 28 février 2021, France



Note : les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un Point épidémiologique à l'autre. Indicateur non estimable en semaine 43-2020.

Source : ContactCovid - Cnam

► Mobilité des cas et des personnes-contacts

- Au cours des deux dernières semaines (vacances scolaires), le pourcentage de personnes ayant voyagé en France hors de leur région de résidence habituelle était en augmentation à la fois pour les cas (4,1% contre 2,8% en S07 et 2,0% en S06) et pour les personnes-contacts (1,9% contre 1,3% en S07 et 0,9% en S06).

- En S08, le pourcentage de cas (1,0%) et de personnes-contacts (0,3%) ayant voyagé hors de France était en revanche stable par rapport à S07.

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

- Du 1^{er} mars 2020 au 28 février 2021, **27 697** signalements d'un ou plusieurs cas de COVID-19 biologiquement confirmés ou non ont été déclarés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à Santé publique France via le [portail national des signalements](#) du ministère de la Santé (Tableau 5).

- Il s'agissait de **17 035 (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD et autres EHPA) **et 10 662 (38%) dans les autres ESMS** (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 5).

- Parmi les **17 035 signalements en EHPA**, 14 358 (84%) épisodes comprenaient **au moins un cas confirmé** parmi les résidents ou le personnel.

- Parmi les 27 697 signalements en ESMS, **192 376 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents (Tableau 5). Parmi les **24 973 décès survenus dans les établissements**, 24 769 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 5. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'ESMS, chez les résidents et le personnel, rapportés entre le 1^{er} mars 2020 et le 28 février 2021, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	17 035	7 605	1 197	1 860	27 697
Cas confirmés ⁶	166 788	20 719	1 450	3 419	192 376
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	9 735	379	0	41	10 155
Décès ⁷ établissements	24 769	147	0	57	24 973
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	80 556	15 720	1 469	1 630	99 375

¹Établissement d'hébergement pour personnes âgées

²Établissement d'hébergement pour personnes handicapées

³Établissement de l'Aide sociale à l'enfance

⁴Autres établissements

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

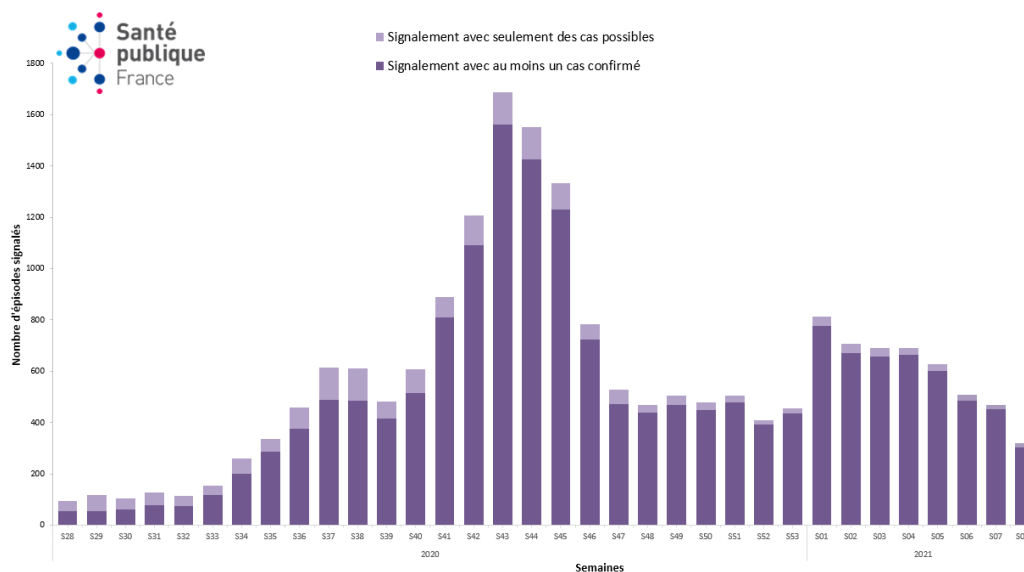
⁶Cas de COVID-19 biologiquement confirmés

⁷Cas possibles et confirmés décédés

- Le nombre de signalements enregistrés avait augmenté en semaine 01-2021 et depuis la semaine 02 une stabilisation était observée. Depuis la semaine 05-2021, on constate une **diminution du nombre de signalements**. Cette diminution se confirme pour les dernières semaines avec 474 signalements enregistrés en semaine **07-2021** et **313** en semaine **08-2021** (données non consolidées) (Figure 18).

- Depuis le 20 juillet, parmi les 10 446 EHPA en France, 6 430 (62%) ont déclaré au moins un épisode. Parmi les 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 2 996 (soit 34%) ont déclaré au moins un épisode.

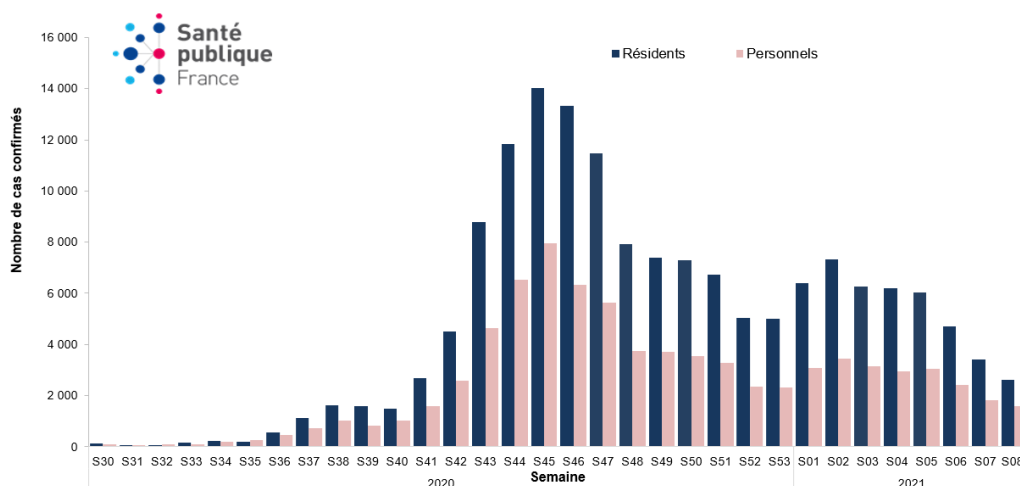
Figure 18. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 en ESMS, par date de début des signes du premier cas, entre le 06 juillet 2020 et le 28 février 2021, France



* Semaine 08 : données non consolidées

• Le nombre de cas confirmés a augmenté en semaines 01 et 02-2021 puis s'est **stabilisé autour de 9 200 cas jusqu'à début février**. Depuis la **semaine 06-2021, le nombre de cas confirmés est en diminution**. En semaines 07 et 08-2021, **5 237 et 4 216 cas** ont été enregistrés respectivement (données non consolidées) (Figure 19).

Figure 19. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 28 février 2021, France

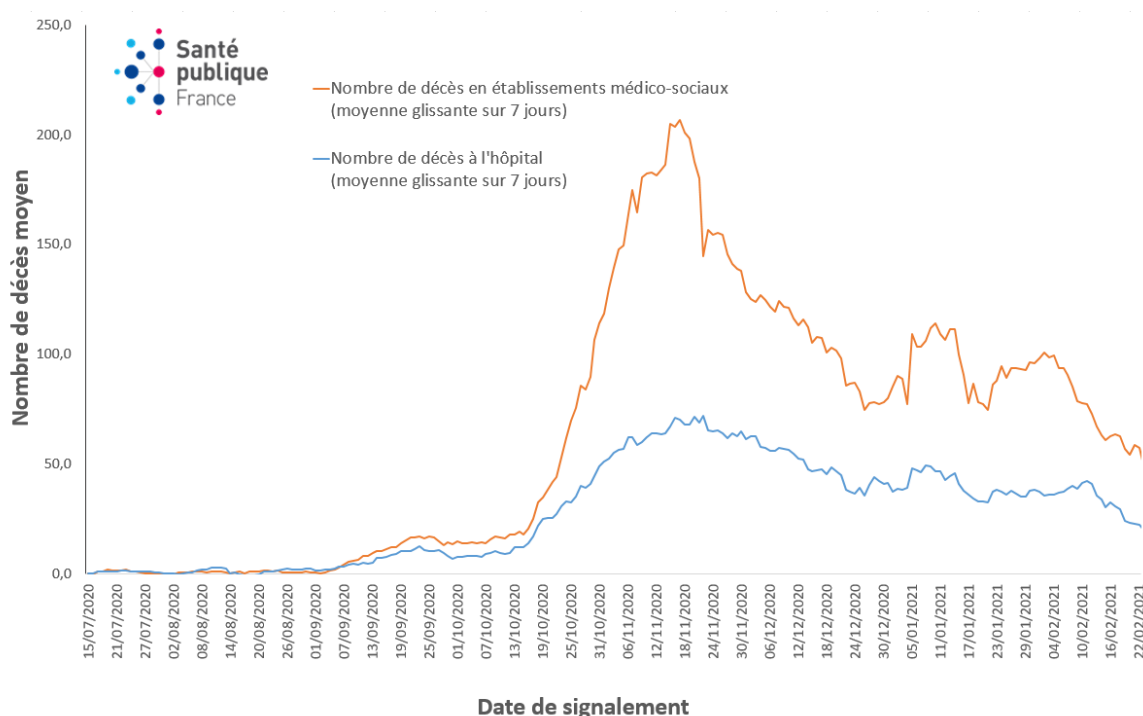


*Semaine 08 : données non consolidées

- Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36-2020, **le nombre de décès en établissement d'accueil dans les ESMS** a augmenté de la semaine 37 à la semaine 46 (S46 : 1 490 décès), puis il a diminué jusqu'en semaine 48 et s'est stabilisé depuis. Une diminution du nombre de décès en établissement est observée depuis la semaine 05-2021. En semaine **07-2021**, 362 décès ont été enregistrés et **189** en semaine **08-2021** (données non consolidées).

- Le nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès dans l'ensemble des ESMS **diminue pour les décès en établissement et pour les décès à l'hôpital** (Figure 20). La consolidation des données permettra de confirmer l'évolution observée.

Figure 20. Nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents en ESMS, par date de signalement du décès, rapportés entre le 15 juillet 2020 et le 28 février 2021, France*



*Données de décès le 23 février 2021 pour l'estimation de la moyenne glissante sur 7 jours.

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

• Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **379 722 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 1^{er} mars 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période) (Figure 21).

• **En semaine 08** (du 22 au 28 février 2021), **7 466 passages aux urgences pour suspicion de COVID 19** ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (6 917 passages en S07). Ce chiffre était en **hausse** (+8%) après une stabilisation observée la semaine précédente (+1,6%) (Figure 21).

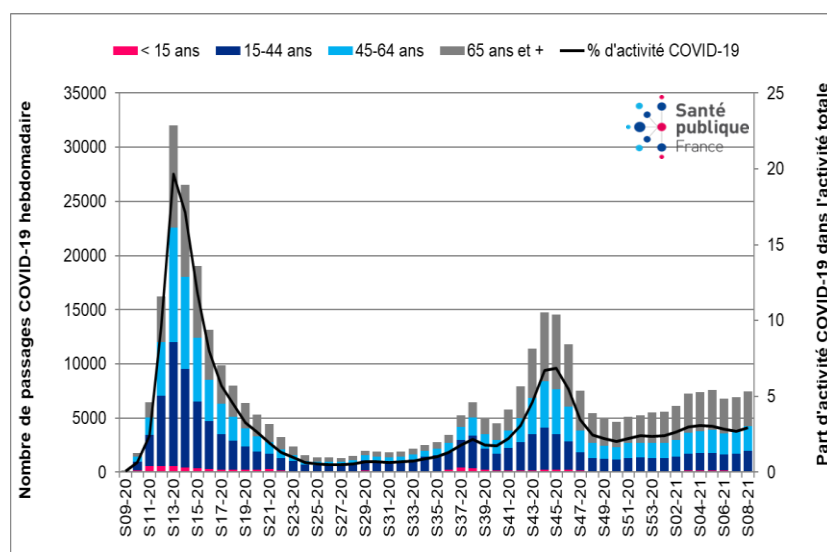
• La part d'activité était également en légère hausse (2,9% en S08 vs 2,7% en S07). Le nombre d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était stable (56% en S08 vs 58% en S07).

• Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en hausse chez les 15-74 ans (+12% soit +589 passages). Ce nombre était en hausse avec de faibles effectifs chez les enfants (+7%) et en légère baisse chez les 75 ans et plus (-2%). La **répartition du nombre de passages par classe d'âge** était **comparable à la semaine précédente**, excepté une légère hausse chez les 15-64 ans et une baisse chez les 75 ans et plus : 0-4 ans (1%), 5-14 ans (1%), 15-44 ans (24%), 45-64 ans (31%), 65-74 ans (17%), 75 ans et plus (26%) (Figure 21).

• **Au niveau régional**, le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en hausse en Île-de-France (+32% soit +492 passages), Auvergne-Rhône-Alpes (+8% soit +64 passages), Normandie (+35% soit +54 passages), Nouvelle-Aquitaine (+15% soit +52 passages), Pays de la Loire (+16% soit +35 passages) et Corse (+63% soit +15 passages). On observait également une hausse des passages en Guadeloupe (11 vs 0 passages en S07), Guyane (11 vs 2 passages en S07) et à La Réunion (60 vs 53 passages en S07).

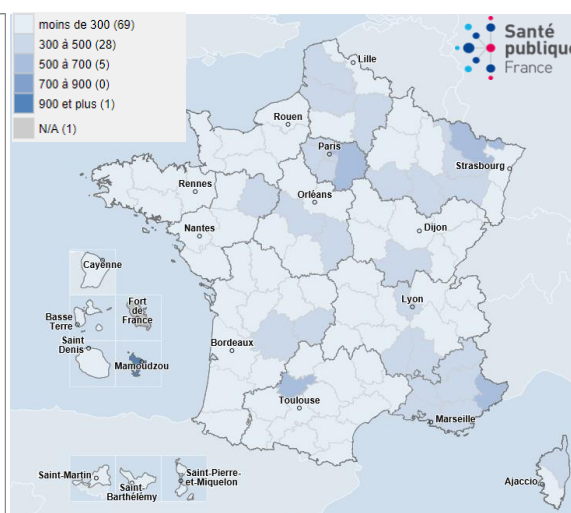
• En semaine 07, comme les semaines précédentes, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité des passages était enregistrée en Île-de-France (27%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (16%), Auvergne-Rhône-Alpes (11%) et Grand Est (8%).

Figure 21. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 24 février 2020, France



Source : OSCOUR®

Figure 22. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 08-2021, France



Source : OSCOUR

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

NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori [1], avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests RT-PCR, incluant les tests RT-LAMP, et antigéniques positifs), des passages aux urgences (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. Le R -effectif estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ une à deux semaines auparavant (intégrant le délai entre la contamination et le test, et le fait que le calcul est effectué sur une période de 7 jours). L'indicateur SI-DEP peut être instable, notamment lorsque l'incidence est faible car il est influencé par les actions locales de dépistage. Les indicateurs calculés à partir des données de passages aux urgences et des hospitalisations sont plus stables, mais montrent des tendances plus tardives. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas.

Les valeurs de R ne doivent donc pas être interprétées de façon isolée, mais être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.

L'estimation du nombre de reproduction effectif en **France métropolitaine** au 27 février est **supérieure à 1 de façon significative** à partir des **données virologiques (SI-DEP) : 1,07** (IC95% [1,06-1,07]) (Tableau 6 et Figure 23). Elle est également significativement supérieure à 1 à partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) : 1,07** (IC95% [1,04-1,09]).

En revanche, l'estimation au 28 février obtenue à partir des **données d'hospitalisation pour COVID-19 (SI-VIC), est inférieure à 1 de façon non significative : 0,98** (IC95% [0,96-1,00]).

► Régions métropolitaines

- Au 27 février 2021, les estimations des **nombre de reproduction à partir des données virologiques SI-DEP** sont significativement supérieures à 1 dans toutes les régions métropolitaines, à l'exception de l'Occitanie et de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dans ces deux régions, l'estimation du nombre de reproduction est significativement inférieure à 1 (Tableau 6).

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

- À partir des **hospitalisations pour COVID-19** rapportées dans **SI-VIC**, seule la région Provence-Alpes-Côte d'Azur présentait un nombre de reproduction au 28 février significativement supérieur à 1. L'estimation du nombre de reproduction était supérieure à 1 de façon non significative en Corse.

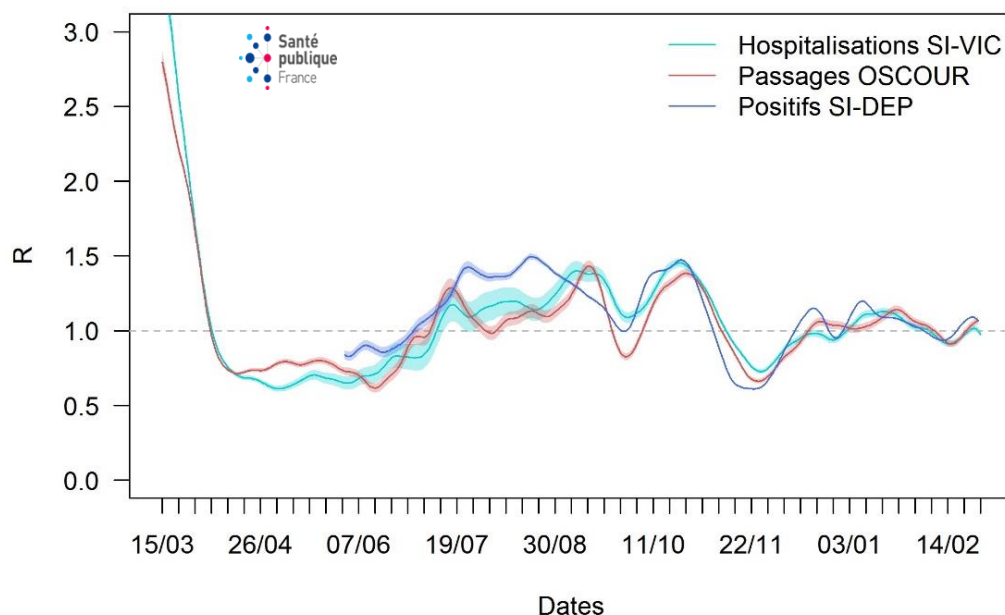
► Régions d'outre-mer

Au 27 février, les estimations **du nombre de reproduction à partir des données virologiques SI-DEP** étaient significativement supérieures à 1 en **Guadeloupe, Martinique** et à **La Réunion** (Tableau 6). Le nombre de reproduction estimé à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) excédait 1 de façon non significative en Guyane et à La Réunion. Enfin, les estimations du 28 février à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) étaient supérieures à 1 de façon non significative à La Réunion.

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

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

Figure 23. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP), des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), du 15 mars 2020 au 27 février 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 6. Nombre de reproduction effectif du 27 février 2021 à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), et nombre de reproduction effectif du 28 février à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), par région, France

Territoire	Régions	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1,03 (1,01-1,04)	1,01 (0,94-1,08)	0,92 (0,87-0,98)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,03 (1,00-1,06)	0,93 (0,84-1,03)	0,86 (0,78-0,96)
	Bretagne	1,06 (1,03-1,10)	0,94 (0,78-1,11)	0,95 (0,82-1,09)
	Centre-Val de Loire	1,07 (1,04-1,10)	0,99 (0,87-1,12)	0,98 (0,87-1,09)
	Corse	1,16 (1,05-1,26)	1,36 (0,97-1,82)	1,43 (0,98-1,97)
	Grand Est	1,02 (1,00-1,04)	1,00 (0,92-1,08)	0,97 (0,90-1,04)
	Hauts-de-France	1,15 (1,13-1,16)	1,10 (1,02-1,19)	0,96 (0,91-1,02)
	Ile-de-France	1,15 (1,14-1,16)	1,23 (1,18-1,29)	0,99 (0,95-1,04)
	Normandie	1,10 (1,08-1,13)	1,10 (0,95-1,27)	0,98 (0,87-1,09)
	Nouvelle-Aquitaine	1,04 (1,02-1,07)	1,01 (0,91-1,11)	0,98 (0,88-1,08)
	Occitanie	0,96 (0,94-0,98)	0,95 (0,86-1,03)	0,94 (0,86-1,02)
	Pays de la Loire	1,07 (1,04-1,10)	1,04 (0,92-1,17)	0,98 (0,87-1,09)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,97 (0,96-0,99)	1,04 (0,98-1,10)	1,06 (1,00-1,12)
	France métropolitaine	1,07 (1,06-1,07)	1,07 (1,04-1,09)	0,98 (0,96-1,00)
France ultramarine	Guadeloupe	1,44 (1,30-1,59)	NC	NC
	Guyane	0,86 (0,69-1,05)	1,19 (0,65-1,90)	NC
	La Réunion*	1,15 (1,08-1,22)	1,12 (0,86-1,42)	1,15 (0,87-1,48)
	Martinique	1,50 (1,25-1,78)	NA	NC
	Mayotte	0,67 (0,64-0,71)	0,77 (0,61-0,94)	0,86 (0,72-1,01)

NC : le nombre de reproduction n'est pas estimable de façon fiable en raison d'un nombre de cas insuffisant sur les 7 derniers jours

NA : données non disponibles pour cette région

* 20% de cas importés.

Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en services de réanimation ou le décès d'un patient COVID-19 et la date de déclaration ou de mise à jour du statut du patient dans le système SI-VIC est fréquent. Les données par dates d'admission et de décès nécessitant en moyenne une semaine de consolidation, ce délai peut entraîner un retard dans l'observation des tendances. C'est pourquoi, afin de suivre au plus près l'évolution de l'épidémie, les données présentées ci-dessous le sont principalement par date de déclaration. Les résultats par dates d'admission et de décès sont mentionnés afin de confirmer ou préciser les tendances observées.

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

- Depuis le 1^{er} mars 2020, **2 050** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Le 02 mars 2021, **25 308** patients COVID-19 étaient hospitalisés en France (vs 25 705 le 23 février, soit -1,5%), dont **3 596** en services de réanimation (vs 3 445 le 23 février, soit +4,4%) (Figures 24 et 25).

Figure 24. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 02 mars 2021)

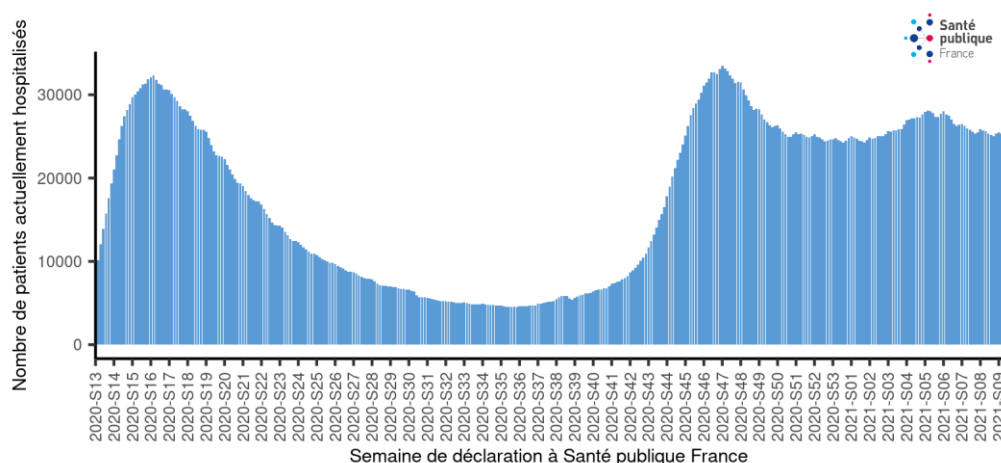
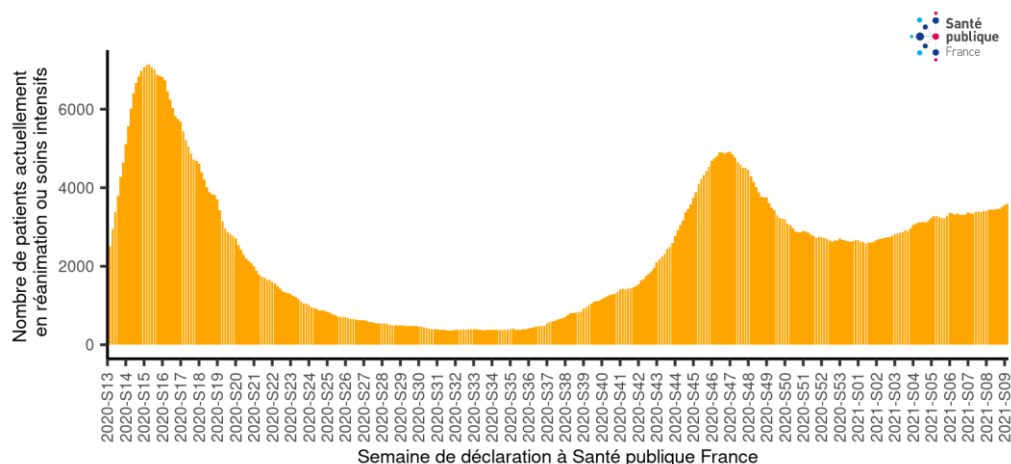


Figure 25. Nombre de patients COVID-19 en services de réanimation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 02 mars 2021)



- Parmi les **347 771 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars 2020 (Tableau 7) :
 - l'âge médian des patients est de 73 ans et 53% sont des hommes ;
 - **62 273** patients sont décédés : **75%** étaient âgés de 75 ans et plus et **58%** étaient des hommes ;
 - **259 924** patients sont retournés à domicile.

Tableau 7. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en réanimation) le 02 mars 2021 et nombre de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

	Le 02 mars 2021				Depuis le 1 ^{er} mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Décès	
	N	%	N	%	N	%
Total	25 308		3 596		62 273	
Classes d'âge *						
<i>Total</i>	25 122		3 566		61 932	
0-14 ans	49	<1	12	<1	5	<1
15-44 ans	1 115	4	232	7	427	1
45-64 ans	4 464	18	1 205	34	4 869	8
65-74 ans	5 709	23	1 375	39	10 124	16
75 et +	13 785	55	742	21	46 507	75
Régions *						
<i>Total</i>	25 263		3 586		62 247	
Métropole						
Auvergne-Rhône-Alpes	3 345	13	441	12	9 129	15
Bourgogne-Franche-Comté	1 374	5	149	4	3 802	6
Bretagne	670	3	62	2	1 164	2
Centre-Val de Loire	1 031	4	145	4	2 013	3
Corse	97	<1	10	<1	146	<1
Grand Est	2 274	9	295	8	8 112	13
Hauts-de-France	2 877	11	422	12	6 264	10
Île-de-France	5 208	21	858	24	14 994	24
Normandie	1 219	5	126	4	2 267	4
Nouvelle-Aquitaine	1 263	5	175	5	2 824	5
Occitanie	1 534	6	255	7	3 237	5
Pays de la Loire	767	3	75	2	2 042	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 278	13	469	13	5 782	9
Outre-mer						
La Réunion	143	<1	65	2	72	<1
Martinique	14	<1	4	<1	46	<1
Mayotte	130	1	23	1	91	<1
Guadeloupe	24	<1	6	<1	180	<1
Guyane	15	<1	6	<1	82	<1

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

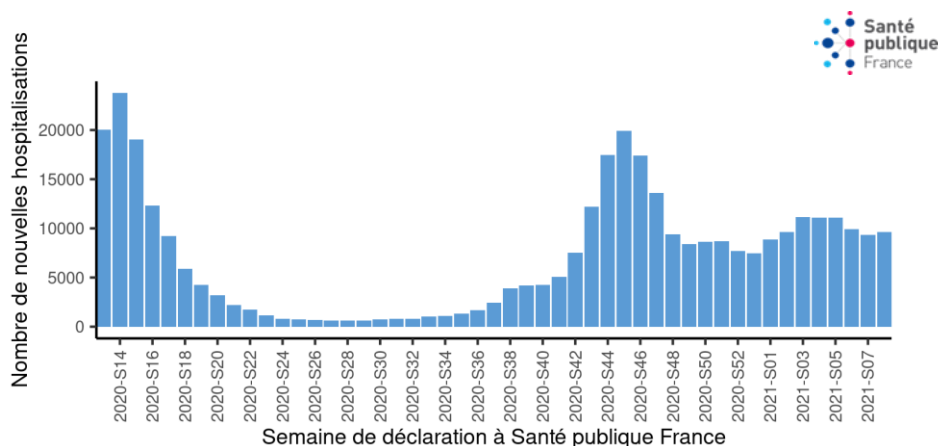
Source : SI-VIC

• Le nombre de **déclarations de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19** était en légère augmentation en semaine 08 : **9 613** nouvelles hospitalisations déclarées en S08 vs **9 362** en S07, soit +3% (Figure 26).

Le **taux hebdomadaire** d'hospitalisations de patients COVID-19 était de **14,3/100 000 habitants** en S08 contre **14,0** en S07.

• Après consolidation, les **données par date d'admission à l'hôpital** montrent que le nombre de nouvelles hospitalisations s'était stabilisé en S07 (-2% par rapport à S06). Les données de S08 ne sont pas encore consolidées (-7% entre S07 et S08). En semaine 07, le nombre de nouvelles hospitalisations diminuait chez les plus de 90 ans (-11%) et chez les 80-89 ans (-7%). Il était stable chez les 60-69 ans (+1%) et chez les 50-59 ans (-3%). Il augmentait chez les 40-49 ans (+13%) et les 30-39 ans (+22%).

Figure 26. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 28 février 2021)



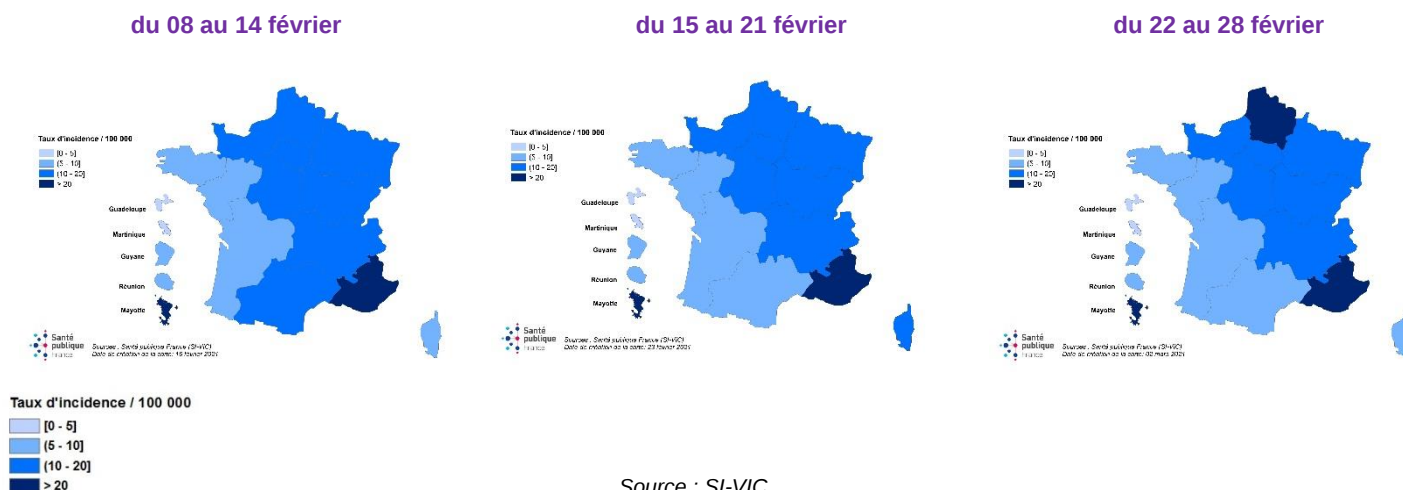
Source : SI-VIC

• En France métropolitaine, en semaine 08, le **taux hebdomadaire d'hospitalisations** était en augmentation en **Centre-Val de Loire** (+22%), **Occitanie** (+17%), **Pays de la Loire** (+13%), **Île-de-France** (+12%), **Hauts-de-France** (+8%) et **Nouvelle-Aquitaine** (+7%). Il était stable ou en diminution dans les autres régions de France métropolitaine.

• Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (26,1/100 000 habitants), **Hauts-de-France** (21,3), **Île-de-France** (17,5), et **Centre-Val de Loire** (15,3) (Figure 27).

• En Outre-mer, le **plus fort taux d'hospitalisations** en semaine 08 était observé à **Mayotte** avec 54,0/100 000 habitants, en **diminution** par rapport à S07 (61,5, soit -12% et -21 hospitalisations). Une **hausse** était observée en **Martinique** (3,1 vs 1,4 en S07, soit +6 hospitalisations) et en **Guadeloupe** (3,4 vs 2,1, soit +5 hospitalisations). Ce taux était **stable** à **La Réunion** (7,1 vs 6,9, soit +2 hospitalisations). Une légère baisse était observée en **Guyane** (5,2 vs 6,2, soit -3 hospitalisations).

Figure 27. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 08 au 28 février 2021 (S06 à S08, date de déclaration), France



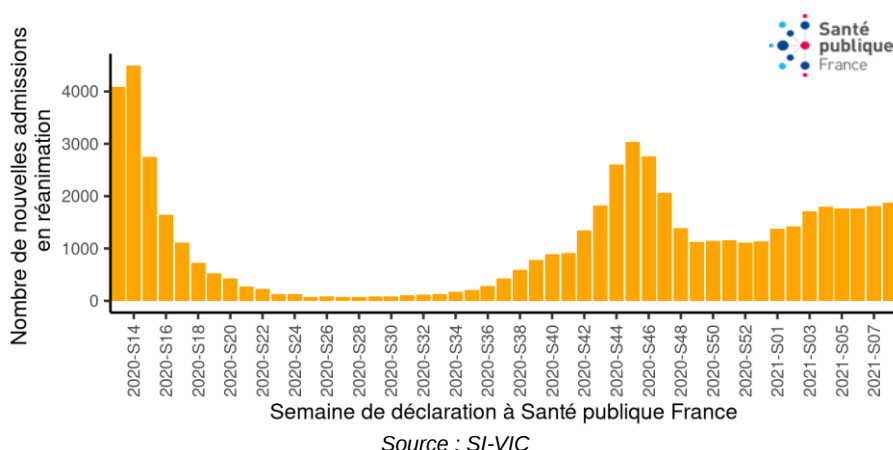
Source : SI-VIC

• Après être resté stable entre les semaines 04 et 07, le nombre de déclarations de **nouvelles admissions en services de réanimation de patients COVID-19** a légèrement augmenté en semaine 08 : **1 871** en S08 contre **1 807** en S07, soit +4% (Figure 28).

Le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de réanimation était de **2,8/100 000 habitants** en S08 contre **2,7** en S07.

• Après consolidation, les **données par date d'admission en services de réanimation** montrent que le nombre de nouvelles admissions était stable en semaine 07 (-1% par rapport à S06). Les données de S08 ne sont pas encore consolidées (+2% entre S07 et S08).

Figure 28. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 28 février 2021)

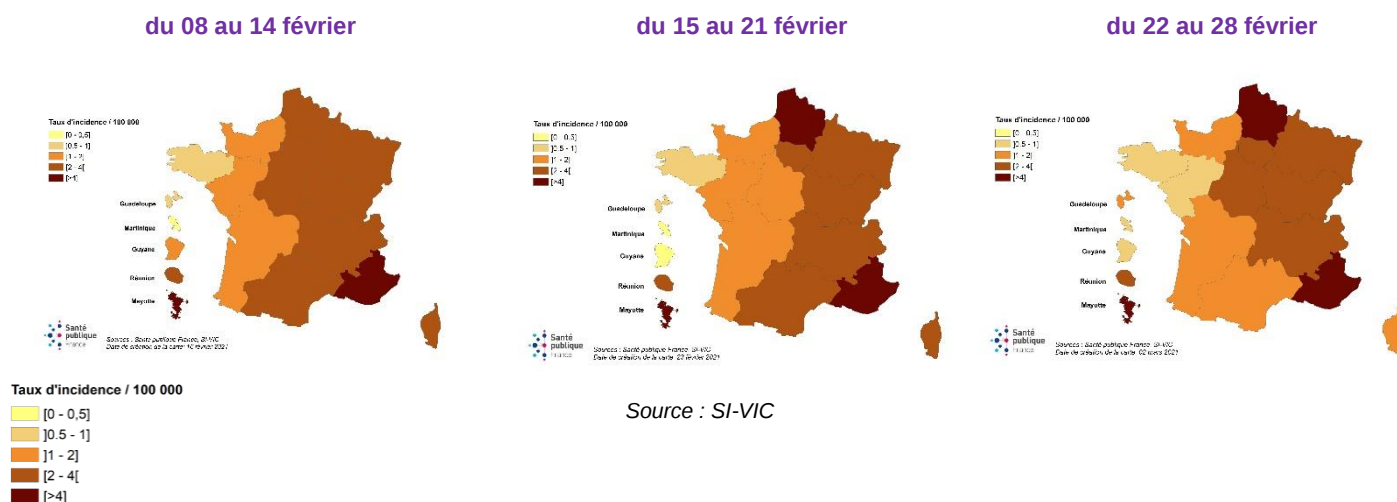


• En France métropolitaine en semaine 08, le **taux hebdomadaire de nouvelles admissions en services de réanimation** était en **augmentation** en **Centre-Val de Loire** (+86%), **Grand Est** (+28%), **Île-de-France** (+11%), **Hauts-de-France** (+5%) et **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (+4%). Il était en diminution dans les autres régions de France métropolitaine.

• Les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de réanimation** en métropole étaient rapportés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (5,1/100 000 habitants), **Hauts-de-France** (4,2), **Île-de-France** (3,7), **Centre-Val de Loire** (3,6), **Grand Est** (3,0) et **Auvergne-Rhône-Alpes** (2,9) (Figure 29).

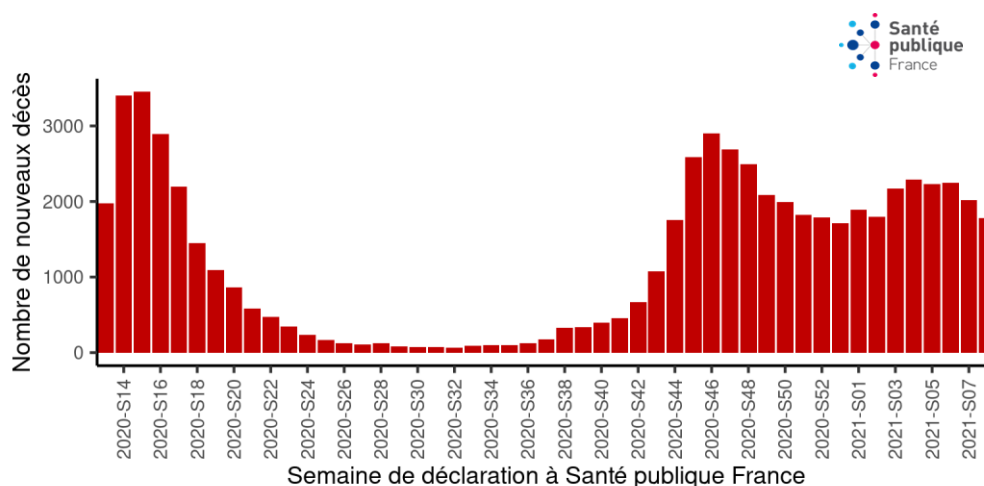
• En Outre-mer, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en services de réanimation** en semaine 08 était observé à **Mayotte** (9,3/100 000 habitants), en **diminution** par rapport à la S07 (17,2, soit -22 admissions). Ce taux était en **augmentation** en **Guadeloupe** (1,6 vs 0,8, soit +3 admissions) et en **diminution** à **La Réunion** (3,3 vs 3,7, soit -4 admissions). Les effectifs réduits des admissions en services de réanimation dans les autres régions ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

Figure 29. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 08 au 28 février 2021 (S06 à S08, par date de déclaration), France



- La diminution du nombre de **déclarations de décès** de patients COVID-19 survenus au cours d'une hospitalisation observée en semaine 07 s'est poursuivie en S08 : **1 779** décès en S08 vs **2 016** en S07, soit -12% (Figure 30).
- Le **taux hebdomadaire** de décès de patients COVID-19 était de **2,7/100 000 habitants** en S08 contre **3,0** en S07.
- Après consolidation, les **données par date de survenue du décès à l'hôpital** montrent que le nombre de décès a diminué en S07 (-12% par rapport à S06). Les données de S08 ne sont pas encore consolidées (-13% entre S07 et S08).

Figure 30. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 28 février 2021)



Source : SI-VIC

- En France métropolitaine en semaine 08, le **taux hebdomadaire de décès** était en **diminution** dans toutes les régions, excepté en **Pays-de-la-Loire** (+1,8%) et **Île-de-France** (+2,5%) où il était **stable**.
- Les **plus forts taux hebdomadaires de décès** en métropole étaient rapportés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (5,2 pour 100 000 habitants), **Hauts-de-France** (3,3), **Grand Est** (3,0) et **Île-de-France** (3,0).
- En Outre-mer, le **plus fort taux hebdomadaire de décès** en semaine 08 était observé à **Mayotte** (5,0/100 000 habitants), en **légère diminution** par rapport à la S07 (5,7, soit -13% et -2 décès). Une **augmentation** était observée à **La Réunion** (0,9 vs 0,5, soit +5 décès). Les effectifs réduits des décès dans les autres régions ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

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

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

• Entre le 05 octobre 2020 et le 02 mars 2021, parmi les **7 391 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19, 71% étaient des hommes**. L'âge médian des patients était de **68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [59-74]), 61% étaient âgés de 65 ans et plus et 106 étaient des professionnels de santé.

• **89% des patients admis en réanimation présentaient au moins une comorbidité**, et cette proportion était de **84% parmi ceux âgés de moins de 65 ans**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'**hypertension artérielle** (46%), l'**obésité** (IMC $\geq$ 30kg.m⁻²) (45% des cas signalés dont l'IMC était renseigné) et le **diabète** (31%) (Tableau 8).

• Parmi les 5 727 patients pour lesquels l'information était renseignée, 46% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 5 980 patients : 46% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 42% d'une ventilation invasive et 3% d'une assistance extracorporelle (ECMO/ECCO₂R) au cours de leur séjour en réanimation.

• **1 449 décès** ont été rapportés à ce jour, dont six chez des professionnels de santé. **L'âge médian des personnes décédées était de 73 ans** (IIQ : [67-79]) ; 82% étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 1 422 patients ; parmi eux, 1 347 (95%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (54%), l'obésité (41% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (38%) (Tableau 8). Entre le 05 octobre 2020 et le 02 mars 2021, 4 383 sorties de réanimation ont été rapportées.

Tableau 8. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 02 mars 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=7 391)		Cas décédés en réanimation (n=1 449)	
	n	%	n	%
0-14 ans	20	<1	0	-
15-44 ans	448	6	24	2
45-64 ans	2 401	33	237	16
65-74 ans	2 692	37	542	37
75 et +	1 780	24	645	45
Non renseigné	50		1	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	817	11	75	5
Au moins une comorbidité	6 384	89	1 347	95
Hypertension artérielle	3 288	46	761	54
Obésité (IMC $\geq$ 30) ³	2 939	45	515	41
Diabète	2 208	31	491	35
Pathologie cardiaque	1 765	25	538	38
Pathologie pulmonaire	1 513	21	368	26
Pathologie rénale	628	9	212	15
Immunodépression	506	7	157	11
Cancer	511	7	161	11
Pathologie neuromusculaire	249	3	80	6
Pathologie hépatique	168	2	64	5
Autre	1 086	15	225	16
Non renseigné	190		27	

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

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

³La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients dont l'IMC est renseigné (n=6 506 et n=1 255 pour les cas décédés).

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

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

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 02 mars 2021, **87 246 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **62 273** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **24 973** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 28 février 2021).

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

- Au niveau national, après consolidation des données, **le nombre hebdomadaire de décès était en diminution en semaine 07**, avec 2 378 décès vs 2 739 en S06 (-13,2%). **En semaine 08, 1 956 décès ont été recensés** mais les données n'étant pas consolidées, l'évolution ne peut pas encore être interprétée.

- En ESMS : une forte diminution des décès était constatée entre S06 et S07 (-26,6%). Entre S07 et S08, l'évolution ne peut pas être interprétée, les données n'étant pas consolidées.

- En hospitalisation : une diminution des décès était notée entre S06 et S07 (-10,2%). Entre S07 et S08, le nombre de décès était en diminution (-11,8% soit -237 décès, données consolidées).

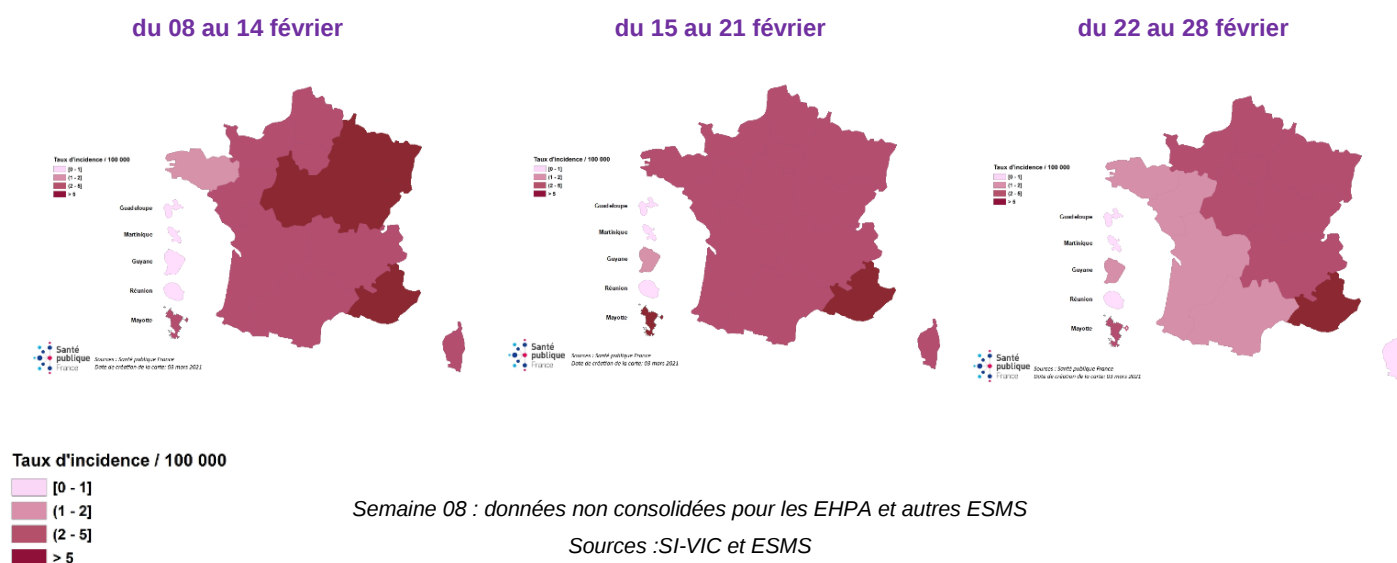
- Après consolidation des données, à l'échelle nationale le **taux hebdomadaire de décès** en S07 était de **3,5 pour 100 000 habitants** (vs 4,1 en S06). En S08 (données non consolidées), ce taux était de 2,9.

- En semaine 08 (données non consolidées)**, les **plus forts taux de décès** dus à la COVID-19 par région rapportés à la population étaient observés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (6,0/100 000 habitants), à **Mayotte** (4,8), en **Hauts-de-France** (3,4), **Grand Est** (3,4), **Bourgogne-Franche-Comté** (3,3) et **Île-de-France** (3,3) (Figure 31).

- Entre les semaines 06 et 07 (données consolidées), **le taux de décès avait augmenté** en **Guyane** et à **La Réunion** (+2 décès chacune), à **Mayotte** (+5 décès), en **Hauts-de-France** (+23%) et en **Bretagne** (+21%).

Entre les semaines 07 et 08, bien que les données ne soient pas consolidées, une augmentation du taux de décès était observée en **Guadeloupe** (+1 décès), à **La Réunion** (+5 décès), en **Île-de-France** (+6%), et en **Normandie** (+7%).

Figure 31. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 1^{er} au 28 février 2021 (S06 à S08), par région, France



► Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 37 680 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 9).

- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92,8% des personnes avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 54% de ces décès.
- 54,5% de ces certificats de décès contenaient une mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée.

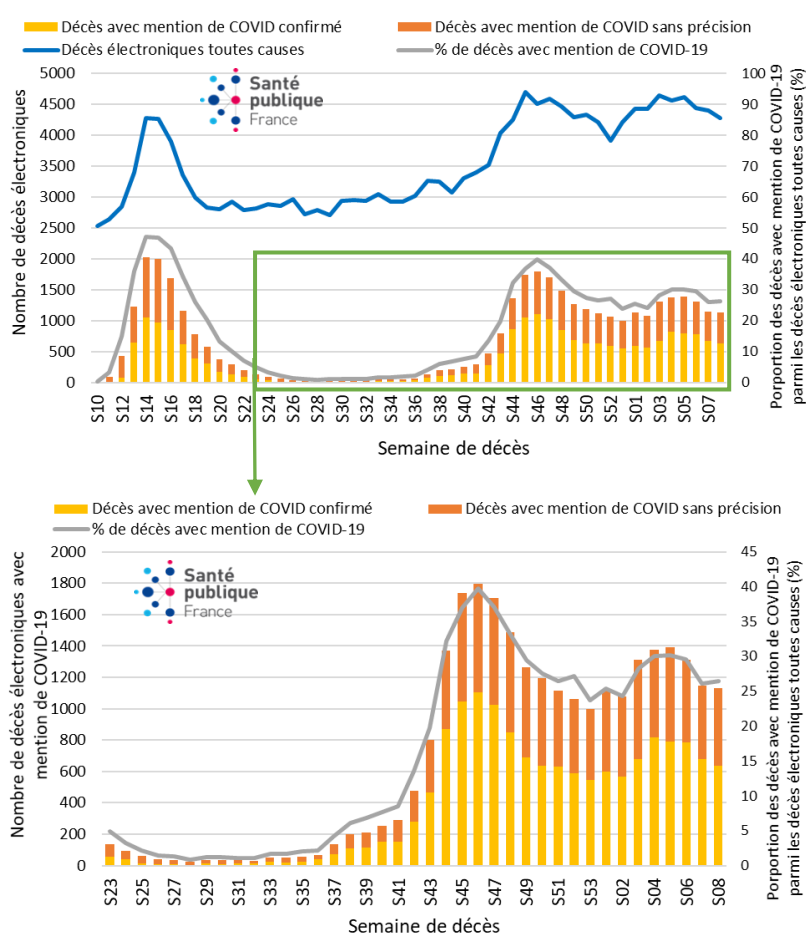
- Des comorbidités étaient renseignées pour 24 641 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 35% de ces décès et une mention d'hypertension artérielle pour 22%.

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

- Pour la semaine 08 (du 22 au 28 février 2021), **1 132 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 26,4% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 32). Ce **nombre de décès est stable par rapport à la semaine précédente** (-13 décès, soit -1% par rapport à S07). La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 56%.

- Parmi les 1 132 personnes décédées au cours de la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 886 (78%) étaient âgées de 75 ans et plus, 181 (16%) de 65 à 74 ans et 63 (6%) de 45 à 64 ans. Deux personnes décédées étaient âgées de 15 à 44 ans.

Figure 32. Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 28 février 2021, France (données au 02 mars 2021)



Sources : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 9. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 1^{er} mars 2021, France (données au 02 mars 2021)

Sexe	n	%
Hommes	20 522	54
Femmes	17 157	46

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	1	25	3	75	4	0
15-44 ans	73	33	147	67	220	1
45-64 ans	698	28	1 790	72	2 488	7
65-74 ans	1 568	29	3 796	71	5 364	14
75 ans ou plus	10 699	36	18 905	64	29 604	78
Tous âges	13 039	35	24 641	65	37 680	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	8 671	35
Hypertension artérielle	5 420	22
Diabète	3 949	16
Pathologie respiratoire	3 201	13
Pathologie rénale	3 230	13
Pathologies neurologiques *	2 112	9
Obésité	1 360	6
Immunodéficience	543	2

* Ce groupe inclut les pathologies neurovasculaires et neuromusculaires

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

► Mortalité toutes causes

L'analyse de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données d'état civil d'environ 3 000 communes françaises, enregistrant 77% de la mortalité nationale. Ces données ne permettent pas de disposer des causes médicales de décès.

• **Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis la S40-2020** (du 28 septembre au 04 octobre 2020) **jusqu'en S07-2021** (du 15 au 21 février 2021), avec une hausse jusqu'en S45 (du 02 au 08 novembre), puis une diminution amorcée à partir de la S47 (du 16 au 22 novembre) (Figure 33). À partir de la semaine 53-2020, les effectifs de décès sont repartis à la hausse jusqu'en semaine 03-2021, avec un excès de mortalité au niveau national atteignant +22% (Tableau 10). **La diminution observée depuis la semaine 04 se poursuit en semaine 07.** Du fait du délai habituel de transmission des données, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 07-2021 sera précisée la semaine prochaine.

Tableau 10. 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 43-2020 à la semaine 06-2021, France

Semaine	2020											2021					
	S43	S44	S45	S46	S47	S48	S49	S50	S51	S52	S53	S01	S02	S03	S04	S05	S06
%	+21	+26	+33	+31	+25	+21	+20	+19	+15	+12	+15	+18	+17	+22	+18	+17	+14

Estimations non consolidées pour les semaines S04 à S06-2021

Sources : Santé publique France, Insee

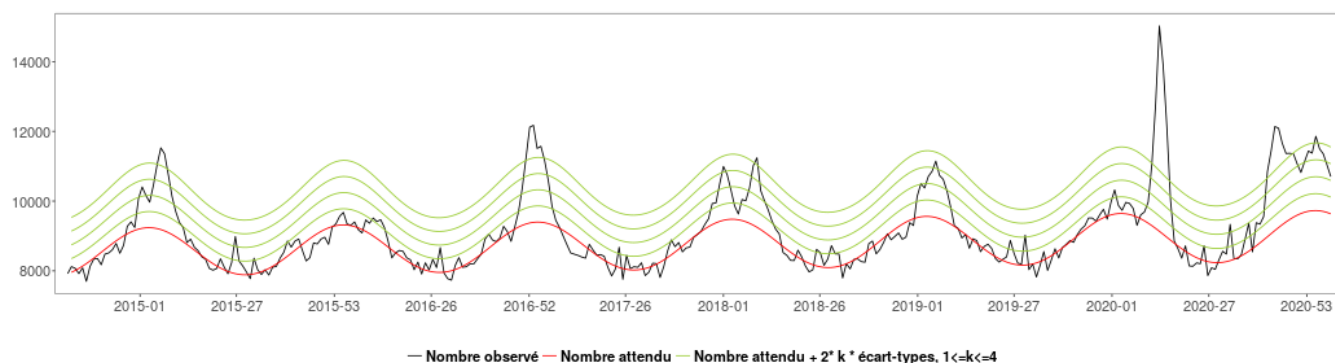
• Au niveau régional (Figure 34), une disparité des situations régionales persiste. Ainsi, en Auvergne-Rhône-Alpes, dans le Centre Val-de-Loire et dans les Hauts-de-France, le nombre de décès est à nouveau en légère hausse en semaine 07 par rapport à la semaine 06. En Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans le Grand Est, les effectifs de décès en semaine 07 se stabilisent. En Île-de-France, une légère diminution semble s'observer mais les effectifs restent significativement supérieurs à ceux attendus en semaine 07.

• Au total, **le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu** en S03 et S04 dans 10 régions, en S05 et S06 dans 9 régions et **en S07 dans six régions** : Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

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

NB. Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes, en particulier sur les semaines 03 à 06-21, et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer la part de la mortalité attribuable à l'épidémie de COVID-19.**

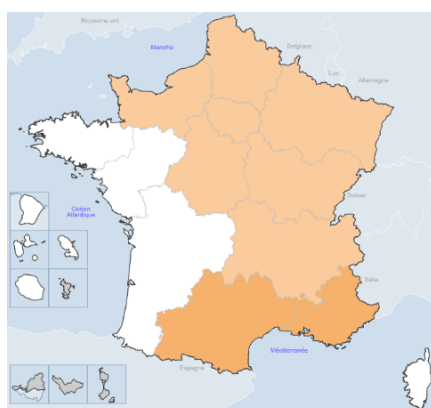
Figure 33. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 33-2014 à la semaine 07-2021, France



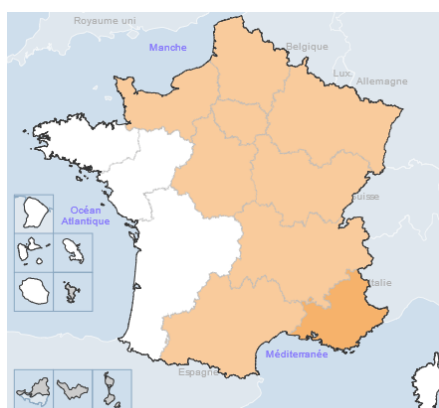
Sources : Santé publique France, Insee

Figure 34. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 05, 06 et 07-2021, par région, France (données au 02 mars 2021)

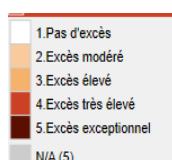
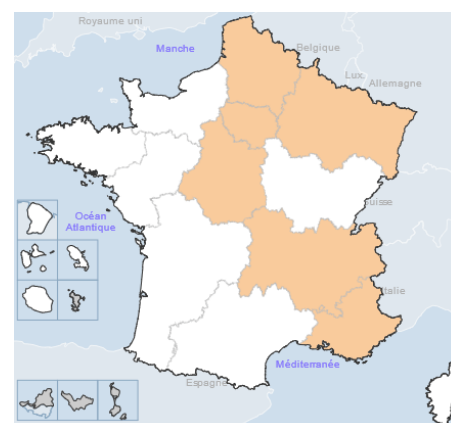
du 1^{er} au 07 février



du 08 au 14 février



du 15 au 21 février



Pas d'excès : indicateur standardisé de décès (Z-score) <2

Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99

Excès élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 5 et 6,99

Excès très élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 7 et 11,99

Excès exceptionnel de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) supérieur à 12

Sources : Santé publique France, Insee

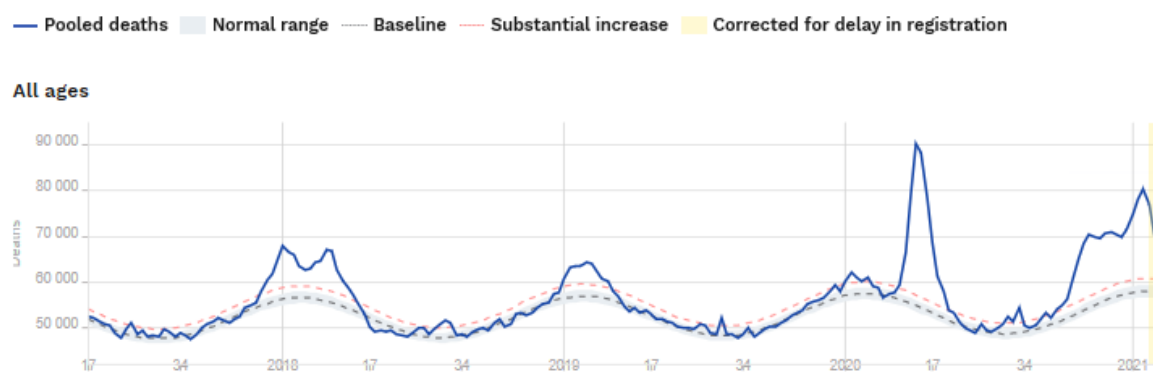
Les données détaillées, notamment départementales, sont dorénavant publiées dans le Point hebdomadaire *Surveillance sanitaire de la mortalité* des bulletins SurSaUD®.

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

► Mortalité à l'échelle européenne

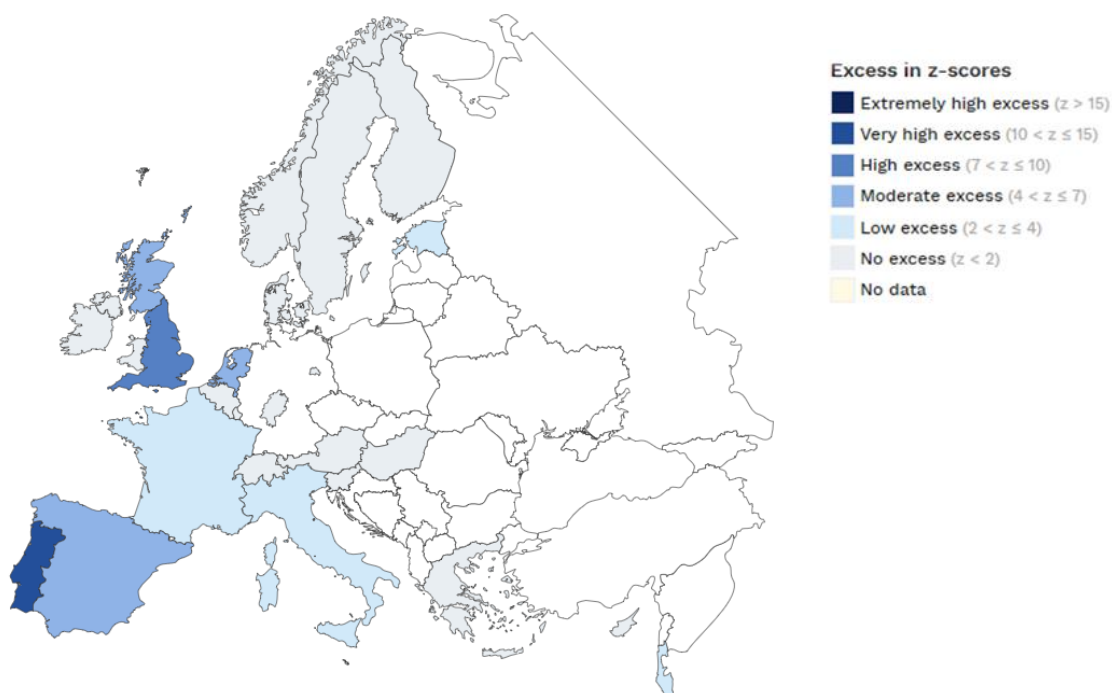
- Parmi les 27 pays ou régions qui participent au [consortium EuroMOMO](#) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité est notée depuis le début du mois d'octobre 2020, qui s'est accrue à partir de S43 jusqu'à S46 (Figure 35). Le nombre de décès est resté en plateau à un niveau élevé jusqu'en semaine 52, avant de repartir à la hausse jusqu'en semaine 03. **Une diminution rapide s'observe depuis la semaine 04 jusqu'à revenir dans les marges de fluctuation habituelle en semaine 07.** Cette dynamique reste à confirmer avec la consolidation des données de chaque pays/région (Figure 35).
- Au total, un excès de mortalité était observé dans 17 pays/régions en S03-2021, dans 15 pays/régions en S04, dans 12 pays/régions en S05 et dans 9 pays/régions en S06 (Angleterre, Ecosse, Estonie, Pays-Bas, France, Italie, Israël, Espagne et Portugal) (Figure 36).

Figure 35. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 27 pays/régions européens, de la semaine 16-2017 à la semaine 07-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 24 février 2021)



Source : EuroMOMO

Figure 36. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 06-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 24 février 2021)



Source : EuroMOMO

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Elle est désormais ouverte à l'ensemble des personnes appartenant aux catégories suivantes : les personnes âgées en Ehpad ou en unité de soins de longue durée (USLD) ; les professionnels de santé, y compris libéraux ; les sapeurs-pompiers et les aides à domicile de plus de 50 ans et/ou atteints de comorbidités ; les personnes handicapées vulnérables prises en charge dans les foyers d'accueil médicalisés et les maisons d'accueil spécialisées et les personnels y exerçant âgés de 50 ans et plus et/ou atteints de comorbidités ; les personnes vulnérables à très haut risque et les plus de 75 ans. Depuis le 25 février 2021, les personnes âgées de 50 à 64 ans et présentant des comorbidités ont également la possibilité de se faire vacciner. La campagne de vaccination s'accompagne du suivi des nombres de personnes vaccinées ainsi que des couvertures vaccinales. Le système d'information Vaccin Covid, permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19, a été mis en œuvre le 04 janvier 2021. Il est administré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et alimenté par les professionnels de santé réalisant les vaccinations. Depuis le 27 janvier 2021, l'estimation des nombres de personnes vaccinées en France contre la COVID-19 est issue de cette source de données.

► En population générale

● Le 02 mars 2021, **3 133 478 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 1 705 966 personnes ont été vaccinées par deux doses** (données par date d'injection).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, 4,7% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 2,5% a reçu deux doses.

La répartition des personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 présentée par région et par tranche d'âge figure dans les Tableaux 11 et 12.

Tableau 11. 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 02 mars 2021, par région, France

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne-Rhône - Alpes	375 944	4,7	193 341	2,4
Bourgogne-Franche-Comté	165 304	5,9	104 145	3,7
Bretagne	188 466	5,6	91 880	2,6
Centre-Val de Loire	137 948	5,4	71 236	2,8
Corse	22 612	6,6	11 038	3,2
Grand Est	292 036	5,3	149 079	2,7
Hauts-de-France	240 500	4,0	119 902	2,0
Ile-de-France	420 814	3,4	237 324	1,9
Normandie	177 695	5,4	109 585	3,3
Nouvelle-Aquitaine	337 547	5,6	195 356	3,3
Occitanie	309 770	5,2	179 379	3,0
Pays de la Loire	180 549	4,7	95 872	2,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	248 263	4,9	136 264	2,7
France métropolitaine	3 097 448	4,8	1 694 401	2,6
Guadeloupe	3 514	0,9	1 084	0,3
Guyane	3 800	1,3	1 341	0,5
La Réunion	18 154	2,1	5 179	0,6
Martinique	4 834	1,3	2 518	0,7
Mayotte	5 398	1,9	1 371	0,5
Saint-Barthélemy	244	2,4	38	0,4
Saint-Martin	83	0,2	32	0,0
Non précisé	3	non applicable	2	non applicable
France entière	3 133 478	4,7	1 705 966	2,5

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

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

- L'analyse par tranche d'âge montre que, conformément aux recommandations de vaccination, les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées chez les personnes les plus âgées (Tableau 12).

Tableau 12. 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 02 mars 2021, par classe d'âge, France

Classes d'âge	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
18-24	26 184	0,5	6 180	0,1
25-29	47 907	1,3	15 931	0,4
30-39	130 505	1,6	54 133	0,7
40-49	191 308	2,2	90 430	1,1
50-59	436 363	5,0	263 867	3,0
60-64	224 772	5,5	113 930	2,8
65-69	139 835	3,6	75 249	1,9
70-74	157 735	4,5	84 399	2,4
75-79	567 028	25,6	305 556	13,8
80 ans et +	1 211 280	29,1	696 146	16,7
Inconnu*	561	non applicable	145	non applicable
Tous âges	3 133 478	4,7	1 705 966	2,5

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

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

- Les couvertures vaccinales au moins une dose sont de 3,9% pour les hommes et de 5,4% 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. Ces résidents ne peuvent cependant pas être identifiés en tant que tels dans la base Vaccin Covid. Afin de limiter les imprécisions sur cet indicateur, **l'algorithme utilisé pour les identifier a été revu et les données nouvellement estimées rendues publiques à compter du 03 mars 2021**. Ce nouvel indicateur tient notamment compte du fait que les personnes aient ou non été identifiées comme étant des professionnels de santé lors de la vaccination et la saisie dans Vaccin Covid. Cette information n'était pas disponible lors des premières semaines d'utilisation de la base vaccin Covid. Les changements réalisés ont induit des modifications limitées dans les estimations des couvertures vaccinales (diminution de 2 points de couverture vaccinale au niveau national, en moyenne de -1,9 point au niveau départemental et jusqu'à un maximum de -6 points dans un département).

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

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

Sont exclus les personnels des Ehpad et USLD et plus de 65 ans identifiés a priori par la Cnam, les personnel soignants de plus de 65 ans identifiés a priori par la Cnam, les autres catégories ciblées a priori par la Cnam comme étant des personnels des secteurs essentiel, des travailleurs sociaux, des personnes en lien avec des personnels vulnérables ou travaillant en milieu clos (notamment dans l'industrie alimentaire, ou la construction de bâtiments) ainsi que les personnes identifiées manuellement comme professionnels de santé lors de la vaccination

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

- Au 2 mars 2021, **512 605 résidents 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 **81,8% 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 72,0% et 99,0% en France métropolitaine (Tableau 13). Les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions, notamment dans celles présentant des défauts de saisie dans Vaccin Covid.

- Il est estimé que **363 126 résidents des Ehpad et USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, correspondant à 57,9% de ces résidents en France.

Tableau 13. Nombre de résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% des résidents) au 02 mars 2021, par région, France

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	59 391	74,8	37 658	47,5
Bourgogne-Franche-Comté	24 395	72,0	17 700	52,2
Bretagne	39 419	94,0	29 213	69,6
Centre-Val de Loire	23 571	78,5	16 808	56,0
Corse*	2 139	100,0	1 455	70,5
Grand Est	42 882	80,2	31 470	58,9
Hauts-de-France	37 679	76,7	26 200	53,3
Ile de France	55 115	81,2	37 384	55,1
Normandie	31 452	90,4	25 474	73,2
Nouvelle-Aquitaine	63 039	86,6	45 933	63,1
Occitanie	52 719	85,1	37 923	61,2
Pays de la Loire	42 520	89,5	31 141	65,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	36 416	77,4	23 397	49,7
France métropolitaine	510 737	82,1	361 756	58,2
Guadeloupe	316	22,2	199	14,0
Guyane	143	64,4	122	55,0
La Réunion	1 044	68,2	805	52,6
Martinique	330	19,0	229	13,2
Saint-Barthélemy	4	non calculable	3	non calculable
Non précisé	31	non applicable	12	non applicable
France entière	512 605	81,8	363 126	57,9

* Surestimation possible due à un dénominateur imprécis.

Données non applicables à Mayotte.

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

- L'évolution des couvertures vaccinales au moins une dose et deux doses pour les résidents des Ehpad ou USLD est présentée dans la Figure 37.

► 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. Ces professionnels ne peuvent cependant pas être identifiés en tant que tels dans la base Vaccin Covid. **Afin de limiter les imprécisions sur cet indicateur, l'algorithme utilisé pour les identifier a été revu et les données nouvellement estimées rendues publiques à compter du 3 mars 2021.** Ce nouvel indicateur tient notamment compte du fait que les personnes aient ou non été identifiées comme étant des professionnels de santé lors de la vaccination et la saisie dans Vaccin Covid. Cette information n'était pas disponible lors des premières semaines d'utilisation de la base vaccin Covid. Les changements réalisés ont induit des modifications très limitées dans les estimations des couvertures vaccinales (pas de modification au niveau national, variation de -0,1 point en moyenne au niveau régional, la variation la plus importante est de - 2,3 points dans une région).*

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

- des personnes vaccinées dans un Ehpad ou dans une USLD et âgées de moins de 65 ans ;
- des personnes vaccinées et identifiées a priori par la Cnam comme professionnel exerçant en Ehpad ou en USLD.

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

- Au 2 mars 2021, **200 183 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 **42,8% 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 33,0% et 52,2% (Tableau 14). Cependant, les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions, notamment dans celles présentant des défauts de saisie dans Vaccin Covid.

- Il est estimé que **121 512 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, ce qui correspond à 26,0% de ces professionnels en France (Tableau 14).

Tableau 14. Nombre de professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% des professionnels) au 02 mars 2021, par région, France

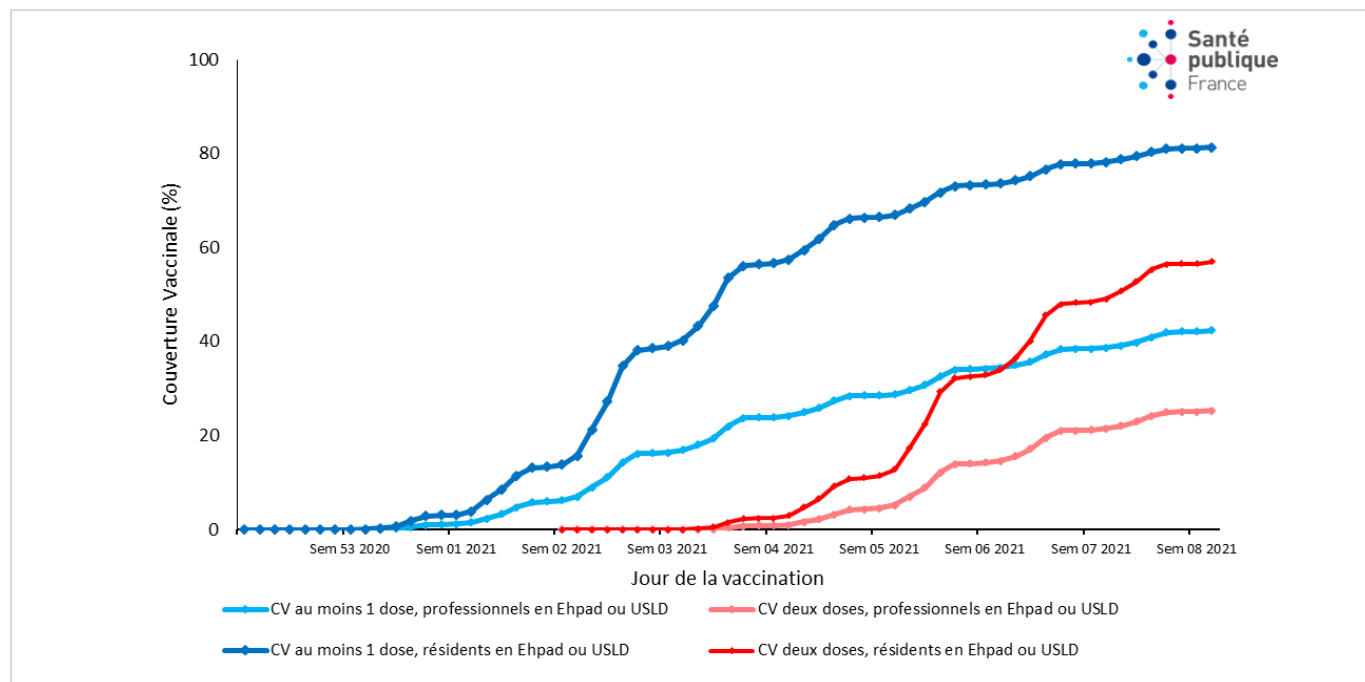
Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	21 246	33,9	11 627	18,6
Bourgogne-Franche-Comté	8 773	33,8	6 120	23,6
Bretagne	16 756	50,1	9 812	29,3
Centre-Val de Loire	9 430	43,6	5 853	27,1
Corse	603	33,0	387	21,2
Grand Est	18 997	47,8	12 507	31,5
Hauts-de-France	15 596	42,9	8 695	23,9
Ile de France	20 856	45,9	10 887	24,0
Normandie	13 888	52,2	10 003	37,6
Nouvelle-Aquitaine	24 530	45,7	15 710	29,3
Occitanie	20 099	41,8	12 562	26,1
Pays de la Loire	15 671	42,9	9 046	24,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13 035	40,2	7 927	24,4
France métropolitaine	199 480	43,0	121 136	26,1
Guadeloupe Martinique Guyane	344	14,2	214	8,8
La Réunion	281	26,3	143	13,4
Saint-Barthélemy	6	non calculable	2	non calculable
Non précisé	72	non applicable	19	non applicable
France entière	200 183	42,8	121 512	26,0

Données non applicables à Mayotte.

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

- L'évolution des couvertures vaccinales au moins une dose et deux doses pour les professionnels des Ehpad ou USLD est présentée dans la Figure 37.

Figure 37. Couvertures vaccinales pour les résidents et les professionnels des Ehpad ou USLD en fonction du nombre de doses de vaccin contre la COVID-19 au 02 mars 2021, par jour de vaccination, France



Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

► Par type de vaccin

La majorité des personnes ont été vaccinées avec le vaccin Pfizer-BioNTech, distribué dès le début de la campagne vaccinale en France (Tableau 15). La part du vaccin AstraZeneca est en augmentation pour la première dose. La vaccination des personnes à risque âgées de 50 à 64 ans peut être réalisée avec ce vaccin par les médecins généralistes depuis le 25 février 2021.

Tableau 15. Nombre de personnes vaccinées par type de vaccin pour la première dose et la seconde dose au 02 mars 2021, France

	Pfizer/BioNTech		Moderna		AstraZeneca		Total
	N	%	N	%	N	%	
Vacciné par première dose	2 633 155	84,0	168 929	5,4	331 385	10,6	3 133 469
Vacciné par seconde dose	1 656 303	97,1	49 654	2,9	0	0,0	1 705 957
Première dose ou seconde dose*	4 289 458	88,6	218 583	4,5	331 385	6,8	4 839 426

* Exprimé en doses de vaccin.

Dans ce tableau, les pourcentages se lisent par ligne. En raison des arrondis, la somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100%.

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

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

Liste des centres de vaccination : <https://www.sante.fr/cf/centres-vaccination-covid.html>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



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



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



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



Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)



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



Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

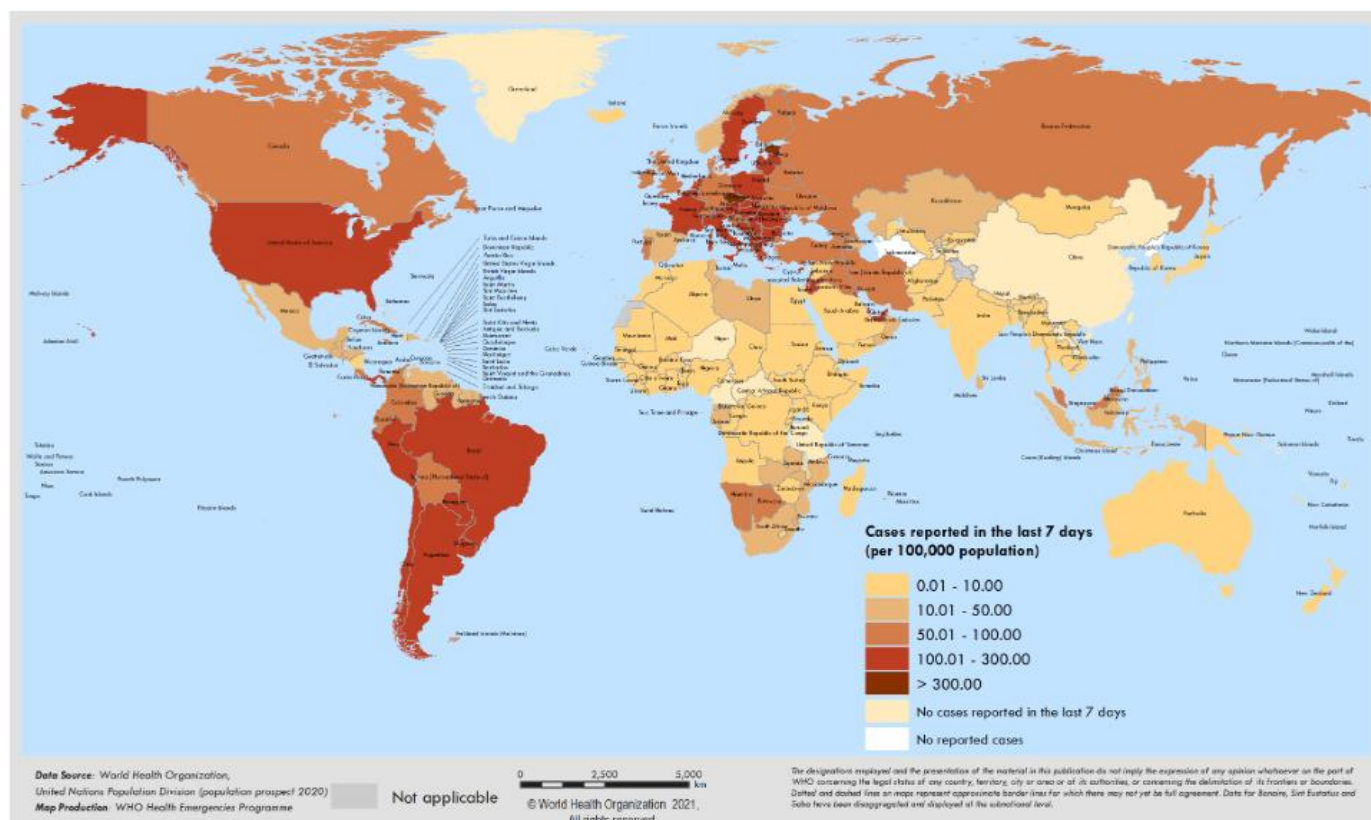
SITUATION INTERNATIONALE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **114 140 104 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés **dans le monde** - dont **2 535 520 décès** - au 03 mars 2021. En semaine S08, 2,6 millions de nouveaux cas ont été signalés dans le monde, soit une **hausse** par rapport à la semaine précédente (+7%), hausse observée pour la première fois après six semaines consécutives de diminution du nombre de cas. Le nombre de décès est en diminution avec 63 477 décès (-6%).

► Foyers majeurs

- Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Amériques** (1 129 929 cas et 33 951 décès rapportés en semaine 08) et en **Europe** (1 055 781 cas et 21 302 décès). Ces régions sont à l'origine, respectivement, de 42% et 40% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 53% et 34% des nouveaux décès en S08 (Figure 38, Tableau 16).
- Les pays qui signalaient le plus grand nombre de nouveaux cas en S08 sont : **les États-Unis** (+472 904 nouveaux cas), **le Brésil** (+373 954), **la France** (+149 307), **l'Italie** (+112 029) et **l'Inde** (+105 080).

Figure 38. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 08 (du 22 au 28 février 2021)



Source : OMS

► Tendances

• En semaine 08, le nombre de cas rapporté était en hausse dans quatre régions OMS sur six : Amériques (+6% par rapport à S07), Asie du Sud-Est (+9%), Europe (+9%) et Méditerranée orientale (+14%) (Tableau 16). Le nombre de nouveaux décès était en augmentation dans les régions Asie du Sud-Est (+47%) et Méditerranée orientale (+5%). Néanmoins, trois régions rapportaient des baisses importantes du nombre de nouveaux décès par rapport à la semaine 07 : les régions Afrique (-19%), Europe (-15%) et Pacifique occidental (-35%). L'Afrique était la seule région en semaine 08 à enregistrer une baisse du nombre de nouveaux cas (-24%).

Tableau 16. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 08 (du 22 au 28 février 2021) et évolution par rapport à la semaine précédente

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+ 50 324	+ 1 129 929	+ 171 419	+ 1 055 781	+ 207 177	+ 44 193
Tendance	-24% 	+6% 	+9% 	+9% 	+14% 	-2% 
Décès rapportés	+ 1 659	+ 33 951	+ 3 217	+ 21 302	+ 2 562	+ 786
Tendance	-19% 	-1% 	+47% 	-15% 	+5% 	-35% 

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

Source : OMS

► Par région

• Dans la région des **Amériques**, le nombre de nouveaux cas hebdomadaires a dépassé 1,1 million en S08, et un peu moins de 34 000 nouveaux décès ont été dénombrés. Les pays rapportant les plus grands nombres de nouveaux cas sont les États-Unis avec 472 904 nouveaux cas, soit 143 cas/100 000 habitants (-2% par rapport à S07), le Brésil avec 373 954 nouveaux cas, soit 176 cas/100 000 habitants (+18%) et l'Argentine, avec 49 516 nouveaux cas, soit 110 cas/100 000 habitants (+50%). Les pays connaissant les plus grands nombres de nouveaux décès sont les États-Unis qui enregistrent 14 866 nouveaux décès (+1%), le Brésil 8 070 nouveaux décès (+11%) et le Mexique 5 509 nouveaux décès (-14%). Pour plus de détails sur la région Amériques, [cliquez ici](#).

• La région **Europe** a enregistré une hausse du nombre de cas pour la première fois depuis le 10 janvier 2021 et compte plus de 1 million de nouveaux cas en S08. Le nombre de décès continue d'être en baisse pour la cinquième semaine consécutive avec environ 21 000 nouveaux décès. Les pays de la région Europe ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux cas étaient la France, qui rapportait 149 307 nouveaux cas, soit 222 cas/100 000 habitants (+7%), l'Italie avec 112 029 nouveaux cas, soit 185 cas/100 000 habitants (+32%) et la République tchèque avec 82 321 cas, soit 769 cas/100 000 habitants (+26%). Les plus grands nombres de décès ont été signalés en Russie (2 829 décès ; -11%), au Royaume-Uni (2 340 ; -32%) et en Allemagne (2 204 ; -24%). Pour plus de détails sur la région Europe, [cliquez ici](#).

• En région **Afrique**, plus de 50 000 nouveaux cas et 1 500 décès ont été rapportés en S08. Le nombre de cas et le nombre de décès hebdomadaires étaient en baisse pour la sixième semaine consécutive. Les trois pays ayant rapporté le plus grand nombre de nouveaux cas étaient l'Afrique du Sud avec 9 858 cas, soit 17 cas/100 000 habitants (-20% par rapport à la semaine 07), l'Éthiopie avec 6 196 cas, soit 5 cas/100 000 habitants (+1%) et le Nigeria avec 3 864 cas, soit 2 cas/100 000 habitants (-34%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient l'Afrique du Sud (1 001 décès ; -11%), l'Éthiopie (83 ; -8%) et le Nigeria (74 ; -12%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

● En région **Asie du Sud-Est**, les nombres de cas et de décès étaient en hausse en semaine 08 avec plus de 171 000 nouveaux cas et plus de 3 200 nouveaux décès. Les pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés étaient l'Inde avec 105 080 cas, soit 8 cas/100 000 habitants (+21%), l'Indonésie avec 57 721 cas, soit 21 cas/100 000 habitants (-5%) et le Sri Lanka avec 3 410 cas, soit 16 cas/100 000 habitants (-26%). Les trois pays cumulant le plus de décès étaient l'Indonésie (1 665 décès ; +21%), l'Inde (749 ; +14%) et le Bangladesh (58 ; -24%). Pour plus de détails sur la région Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

● En **région Méditerranée orientale**, plus de 207 000 nouveaux cas et 2 500 décès ont été signalés en semaine 08. Les pays comptant le plus grand nombre de nouveaux cas étaient l'Iran avec 57 078 cas, soit 68 cas/100 000 habitants (+3%), l'Irak avec 27 491 cas, soit 68 cas/100 000 habitants (+19%), et la Jordanie avec 26 685 cas, soit 261 cas/100 000 habitants (+78%). Les plus grands nombres de décès ont été observés en Iran (571 décès ; +9%), au Liban (355 ; +6%) et en Égypte (341 ; -6%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

● En **région Pacifique occidental**, le nombre de cas restait stable avec plus de 44 000 nouveaux cas rapportés en semaine 08. La région comptait un peu moins de 800 décès, un chiffre en forte baisse par rapport à la semaine précédente. Les trois pays signalant le plus grand nombre de nouveaux cas restaient la Malaisie avec 18 043 cas, soit 56 cas/100 000 habitants (-2%), les Philippines avec 14 959 cas, soit 14 cas/100 000 habitants (+24%) et le Japon avec 7 233 cas, soit 6 cas/100 000 habitants (-28%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient le Japon (443 ; -12%), les Philippines (221 décès ; -61%), et la Malaisie (70 ; -25%). Pour plus de détails sur la région Pacifique occidental, [cliquez ici](#).

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

Pour en savoir + sur la situation internationale :

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

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

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

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

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

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

- Le 14 décembre 2020, le Royaume-Uni signalait à l'OMS la circulation du variant 20I/501Y.V1, identifié rétrospectivement le 20 septembre 2020.
- Ce variant est associé à une transmissibilité accrue (de 36 à 75%) et possiblement à une forme plus sévère de la maladie et une mortalité plus élevée. Il ne semble pas associé à une réduction de l'efficacité des vaccins Pfizer-BioNTech, Oxford/AstraZeneca ou Moderna.
- Dans le monde, au 02 mars 2021, la présence du variant 20I/501Y.V1 a été rapportée dans **106 pays** par l'OMS, soit **cinq pays de plus** que la semaine précédente. Une transmission communautaire (sans lien avec un voyage) a été observée dans au moins 42 pays et ce, dans toutes les régions OMS.

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

- En Afrique du Sud, le gouvernement signalait, le 18 décembre 2020, l'émergence du variant 20H/501Y.V2. Les résultats des séquençages génétiques indiquent sa présence en Afrique du Sud depuis novembre 2020.
- Des études préliminaires suggèrent que ce variant est associé à un risque plus élevé de réinfection. De plus en plus d'études montrent que les mutations présentes sur ce variant pourraient contribuer à un échappement à la réponse immunitaire développée suite à une infection antérieure ou à la vaccination.
- Dans le monde, au 02 mars 2021, la présence du variant 20H/501Y.V2 a été rapportée dans **56 pays** selon l'OMS, soit **cinq pays de plus** que la semaine précédente. Une transmission communautaire a été observée dans au moins 8 pays.

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

- Ce variant a émergé courant décembre 2020 à Manaus (Brésil).
- La situation épidémiologique dans les pays où sa circulation est active et des travaux récents suggèrent une transmissibilité accrue de ce variant. À ce jour, aucune donnée ne permet de déterminer s'il est associé à une létalité plus élevée, mais des études sur le sujet sont en cours.
- De même, l'impact de la vaccination sur ce variant est en cours d'étude. Des études récentes de laboratoire suggèrent que l'efficacité de la vaccination pourrait être atténuée pour ce variant. De plus, il a été observé au Brésil qu'un petit nombre de personnes ayant déjà été infectées par une souche de SARS-CoV-2 autre que variante ont été réinfectées par le variant 20J/501Y.V3.
- Dans le monde, au 02 mars 2021, la présence du variant 20J/501Y.V3 a été rapportée dans **29 pays**, soit **un pays** de plus que la semaine précédente. Une transmission communautaire a été observée dans au moins trois pays.

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

► Autres variants en cours d'étude

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

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

Pour en savoir + sur ces variants du SARS-CoV-2 : [*Weekly Epidemiological Update*](#) de l'OMS du 02 mars 2021

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

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 08 (du 22 au 28 février 2021), les nouvelles infections sont à nouveau en hausse. Les indicateurs sont à un niveau très élevé, témoignant de l'intensité de la circulation du SARS-CoV-2 sur l'ensemble du territoire avec des disparités à l'échelle locale. Les variants plus transmissibles deviennent majoritaires, l'évolution à la hausse de l'incidence départementale étant d'autant plus marquée que la proportion de variants est élevée. La tension sur le système hospitalier s'est accentuée et risque de s'aggraver dans les prochains jours du fait de l'augmentation des nouveaux cas confirmés¹. L'amélioration des indicateurs épidémiologiques chez les plus de 75 ans et les résidents en Ehpad traduit l'effet protecteur du niveau de couverture vaccinale atteint dans cette population. Face au haut niveau de circulation du virus et à la forte tension sur le système de soins, l'application rigoureuse de l'ensemble des mesures individuelles et collectives est plus que jamais indispensable. Les mesures supplémentaires nécessaires au contrôle de l'épidémie sont à adapter à l'échelle locale. Dans ce contexte, l'accélération de la vaccination dans les prochaines semaines est un enjeu majeur.

Au niveau national, en S08, 149 307 nouveaux cas confirmés ont été enregistrés, soit 21 330 cas confirmés en moyenne chaque jour. Le taux d'incidence était de 222/100 000 habitants, en augmentation par rapport à la semaine précédente (208 en S07, soit +7%). Cette augmentation était observée dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 75 ans et plus pour lesquels on observe une diminution (-7%) pour la quatrième semaine consécutive. Bien que les personnes âgées de 75 ans et plus restent parmi celles les plus touchées par l'épidémie, l'incidence la plus élevée était observée chez les 15-44 ans depuis quatre semaines.

Le taux de positivité (7,3%) était également en hausse par rapport à celui de la semaine précédente (+0,7 point). Cette augmentation était observée dans toutes les classes d'âge à l'exception des 75 ans et plus (-0,3 point) pour lesquels le taux était en diminution pour la quatrième semaine consécutive.

Le taux de dépistage était de 3 042 pour 100 000 habitants (soit 2 041 435 personnes testées). Le recours au dépistage était à nouveau en légère diminution par rapport à la semaine précédente (3 179 pour 100 000 habitants en S07, soit -4%) pour la troisième semaine consécutive. Cette tendance concernait essentiellement les moins de 15 ans (-26%), les 15-44 ans (-3%) et les 75 ans et plus (-3%). Les taux de dépistage restaient les plus élevés chez les personnes âgées de 15 à 44 ans en S08 (soit 3 935/100 000).

En semaine 08, le nombre de nouveaux cas a augmenté mais le nombre de personnes-contacts par cas a diminué. Cette diminution semble attribuable avant tout à une baisse du nombre de contacts à risque chez les enfants et adolescents du fait des vacances scolaires.

L'effet des vacances scolaires s'observe également par une forte baisse du nombre de cas ayant fréquenté le milieu scolaire, et une hausse de la proportion de cas et personnes-contacts ayant voyagé en France hors de leur région de résidence.

Plus d'un quart des nouveaux cas avait précédemment été identifié comme contact par le dispositif de contact-tracing. Cette proportion poursuit sa légère augmentation depuis la semaine 02, traduisant une amélioration encourageante de ce dispositif primordial pour identifier et interrompre les chaînes de transmission.

En parallèle, la proportion de personnes-contacts devenues des cas a augmenté en S08, après avoir baissé continuellement depuis la S53-2020. Cette tendance pourrait signifier que les personnes-contacts ont davantage recours au dépistage, et/ou que les situations de contacts à risque considérées sont plus susceptibles de donner lieu à une transmission, ou encore être une conséquence de l'augmentation de la prévalence des variants du SARS-CoV-2 en France. En effet, la proportion de personnes-contacts devenues des cas était toujours supérieure lorsque les cas étaient renseignés comme « variants » dans la base ContactCovid (15,8% vs 11,5%). Cela pourrait refléter une plus grande transmissibilité de ces variants, mais également un meilleur suivi des personnes-contacts de cas « variants ». Ce résultat doit néanmoins être

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

relativisé au regard de la complétude encore en progression des informations sur les variants dans la base ContactCovid.

En médecine ambulatoire, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était comparable à celui de la semaine précédente (92/100 000 habitants en S08 vs 89 en S07).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 restait en baisse en semaine 08 (-4%). Cette baisse concernait majoritairement les 15-44 ans tandis qu'une hausse était observée chez les 45-64 ans et les 75 ans et plus.

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), la **diminution du nombre de signalements, ainsi que du nombre de cas confirmés**, s'est poursuivie en S08 (sous réserve de la consolidation des données). Le nombre de **décès de résidents** survenus en établissements a diminué de manière importante en semaine 07 (données non consolidées en semaine 08).

En semaine 07, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** tous âges était en hausse après une stabilisation observée la semaine précédente. Cette hausse concerne principalement les 15-74 ans (+12%).

Le nombre hebdomadaire d'hospitalisations par date de déclaration tend à **augmenter** en S08 (+3%) suite à la diminution observée les deux semaines précédentes. Le nombre de **nouvelles admissions en réanimation** était en **légère augmentation** (+4%) après plusieurs semaines de stabilisation. Les personnes de plus de 65 ans restent les plus concernées par les hospitalisations. Cependant, une diminution des nombres d'hospitalisations (de 5 516 en S04 à 4 138 en S07) et d'admissions en réanimation (de 509 en S04 à 412 en S07) est observée chez les plus de 75 ans depuis la semaine 04. On constate également une augmentation des hospitalisations (de 711 en S04 à 793 en S07) et des admissions en réanimation (de 108 en S04 à 154 en S07) chez les 15-44 ans. Bien que le nombre de cas chez les adultes jeunes ne représente que 10% des effectifs, ces tendances des indicateurs hospitaliers, notamment en réanimation, sont à suivre avec attention.

Le nombre de patients COVID-19 hospitalisés en France reste très élevé, avec **25 308** personnes hospitalisées au 02 mars (vs **25 705** au 23 février, soit -2%), dont **3 596 en réanimation** (vs **3 445** au 23 février, soit +4%). La proportion de patients hospitalisés de 75 ans et plus était de 55% en semaine 08 (vs 46% en S07).

Le nombre de **décès hospitaliers** survenus en établissements continue à **diminuer** en semaine 08.

En France métropolitaine, les **estimations du R-effectif calculées à partir des données virologiques (tests RT-PCR et tests antigéniques, SI-DEP)** (1,07) et des **données des passages aux urgences** (1,07) **étaient significativement supérieures à 1**. L'estimation à partir des hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC) était inférieure à 1, de façon non significative (0,98).

Le nombre hebdomadaire de décès, incluant ceux liés à la COVID-19 survenus en milieu hospitalier et dans les établissements sociaux et médico-sociaux (décès survenus à domicile non inclus), **diminuait en semaine 07**, avec 2 378 décès (vs 2 739 en S06, soit -13%). Un total de 1 956 décès étaient recensés en semaine 08, mais les données n'étant pas consolidées, la tendance ne peut pas être interprétée.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus restait significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre 2020) et jusqu'à la semaine 07 (du 15 au 21 février 2021). **L'excès de mortalité diminue depuis la semaine 04** (+17% en S05 et +14% en S06). Du fait du délai habituel de transmission des données, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 07 sera précisée la semaine prochaine.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

Les **régions les plus touchées** en semaine 08 étaient toujours les régions **Provence-Alpes-Côte d'Azur, Hauts-de-France et Île-de-France**. Ces régions présentaient les **plus forts taux d'incidence** (supérieurs à 300/100 000 habitants), d'hospitalisations et d'admissions en réanimation. L'ensemble de ces indicateurs reste en augmentation en **Île-de-France** et en **Hauts-de-France**.

Une hétérogénéité peut être observée au niveau départemental, mais les 12 départements ayant un taux d'incidence dépassant 300/100 000 habitants sont tous situés dans ces trois régions les plus touchées.

Dans les **Hauts-de-France**, le **taux d'incidence** continue d'augmenter (342/100 000 habitants vs 305 en S07, soit +12%) avec une hétérogénéité départementale. Les incidences les plus élevées étaient observées dans le Pas-de-Calais (406/100 000, +15%), le Nord (340, +11%) et la Somme (326, +10%). Le **taux d'hospitalisations** était de 21,3/100 000 habitants (vs 19,8 en S07, soit +8%) et celui **des admissions en réanimation** de 4,2 (vs 4,0 en S07, soit +5%). Le **taux de décès** (hôpital et ESMS) était de 4,4/100 000 habitants en S07 (données consolidées), en forte augmentation par rapport à S06 (+23%).

En **Île-de-France**, le **taux d'incidence** continue de progresser et a atteint 331/100 000 habitants (vs 285 en S07, soit +16%). L'incidence la plus élevée était observée en Seine-Saint-Denis (405/100 000, +27%). Exceptés les Yvelines et les Hauts-de-Seine, les autres départements avaient des incidences supérieures à 300/100 000 avec des augmentations variables de +5% (Paris) à +24% (Val-d'Oise). Les **taux d'hospitalisations et d'admissions en réanimation** étaient en augmentation respectivement à 17,5/100 000 (+12%) et 3,7 (+11%), ce qui contraste avec la stabilisation observée la semaine précédente. Le **taux de décès** (hôpital et ESMS) atteignait 3,1/100 000 en S07 (données consolidées), en diminution par rapport à S06.

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le **taux d'incidence** est stable à un niveau très élevé depuis la semaine 03 (361/100 000 habitants en S08 vs 369 en S07 soit -2%) avec des disparités départementales. Les incidences les plus élevées étaient toujours observées dans les Alpes-Maritimes (563/100 000, -7%), le Var (329, +5%), et les Bouches-du-Rhône (322, -4%). Les plus fortes augmentations étaient constatées cette semaine dans les Hautes-Alpes (280, +32%) et dans les Alpes-de-Haute-Provence (255, +10%).

Les **taux d'hospitalisations** (26,1/100 000 habitants) et **d'admissions en réanimation** (5,1/100 000 habitants) étaient toujours les plus élevés de métropole en S08. C'était également le cas du **taux de décès** (hôpital et ESMS) liés à la COVID-19, qui atteignait 6/100 000 habitants en S07 (données consolidées), en diminution par rapport à S06.

En **Centre-Val-de-Loire**, les **taux d'incidence** (178/100 000, +9%), **d'hospitalisations** (15,3 soit +22%) et **d'admissions en réanimation** (3,6 soit +86%) étaient parmi les plus élevés en métropole, avec de fortes augmentations en semaine 08, en particulier au niveau hospitalier.

En **Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté**, les taux d'incidence, d'hospitalisations et d'admissions en réanimation se maintenaient à un niveau élevé mais étaient en diminution ou relativement stables, excepté en Grand Est où les admissions en réanimation (+28%) augmentaient par rapport à la semaine précédente.

À noter que les évolutions sont parfois hétérogènes entre départements au sein d'une région et que des analyses plus précises sont présentées dans les [points épidémiologiques régionaux](#).

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

À **Mayotte**, où un confinement a été instauré le 05 février 2021, **le taux d'incidence était en diminution en S08** mais restait à un niveau élevé (494/100 000 habitants contre 861 en S07). Le taux de positivité restait également très important (19%, -8 points par rapport à S07), avec une diminution du taux de dépistage (-20%). Le taux d'hospitalisations continuait de diminuer (54/100 000 vs 61 en S07, soit -12%). Le taux d'admissions en réanimation était encore en forte diminution, passant de 17/100 000 à 9 en S08 (soit -46%), en contraste avec la forte augmentation de la semaine précédente. Les estimations du R-effectif se maintiennent en dessous de 1 (de manière non significative), ce qui indique un ralentissement de la progression de l'épidémie.

À **la Réunion**, l'augmentation du taux d'incidence se confirme à nouveau mais est plus modérée cette semaine (105/100 000, +8%), avec un taux de dépistage en augmentation (+16%). Le nombre de patients hospitalisés se stabilise et celui des patients admis en réanimation est en diminution après l'augmentation observée la semaine précédente.

En Guadeloupe une nette augmentation de l'incidence était observée en S08 après la diminution de la semaine précédente (105/100 000 habitants en S08, soit +82%). Les effectifs hospitaliers étaient près de deux fois supérieurs à ceux de la semaine précédente mais restaient peu élevés, avec 13 hospitalisations et 6 admissions en réanimation.

En Guyane, les indicateurs étaient relativement comparables à ceux de la semaine précédente avec un taux d'incidence de 29/100 000 et des indicateurs hospitaliers à un niveau peu élevé.

En Martinique, le taux d'incidence se maintenait à un niveau faible (soit 34/100 000) mais en augmentation par rapport à la semaine précédente. Les effectifs hospitaliers étaient près de deux fois supérieurs à ceux de la semaine précédente mais restaient peu élevés, avec 11 hospitalisations et 2 admissions en réanimation.

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

► Variants d'intérêt du SARS-CoV-2

Depuis le 25 janvier 2021, l'application SI-DEP intègre les résultats des **tests de criblage** permettant de suspecter des infections par des variants d'intérêt. Ces tests de criblage, qui doivent être réalisés systématiquement après tout diagnostic d'une infection à SARS-CoV-2, permettent de suspecter la présence d'un variant 20I/501Y.V1 (UK), et celle d'un variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) (sans distinction) ou de conclure à l'absence de variant d'intérêt.

Au niveau national en semaine 08, parmi les tests positifs criblés et dont les résultats sont disponibles dans SI-DEP (représentant 54% de l'ensemble des tests de première intention positifs), **59,5% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 (UK) et 6,3% de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** (vs respectivement 49,3% et 5,6% en S07). Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec de fortes disparités entre les départements. Un total de 57 départements métropolitains présentait une proportion supérieure à 50% de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) parmi les tests positifs criblés. Neuf départements présentaient une proportion supérieure à 10% de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) parmi les tests positifs criblés, avec une proportion de 54% en Moselle.

Concernant la distribution géographique des variants d'intérêt et la dynamique de l'épidémie, on observe que la proportion de suspicions de variants au niveau départemental augmente avec l'incidence.

D'après les données issues des plateformes nationales de séquençage, 3 585 séquences ont été générées par ces plateformes en S08. Parmi les résultats disponibles (1 530 séquences), le variant 20I/501Y.V1 (UK) représentait 49,5% de l'ensemble des séquences, 20H/501Y.V2 (ZA) 4,2% et 20J/501Y.V3 (BR) 0,4%.

► Surveillances spécifiques et populationnelles

Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie restaient celles âgées de 65 ans et plus ainsi que celles présentant des comorbidités. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 91% des personnes décédées de la COVID-19 à l'hôpital depuis le 1^{er} mars 2020, et 60% des personnes hospitalisées en réanimation le 02 mars 2021.

L'amélioration de l'incidence et du nombre de cas en Ehpad se poursuit depuis S06 chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Cette amélioration est cohérente avec l'augmentation progressive de la couverture vaccinale dans cette classe d'âge et notamment en Ehpad.

La surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation lors de la deuxième vague montre une stabilité des indicateurs démographiques et médicaux depuis le 05 octobre 2020, avec une proportion élevée d'hommes (71%), de personnes de 65 ans et plus (61%) et de cas présentant une comorbidité (89%). Les comorbidités les plus fréquentes étaient toujours l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète. Un recours à la ventilation invasive avait été nécessaire pour 42% des patients hospitalisés en réanimation pour COVID-19.

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

► Santé mentale

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

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

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

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

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

► Prévention

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

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Au 02 mars 2021, **3 133 478 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 et **1 705 966 personnes ont été vaccinées par deux doses**, soit respectivement **4,7% et 2,5% de la population** en France.

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 02 mars 2021, il est estimé que **82% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin et 58% ont reçu 2 doses**. De plus, **43% des professionnels travaillant en Ehpad ou USLD ont reçu au moins une dose de vaccin**.

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

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

SOURCES DES DONNÉES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

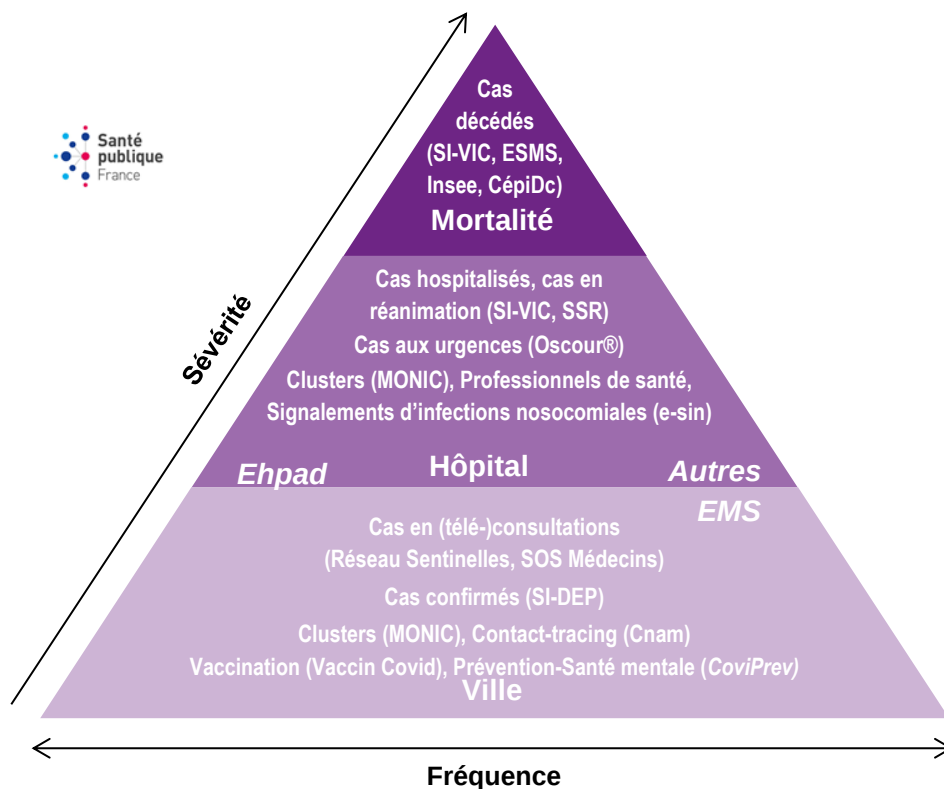
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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

Mortalité toutes causes (Insee) : nombre de décès toutes causes par âge, avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).

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

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



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

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

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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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

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

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Delphine Viriot, Christine Campèse, Nicolas Méthy, Judith Benrekassa, Didier Che

Systèmes de surveillance : Jonathan Bastard, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Mathias Bruyand, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Perrine de Crouy-Chanel, Kostas Danis, Jean-Claude Desenclos, Julien Durand, Myriam Fayad, Adeline Feri, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Katia Hamdad, Eline Hassan, Yu Jin Jung, Yann Le Strat, Daniel Levy-Bruhl, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Michael Padget, Camille Pelat, Alessandro Pini, Elisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Marc Ruello, Claire Sauvage, Alexandra Septfons, Cécile Sommen, Guillaume Spaccaferri, Morgane Stempfelet, Benjamin Taisne, 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

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

04 mars 2021