

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

**Santé publique France**, dans le cadre de ses missions de surveillance, d'alerte et de prévention, analyse et publie les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires et de ses propres études et enquêtes. **Ce bilan est basé sur les données rapportées à Santé publique France jusqu'au 28 avril 2021.**

### ► Points clés

**En semaine 16, diminution modérée des indicateurs épidémiologiques, restant à des niveaux encore élevés, avec une persistance de la tension hospitalière**

- Diminution du taux d'incidence et du taux de dépistage pour la seconde semaine consécutive, mais moindre qu'en semaine 15
- Diminution limitée des nouvelles hospitalisations, stabilisation des admissions en soins critiques
- Impact bénéfique des mesures de restrictions sur l'évolution des indicateurs de surveillance
- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée
- Métropole : régions Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Hauts-de-France les plus touchées
- Outre-mer : augmentation des indicateurs épidémiologiques en Guyane et à La Réunion

### Variants

- Proportions de suspicions de variants préoccupants (VOC) par RT-PCR de criblage :
  - suspicions de variant 20I/501Y.V1 majoritaires et stables en métropole à 82,7%
  - suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 à 5,0%, avec des hétérogénéités au niveau départemental

### Prévention

- Vaccination :
  - 14 601 130 personnes ayant reçu au moins une dose, couverture vaccinale de 21,8%
  - 6 115 998 personnes complètement vaccinées, couverture vaccinale de 9,1%
- Importance de l'adoption systématique des mesures barrières et de la limitation des contacts et des déplacements
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais

### ► Chiffres clés

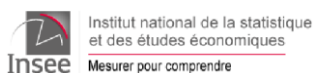
#### Indicateurs hebdomadaires en semaine 16 (du 19 au 25 avril 2021)

	S16	S15*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	202 396	227 347	-11%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	9,9%	9,8%	+0,1 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 437	2 866	-15%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	10 659	11 418	-7%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	12 397	13 194	-6%
Nombre de nouvelles admissions en soins critiques de patients COVID-19 (SI-VIC)	2 971	2 980	-0,3%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres ESMS)	2 137	1 981	Non consolidée

\* Données consolidées

#### Du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 27 avril 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	103 632
---	---------



## ► Point de situation en semaine 16 (du 19 au 25 avril 2021)

En semaine 16 (du 19 au 25 avril 2021), les indicateurs épidémiologiques en population générale étaient à nouveau à la baisse mais de manière plus modérée que lors de la semaine précédente. Si les R-effectifs sont significativement inférieurs à 1 en métropole pour la seconde semaine consécutive, l'amélioration de la dynamique observée semble moins marquée que la semaine précédente. Malgré la réduction de l'incidence depuis deux semaines, la diminution de la pression hospitalière reste très limitée, notamment en services de soins critiques. À l'approche de la levée annoncée de certaines restrictions, les indicateurs épidémiologiques restaient à des niveaux plus élevés que ceux observés avant la levée du précédent confinement. La couverture vaccinale des personnes complètement vaccinées était en progression mais inférieure à 10% de la population. Dans ce contexte, un haut niveau d'adhésion aux mesures de prévention individuelles et la progression rapide de la vaccination sont essentiels pour permettre un assouplissement prochain des mesures collectives sans risquer un débordement des capacités hospitalières.

Au niveau national, **202 396 nouveaux cas** ont été confirmés, soit environ 29 000 cas en moyenne chaque jour. **Le taux d'incidence** de la semaine 16 **diminuait** (302/100 000 habitants en S16 vs 339 en S15, soit -11%), pour la seconde semaine consécutive. Une **diminution du recours au dépistage** était observée (3 036/100 000 habitants vs 3 440, soit -12%). Après plusieurs semaines de progression, le taux de positivité s'est stabilisé à 9,9% en S16.

**Le taux hebdomadaire de nouvelles hospitalisations a légèrement diminué en semaine 16**, pour la seconde semaine consécutive, **mais le nombre de patients COVID-19 hospitalisés s'est maintenu à un niveau élevé, avec 30 341 personnes hospitalisées** au 27 avril 2021. Le **taux d'admission en services de soins critiques en S16 était similaire à celui de S15** et le nombre de personnes hospitalisées dans ces services était de **5 959 patients** le 27 avril, traduisant une pression qui se maintient en soins critiques.

**En semaine 15, le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était toujours significativement supérieur à celui attendu** au niveau national, et **dans six régions**. Le nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 hospitalisés en semaine 16 était en augmentation. Le nombre de décès en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) restait faible, traduisant l'effet de la vaccination.

L'analyse de **l'effet des mesures de restrictions** indique que l'évolution des indicateurs épidémiologiques en semaines 15 et 16 est compatible avec un **effet bénéfique des mesures de restrictions renforcées** mises en œuvre depuis le 20 mars 2021, couplées aux vacances scolaires anticipées. La diminution du nombre de cas et de contacts, et notamment du nombre de contacts extra-domiciliaires, depuis la semaine 14 **suggère aussi un effet positif des mesures de restrictions** sur la circulation du virus.

Néanmoins, la situation épidémiologique en France métropolitaine à l'approche de la levée annoncée de certaines mesures de restrictions renforcées apparaît **beaucoup moins favorable** qu'elle ne l'était une semaine avant la levée du deuxième confinement (le 15 décembre 2020).

L'analyse des résultats de criblage des tests RT-PCR positifs indique une prédominance nette de la **proportion de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1, qui représentait 82,7%** des tests criblés en S16 en France. La proportion de suspicions de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** restait stable à environ 5,0% au niveau national, avec, cependant des hétérogénéités départementales à suivre avec la plus grande attention dans les prochaines semaines.

Au 27 avril 2021, **14 601 130 personnes avaient reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** et **6 115 998 étaient complètement vaccinés, soit respectivement 21,8% et 9,1% de la population**. L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la **population adulte** (âgée de 18 ans ou plus) était de 27,7% pour au moins une dose et 11,6% pour la population complètement vaccinée.

**La limitation des contacts et des déplacements ainsi que l'adoption systématique des gestes barrières sont indispensables pour tous, y compris les personnes vaccinées**. Il demeure primordial que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de la COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. L'accélération de la campagne de vaccination reste un enjeu majeur pour faire face à la dynamique de l'épidémie.

# SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE .....	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE .....	6
SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DU SARS-CoV-2 .....	16
IMPACT DES MESURES DE RESTRICTIONS SANITAIRES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE ..	21
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS .....	24
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	29
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®) .....	31
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif » .....	32
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER .....	34
SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES.....	42
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	44
VACCINATION CONTRE LA COVID-19 .....	50
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE .....	55
SITUATION INTERNATIONALE.....	56
SYNTHÈSE .....	61
SOURCES DES DONNÉES .....	67

*Retrouvez les dernières données concernant :*

- la **surveillance des cas de COVID-19 chez les professionnels en établissements de santé dans le PE du [1<sup>er</sup> avril 2021](#)** ;

- les **signalements d'infections nosocomiales à SARS-CoV-2 dans le PE n°59 du [15 avril 2021](#)** ;

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

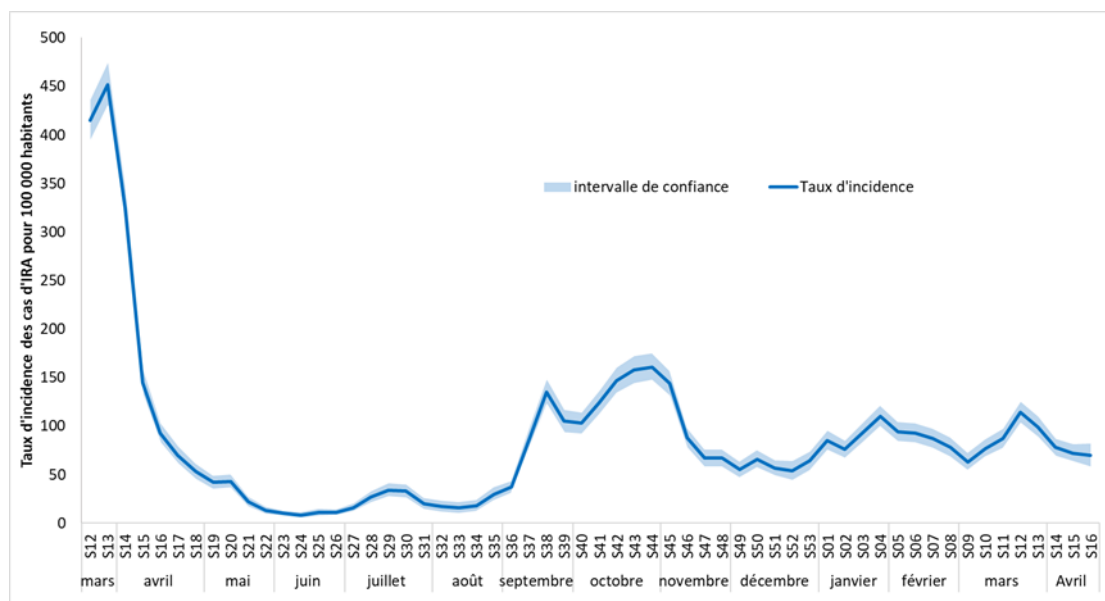
# SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

## ► Réseau Sentinelles

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

- En semaine 16 (du 19 au 25 avril 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 70 pour 100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [58-82]) en France métropolitaine, stable par rapport à la semaine 15 : 72/100 000 habitants (IC95% : [63-81]) (Figure 1).
- Sur les 13 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA en S16, un s'est avéré positif pour le SARS-CoV-2, trois pour un virus respiratoire syncytial (VRS) et un pour un rhinovirus.
- Depuis la semaine 37-2020, sur les 1105 prélèvements naso-pharyngés effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés, 312 (28%) étaient positifs pour un rhinovirus, 148 (13%) pour le SARS-CoV-2, 64 (6%) pour un métapneumovirus et 59 (5%) pour un VRS. Deux prélèvements se sont avérés positifs pour un virus grippal de type B/Victoria en semaine 49-2020 et en semaine 02-2021.

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



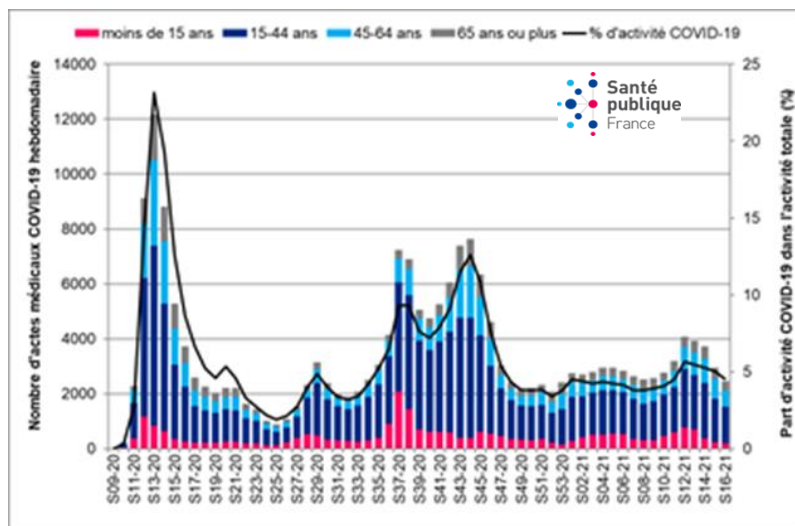
Semaine 16 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

## ► Associations SOS Médecins

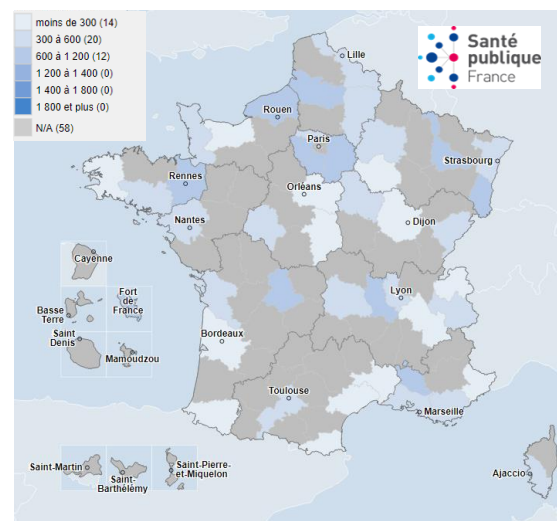
- Depuis le 03 mars 2020, **211 237 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 26 avril 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- En semaine 16 (du 19 au 25 avril 2021), **2 437 actes médicaux pour 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 (2 866 actes en S15, soit -15%).
- L'analyse par classe d'âge montre une **baisse dans toutes les classes d'âges** chez les enfants (-14%, soit -32 actes) et les adultes (-15%, soit -400 actes). La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge** était de 2% chez les 0-4 ans, 6% chez les 5-14 ans, 54% chez les 15-44 ans, 24% chez les 45-64 ans, 8% chez les 65-74 ans et 6% chez les 75 ans et plus (contre respectivement 4%, 6%, 54%, 23%, 6% et 5% en S15).
- **Au niveau régional**, les actes médicaux pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en baisse dans toutes les régions, excepté en Nouvelle-Aquitaine.
- La majorité des actes a été enregistrée en Île-de-France (22%), Auvergne-Rhône-Alpes (12%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (11%), Nouvelle-Aquitaine (10%), Hauts-de-France (9%) et Grand Est (8%).
- La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était en **légère baisse** à 4,5% (4,9% en S15) (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 16-2021, France



Source : SOS Médecins

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



# SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

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

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

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

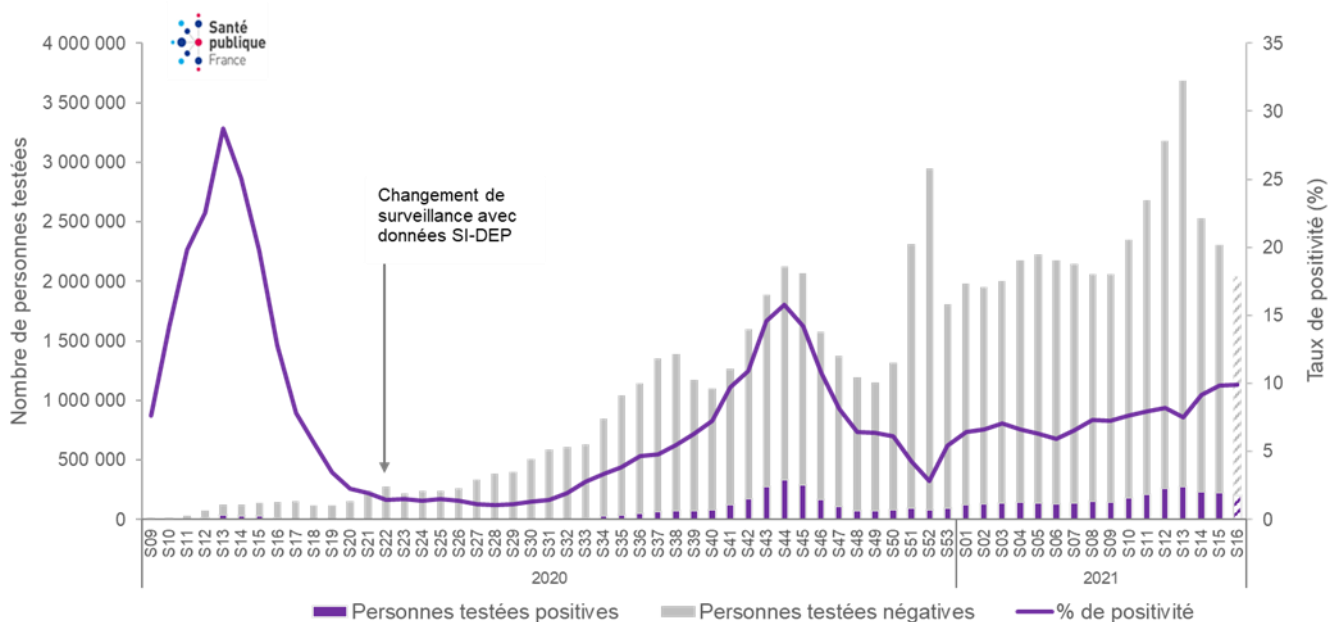
Une correction a été appliquée aux taux d'incidence et de dépistage des semaines incluant un jour férié (notamment S14) afin de prendre en compte son effet sur l'activité de dépistage. La méthodologie a été présentée dans le [Point épidémiologique du 15 avril 2021](#) et une [note méthodologique](#) la décrivant plus précisément est disponible sur le site internet de Santé publique France.

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

● En semaine 16, 2 037 777 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 2 308 631 en S15, soit -12%), et 202 396 **nouveaux cas confirmés** ont été rapportés (Figures 4 et 5).

● Au 28 avril 2021, un total de **5 565 852 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

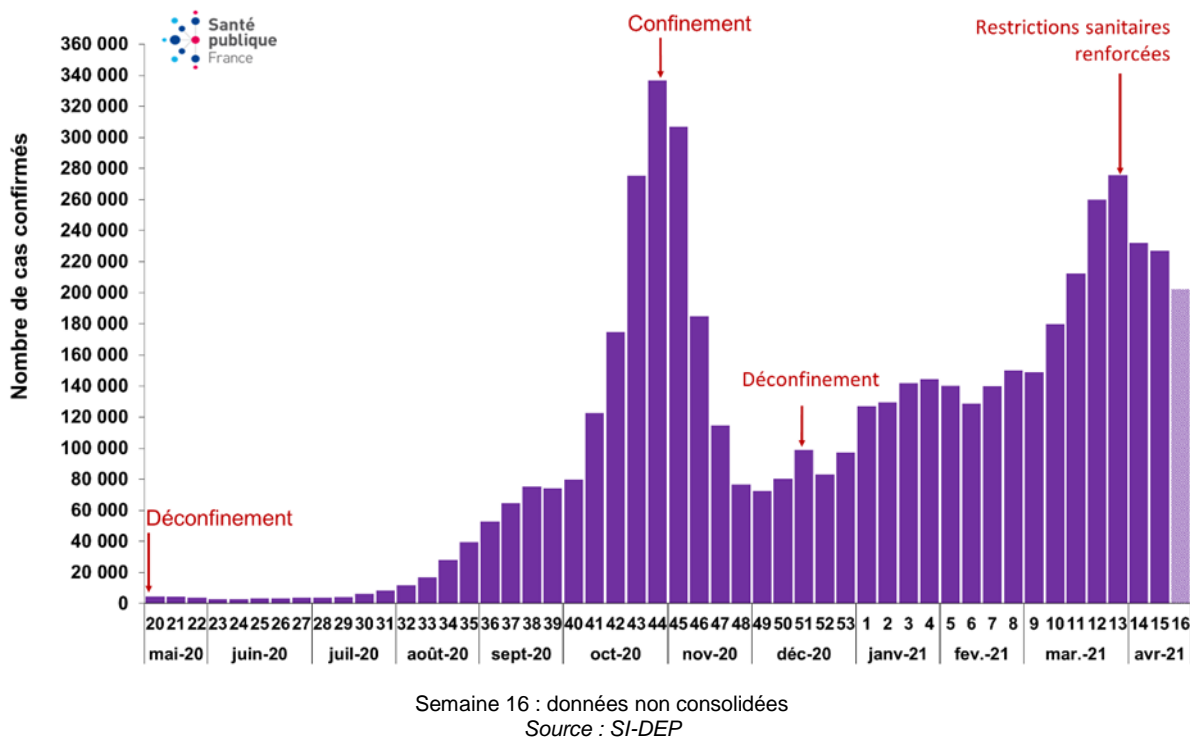
Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 28 avril 2021)



Semaine 16 : données non consolidées

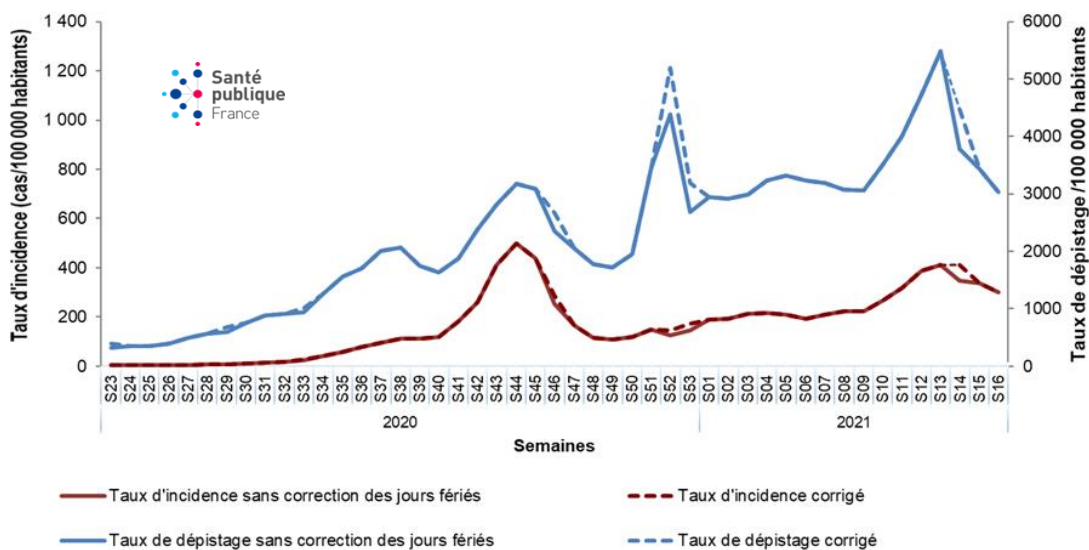
Sources S09-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 : SI-DEP

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 25 avril 2021, France (données au 28 avril 2021)



- En S16, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **9,9%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), **stable** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (+0,1 point) (Figure 4).
- Le **taux d'incidence** des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de 302/100 000 habitants en S16, en **diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (339 cas/100 000 habitants en S15, -11%) (Figure 6).
- Le **taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de 3 036/100 000 habitants, en **diminution** par rapport au taux consolidé de S15 (3 440/ 100 000 hab., -12%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et de dépistage par semaine, avec ou sans correction, depuis la semaine 23-2020, France (données au 28 avril 2021)



- La proportion de tests effectués en S16 et intégrés dans la base SI-DEP le jour même ou le lendemain du prélèvement était de 94%, stable par rapport à la semaine précédente.

## Analyse par classe d'âge

- En semaine 16, au niveau national, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 176 chez les 0-14 ans, 425 chez les 15-44 ans, 318 chez les 45-64 ans, 188 chez les 65-74 ans et 160 chez les 75 ans et plus (Figure 8a).

- **Le taux d'incidence était en diminution** par rapport à S15 **dans toutes les classes d'âge**. La diminution la plus marquée était chez les 65-74 ans (-14%) suivis par les 45-64 ans et les 75 ans et plus (-12%), les 15-44 ans (-11%) et les 0-14 ans (-7%) (Figure 8a).

- **Le taux de dépistage était en diminution** par rapport à S15 **dans toutes les classes d'âge**. La diminution la plus importante était observée chez les 0-14 ans (-16%), suivis par les 15-44 ans (-13%), les 45-64 ans et les 65-74 ans (-11%), et les 75 ans et plus (-5%) (Figure 8b).

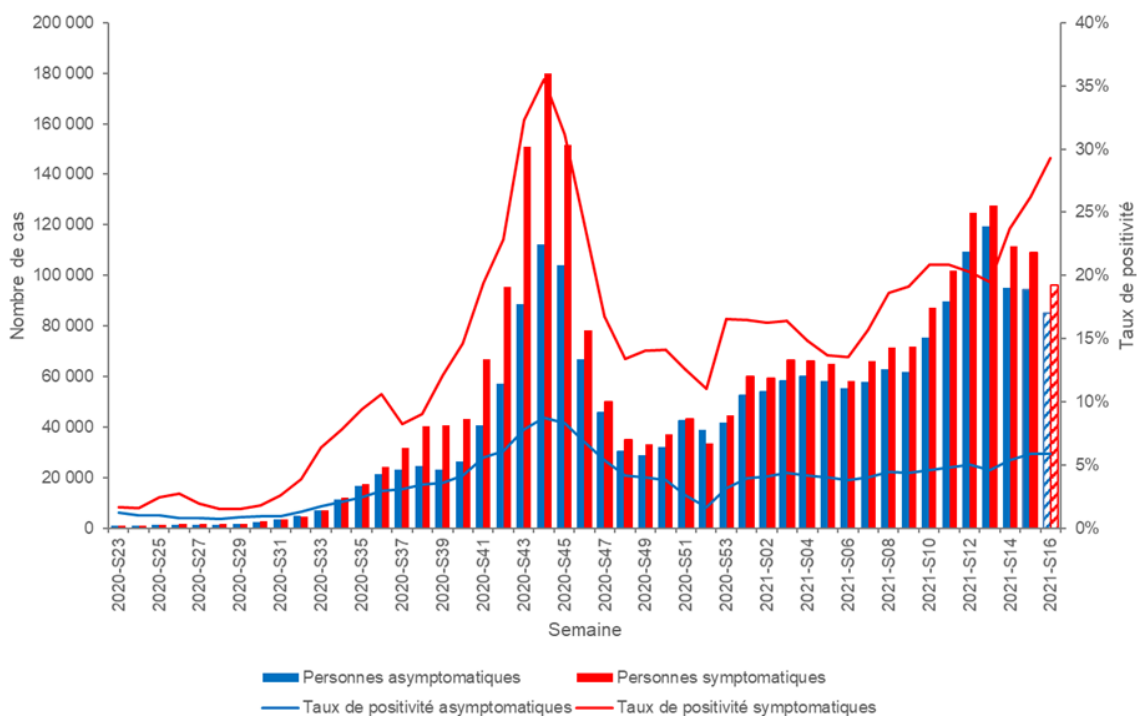
- **Le taux de positivité des personnes testées était en diminution par rapport à S15 dans toutes les classes d'âge excepté chez les 0-14 ans (+1,2 point) et les 15-44 ans (+0,2 point)**. La diminution la plus forte était chez les 75 ans et plus (-0,5 point) suivis par les 65-74 ans (-0,2 point) et les 45-64 ans (-0,1 point) (Figure 8c).

## Dépistage selon la présence de symptômes

- En semaine 16, **parmi les personnes testées**, l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 87% (soit n=1 780 947). La part des personnes symptomatiques était de 18,5%, en diminution par rapport à S15 (20,5%). Le taux de positivité était en augmentation chez les symptomatiques (29,3% vs 26,2% en S15) et stable chez les asymptomatiques (5,9%) (Figure 7).

- Parmi les cas, 53% étaient symptomatiques, proportion stable par rapport à S15. **Le nombre de cas était en diminution chez les symptomatiques** (96 312 vs 108 992 en S15, soit -12%) **et chez les asymptomatiques** (85 013 vs 94 255 en S15, soit -10%) (Figure 7).

**Figure 7. Évolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes, par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 28 avril 2021)**



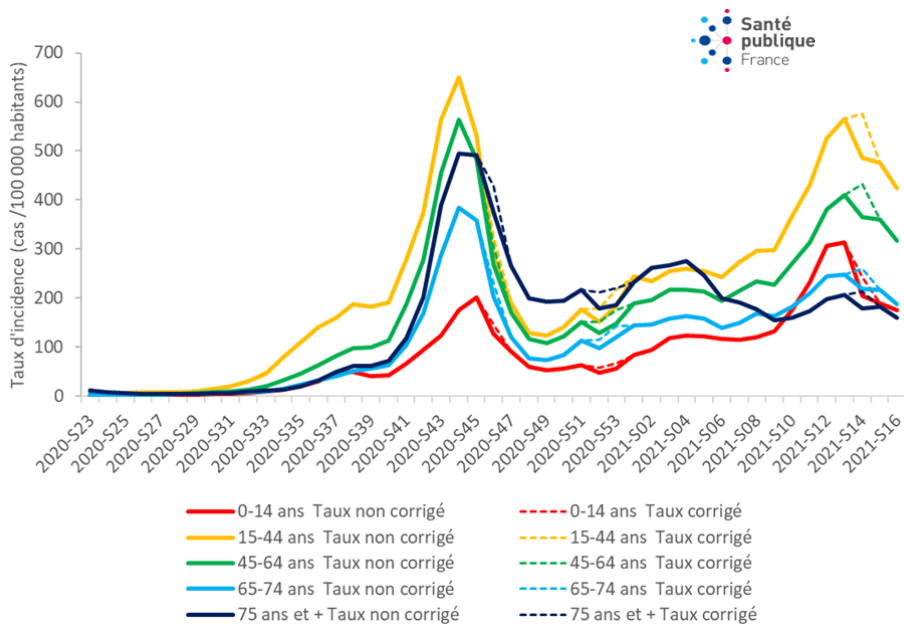
Semaine 16 : données non consolidées

Source : SI-DEP

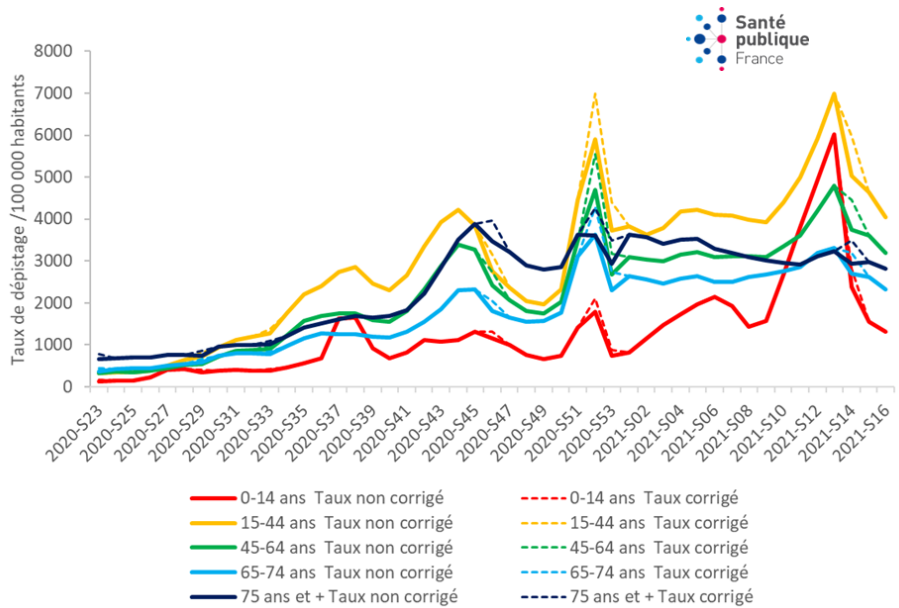


Figure 8. Évolution des taux d'incidence corrigés et non corrigés (8a), de dépistage corrigés et non corrigés (8b) et de positivité (8c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23-2020, France (données au 28 avril 2021)

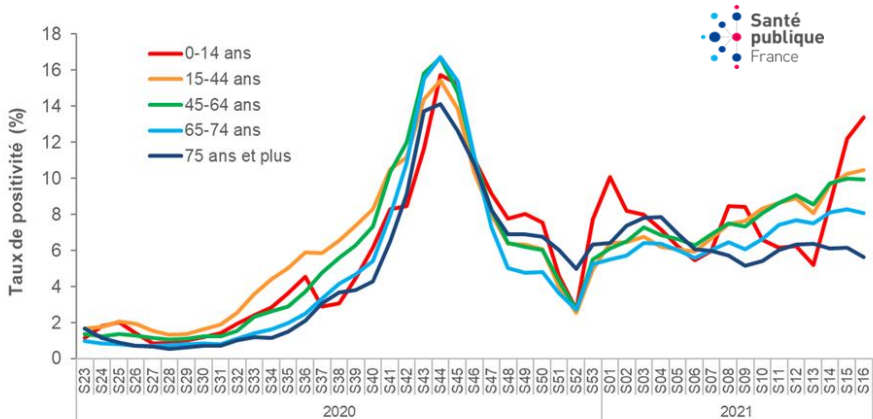
8a. Taux d'incidence



8b. Taux de dépistage



8c. Taux de positivité



Semaine 16 : 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**, 198 407 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 16, correspondant à un **taux d'incidence de 306 cas/100 000 habitants (contre 344 en S15, soit -11%)**. Le **taux de dépistage** s'élevait à **3 039/100 000 habitants**. Le **taux de positivité** était de **10%, stable par rapport à la semaine précédente**.

- En semaine 16, le **taux d'incidence** était au-dessus du seuil de 250/100 000 habitants dans 51 départements (65 en S15). Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements de la Seine-Saint-Denis (547), du Val-d'Oise (518), du Val-de-Marne (514), des Bouches-du-Rhône (476), de l'Essonne (453), de la Seine-et-Marne (449) et de l'Oise (443) (Figure 9a).

- En S16, les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** (pour 100 000 habitants) étaient : Paris (5 511), les Bouches-du-Rhône (4 539), la Moselle (4 195), la Corse-du-Sud (4 152), le Bas-Rhin (4 097), les Hauts-de-Seine (3 749) et le Val-de-Marne (3 732) (Figure 9c).

- Le **taux de positivité** était supérieur ou égal à 10% dans 46 départements en S16 (43 en S15). Les taux les plus élevés étaient rapportés dans les départements du Val-d'Oise (15,4%), de la Seine-Saint-Denis (15,3%), de l'Oise (14,7%), de l'Essonne (14,3%), de la Loire et de la Haute-Loire (14,2%), de la Seine-et-Marne (14,0%) et du Val-de-Marne (13,8%) (Figure 9b).

### En Outre-mer

- **En Guadeloupe**, le **taux d'incidence** était **stable** en S16 (229/100 000 habitants vs 227 en S15) et le **taux de positivité en diminution** à 10,9% (vs 11,9% en S15).

- **En Martinique**, le **taux d'incidence** était **en diminution** (180/100 000 habitants vs 205 en S15) et le **taux de positivité stable** à 8,4% (vs 8,5% en S15).

- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient **stables**, avec un taux d'incidence de 59/100 000 habitants (vs 54 en S15) et un taux de positivité de 2,0% (vs 2,4% en S15).

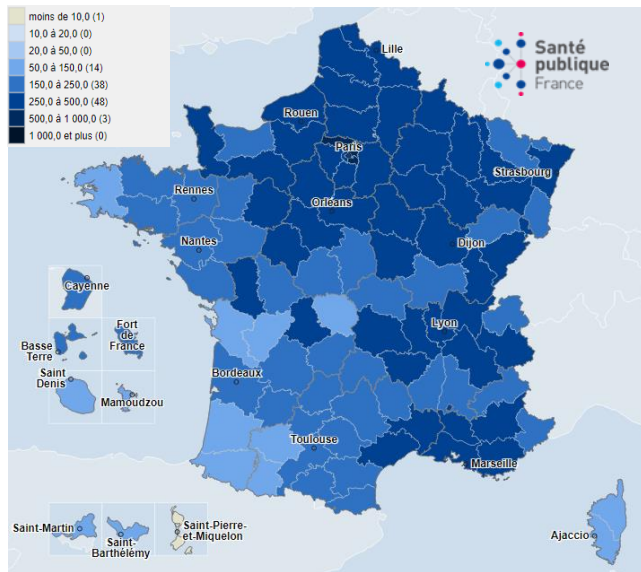
- **En Guyane**, les indicateurs étaient **en augmentation**, avec un taux d'incidence de 241/100 000 habitants (vs 195 en S15) et un taux de positivité de 9,7% (vs 9,0% en S15).

- **À Mayotte**, les indicateurs étaient **en légère augmentation**, avec un taux d'incidence de 53/100 000 habitants (vs 51 en S15) et un taux de positivité de 5,2% (vs 4,4% en S15).

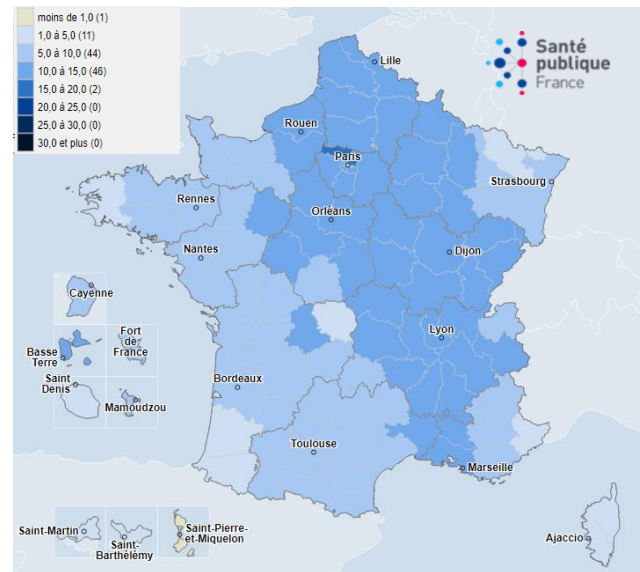
- **À La Réunion**, les indicateurs étaient également **en légère augmentation**, avec un taux d'incidence de 127/100 000 habitants (vs 109 en S15) et un taux de **positivité** de 3,9% (vs 3,5% en S15).

Figure 9. Taux d'incidence (/100 000 habitants) (9a), de positivité (%) (9b) et de dépistage (nombre de tests/100 000 habitants) (9c) pour le SARS-CoV-2 du 19 au 25 avril 2021, par département, France (données au 28 avril 2021)

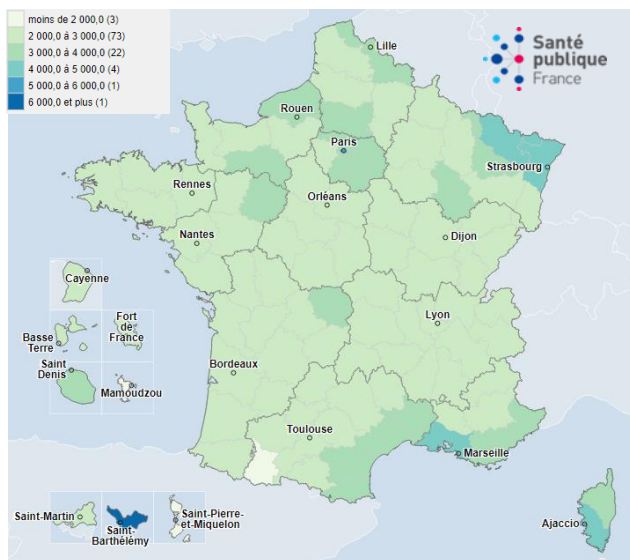
9a. Taux d'incidence



9b. Taux de positivité



9c. Taux de dépistage



Source : SI-DEP

Pour plus d'information, les données régionales détaillées sont accessibles sur [Géodes](#) (données non corrigées pour S14) et sont mises en perspective dans les [points épidémiologiques régionaux](#).

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

## ► Analyse par niveaux scolaires

- En semaine 16, 226 265 personnes de moins de 18 ans ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 265 542 en S15, soit -15%). Un total de 29 683 nouveaux cas a été rapporté, en diminution (-9%) par rapport à S15, où 32 618 nouveaux cas avaient été signalés. Les moins de 18 ans représentaient 15% de l'ensemble des nouveaux cas observés dans la population générale. Si l'on considère des classes d'âge plus fines, correspondant aux niveaux scolaires, les 0-2 ans représentaient 4% des nouveaux cas parmi les moins de 18 ans, les 3-5 ans 7%, les 6-10 ans 29%, les 11-14 ans 30% et les 15-17 ans 29%.

- Le **taux d'incidence** des cas confirmés au niveau national était de 347/100 000 habitants chez les 15-17 ans, 269 chez les 11-14 ans, 210 chez les 6-10 ans, 90 chez les 3-5 ans et 60 chez les 0-2 ans (Figure 10a).

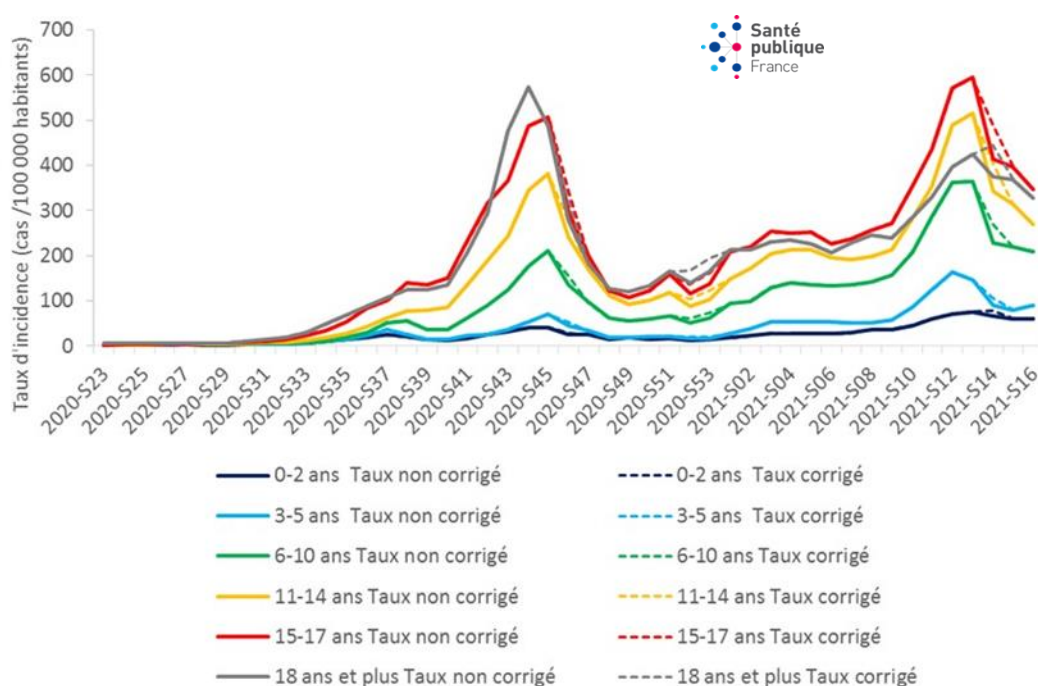
- Une diminution des taux d'incidence était de nouveau observée chez les 6-10 ans (-4%), les 11-14 ans (-14%) et les 15-17 ans (-13%). Chez les 0-2 ans le taux d'incidence était stable tandis qu'il augmentait chez les 3-5 ans (+2%).

- Le **taux de dépistage** a continué de diminuer dans toutes les classes d'âge : -16% chez les 0-2 ans, -12% chez les 3-5 ans, -13% chez les 6-10 ans, -19% chez les 11-14 ans et -13% chez les 15-17 ans (Figure 10b).

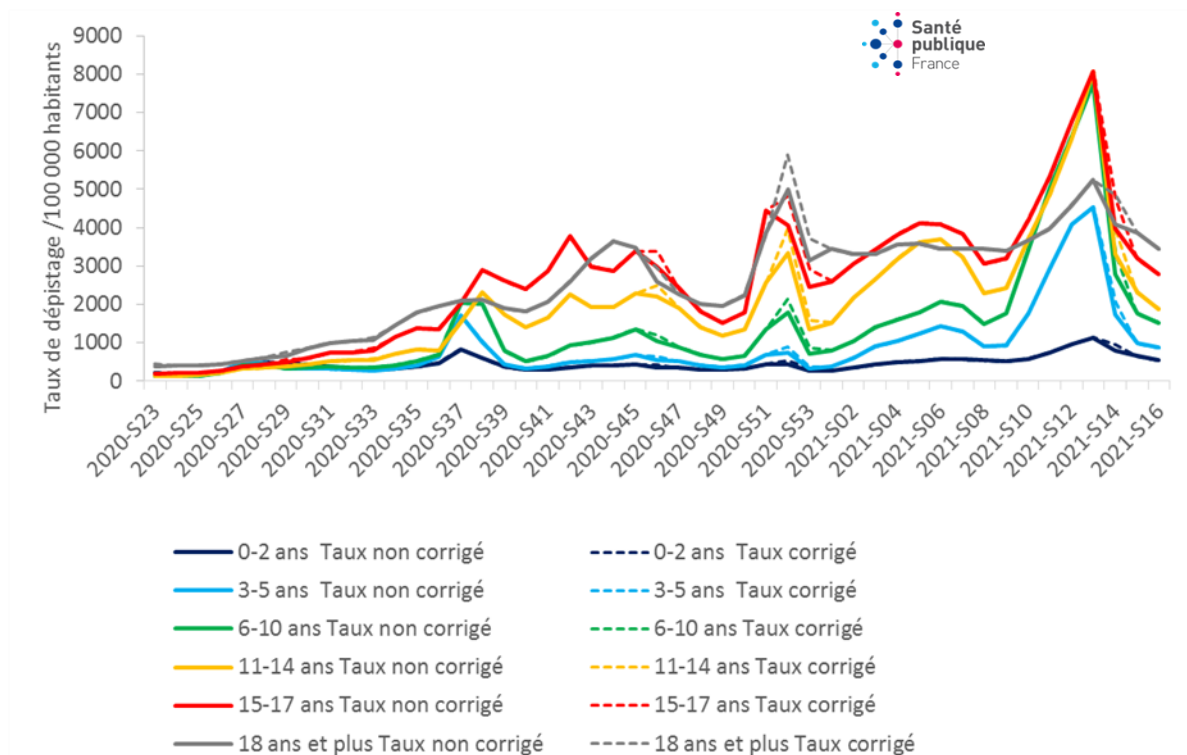
- Le **taux de positivité** a continué d'augmenter pour la troisième semaine consécutive pour une grande partie des classes d'âge : +1,8 point chez les 0-2 ans, +2,2 points chez les 3-5 ans, +1,3 point chez les 6-10 ans, +0,7 point chez les 11-14 ans. Il est resté stable chez les 15-17 ans (Figure 10c).

**Figure 10. Évolution des taux d'incidence corrigés et non corrigés (10a), de dépistage corrigés et non corrigés (10b) et de positivité (10c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge des moins de 18 ans, depuis la semaine 23-2020, France (données au 28 avril 2021)**

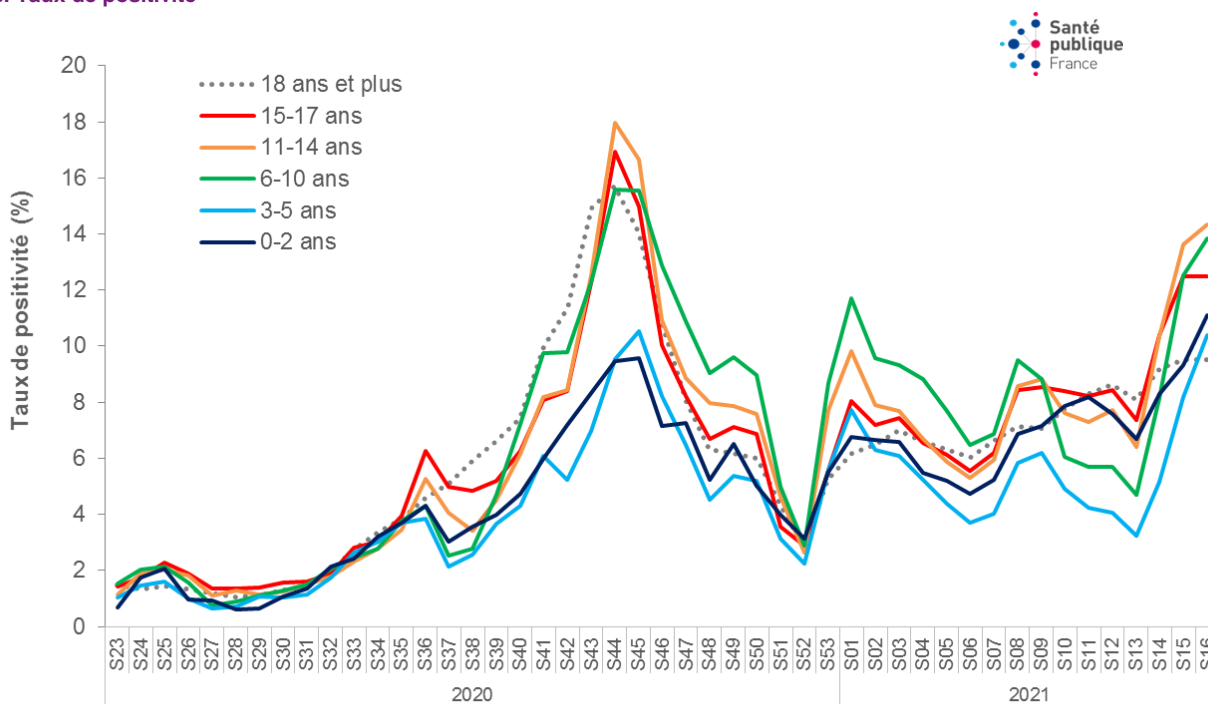
### 10a. Taux d'incidence



10b. Taux de dépistage



10c. Taux de positivité



Semaine 16 : données non consolidées

Source : SI-DEP



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

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

Santé publique France, en lien avec le CNR Virus des infections respiratoires, produit à intervalles réguliers des analyses de risque permettant de caractériser et classer ces différents variants. Ces analyses de risque sont accessibles sur le site de [Santé publique France](#). Afin de faciliter ce suivi, l'application SI-DEP a évolué depuis le 25 janvier 2021 et intègre dorénavant les résultats des tests RT-PCR de criblage, qui disposent d'amorces spécifiques permettant la détection des principales mutations qui caractérisent les variants. Ces tests de criblage sont utilisés en seconde intention, après l'utilisation d'un test RT-PCR classique de première intention pour le diagnostic d'une infection à SARS-CoV-2. L'analyse des premiers résultats permet de suspecter la présence d'un variant 20I/501Y.V1 (ayant émergé au Royaume-Uni), 20H/501Y.V2 (Afrique du Sud) ou 20J/501Y.V3 (Brésil) (les deux derniers sans distinction) ou de conclure à l'absence de variant préoccupant (VOC).

- **Au niveau national**, en semaine 16, sur les 232 382 tests de première intention positifs (tests RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, **52% étaient associés à un test de criblage** lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 121 355 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **82,7%** (100 420) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1** (contre 82,3% en S15) et 5,0% (6 086) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** (contre 4,2% en S15).

- La proportion de tests positifs criblés variait peu selon la classe d'âge : de 49,7% chez les 20-29 ans à 58,0% chez les 0-9 ans (Tableau 1).

- La proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 était comprise entre 77,2% chez les 90 ans et plus et 84,1% chez les 40-49 ans.

- La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 allait de 3,5% chez les 80-89 ans à 5,4% chez les 20-29 ans.

**Tableau 1. Proportion de suspicions de variant préoccupant (VOC) parmi les tests de criblage positifs 20I/501Y.V1, 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3, par classe d'âge, France (données au 28 avril 2021)**

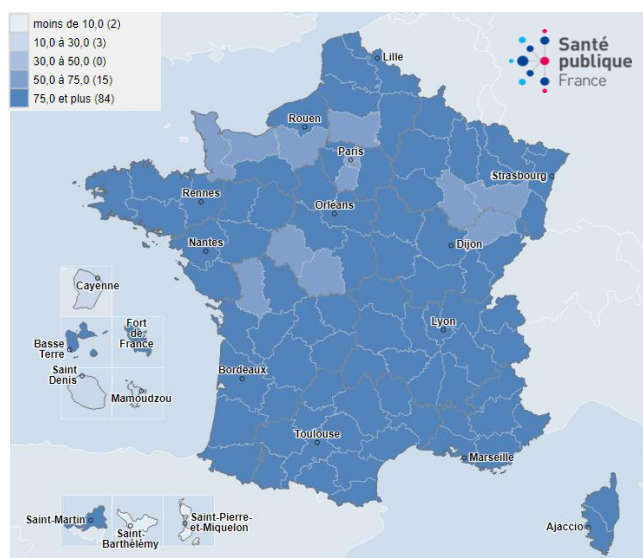
Âge (ans)	Nb de tests (RT-PCR et TAG)	Nb de tests positifs (RT-PCR et TAG)	PCR de criblage		20I/501Y.V1		20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3	
			N	%*	N	%**	N	%**
0-9	84 468	10 612	6 156	58,0	4 979	80,9	274	4,5
10-19	228 821	30 088	16 090	53,5	13 483	83,8	748	4,7
20-29	395 499	42 160	20 950	49,7	17 178	82,0	1 121	5,4
30-39	352 481	38 001	19 055	50,1	15 706	82,4	1 009	5,3
40-49	322 489	36 402	19 051	52,3	16 013	84,1	992	5,2
50-59	316 581	33 043	17 440	52,8	14 589	83,7	914	5,2
60-69	221 017	21 008	11 129	53,0	9 194	82,6	545	4,9
70-79	140 159	11 498	6 191	53,8	5 094	82,3	281	4,5
80-89	95 806	6 526	3 568	54,7	2 853	80,0	124	3,5
90 et plus	49 476	2 935	1 677	57,1	1 295	77,2	76	4,5
Inconnu	654	109	48	44,0	36	75,0	2	4,2
Tous	2 207 451	232 382	121 355	52,2	100 420	82,7	6 086	5,0

\* Parmi les tests positifs.

\*\* Parmi les PCR de criblage.

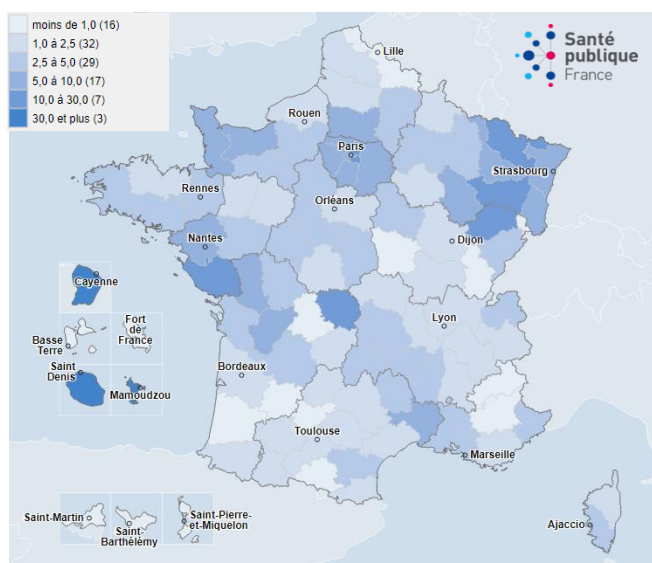
- Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les **départements métropolitains**, la proportion du variant 20I/501Y.V1 était supérieure à 80% dans 68 départements et **supérieure à 90% dans 25** d'entre eux (Figure 11).
- En métropole, **sept départements** avaient une **proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 supérieure à 10%**. Cette proportion a particulièrement augmenté en Haute-Saône (25% vs 17% en S15) et dans les Vosges (15% vs 10,2% en S14). Elle a diminué dans la Creuse (17,4% vs 30,5% en S15) et en Moselle (15,9% vs 18,5% en S15) (Figure 11).
- Dans les territoires d'outre-mer où les données sont interprétables, une **forte proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** était observée en Guyane (79,3%) et à Mayotte (60%). On note toujours une **très forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1** en Martinique (96,3%) et en Guadeloupe (95,4%) (Figures 11 et 12).

**Figure 11. Proportion (%) de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1 parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 28 avril 2021)**



Indicateur non interprétable pour Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte en raison d'un trop faible nombre de tests de criblage réalisés.  
Source : SI-DEP

**Figure 12. Proportion (%) de suspicions de variant préoccupant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 28 avril 2021)**



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

# SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DU SARS-CoV-2

## Résultats des enquêtes Flash #6 et #7

La surveillance génomique du SARS-CoV-2 relève des missions du centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires et est conduite dans le cadre du consortium EMER-GEN qui associe Santé publique France, l'ANRS Maladies infectieuses émergentes (MIE) et de très nombreux partenaires, dont en particulier quatre plateformes de séquençage (CNR Institut Pasteur (Paris), CNR Hospices civils de Lyon, AP-HP Henri-Mondor (Créteil), IHU Méditerranée Infection) et le réseau de virologie de l'ANRS MIE. Les données ainsi générées sont destinées à enrichir la surveillance de la COVID-19, à contribuer aux [analyses de risque](#) permettant de caractériser et de classer les différents variants circulant en France, et à alimenter des travaux de recherche.

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

Les enquêtes Flash, qui reposent sur une sélection aléatoire de prélèvements RT-PCR positifs, font partie des cibles prioritaires de la stratégie nationale de surveillance génomique et permettent d'établir une cartographie de la diffusion des variants circulant en France. Ces enquêtes sont proposées deux fois par mois à tous les laboratoires de biologie médicale (LBM) publics et privés et reposent sur une participation volontaire. Afin d'obtenir une cartographie globale (non limitée aux variants préoccupants (VOC) connus) des différents types de virus SARS-CoV-2 circulant sur le territoire français, il a été demandé aux LBM participants de transmettre aux plateformes du consortium EMER-GEN un échantillonnage de prélèvements positifs en RT-PCR, quel que soit le résultat du criblage. Ces prélèvements ne devaient pas provenir de l'investigation d'un cluster afin d'éviter des biais de sélection.

### ► Enquête Flash #6 du 30 mars 2021 (résultats consolidés)

Pour l'enquête Flash #6 et afin de tenir compte de l'évolution de l'épidémie, les LBM participants devaient transmettre 15% des prélèvements positifs du jour de l'enquête pour les laboratoires en ayant plus de 20 ou la totalité des prélèvements positifs du jour pour les laboratoires en ayant moins de 20. En complément, en lien avec une investigation en cours autour de Lannion concernant l'émergence d'un nouveau variant appartenant au clade 20C, le protocole de l'enquête Flash #6 a été adapté pour les laboratoires préleveurs (publics ou privés) de la région Bretagne qui devaient transmettre 50% de leurs prélèvements positifs. Le protocole pour le département de la Dordogne a également été modifié afin d'inclure la totalité des prélèvements positifs du jour de l'enquête dans le cadre d'une investigation en cours à la recherche du variant 19B/501Y.

- L'enquête Flash #6 du 30 mars 2021 a porté sur **2 590 prélèvements provenant de 14 régions** (Tableau 2).
- L'enquête Flash #6 confirme la **prédominance du variant préoccupant 20I/501Y.V1 (80,8% des séquences interprétables)**. Les variants préoccupants 20H/501Y.V2, 20J/501Y.V3 et 20I/484K ont été également détectés mais en proportions plus faibles (respectivement 7,8%, 0,4% et 0,5% des séquences interprétables). Les proportions des variants 20I/501Y.V1 et 20J/501Y.V3 étaient globalement stables par rapport à celles de l'enquête Flash #5. **Une légère augmentation est observée pour les variants préoccupants 20H/501Y.V2 (6,4% (Flash #5) vs 7,8% (Flash #6)) et 20I/484K (0,1% (Flash #5) vs 0,5% (Flash #6))**. Comme pour l'enquête Flash #5, **le clade 20I/501Y.V1 représentait plus de 70% des résultats quelle que soit la classe d'âge**. La diffusion de ce variant devient homogène au sein de la population. Le variant préoccupant 20H/501Y.V2 a également été identifié de façon homogène dans toutes les classes d'âge (Tableau 3) et sur le territoire (Tableau 2)

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

Le variant 20I/501Y.V1 reste particulièrement présent en Occitanie et Centre-Val de Loire (> 90% des séquences interprétables) et le variant 20H/501Y.V2 est plus présent en Île-de-France (12,6%), dans le Grand Est (10,8%) et en Bourgogne-Franche-Comté (9,5%). Pour la Corse et la Guadeloupe, les résultats ne sont pas exploitables en raison du faible nombre de prélèvements inclus.

Ces résultats par région sont à interpréter avec prudence : à ce jour, tous les départements ne sont pas encore représentés au sein de certaines régions, ce qui peut biaiser les résultats. Des efforts sont entrepris pour renforcer la participation à ces études dans les régions concernées en sollicitant les réseaux des laboratoires en lien avec les cellules régionales de Santé publique France.

- Le suréchantillonnage réalisé en **Dordogne** a permis de déterminer que 80% des souches circulant dans ce département appartenaient au clade 20I/501Y.V1 et 4,4% des prélèvements correspondaient au variant 19B/501Y (A.27). D'autres variants ont également été détectés tels que le variant préoccupant 20H/501Y.V2 (2,2%), le variant en cours d'évaluation 20A/214 Ins (2,2%) ou encore le variant 20B/484K (B.1.1.318 ; 3%).
- Pour la **Bretagne**, aucun variant 20C/655Y n'a été détecté au cours de cette enquête.

## ► Enquête Flash #7 du 13 avril 2021 (premiers résultats)

*Pour l'enquête Flash #7, les LBM participants devaient transmettre 15% des prélèvements positifs du jour de l'enquête pour les laboratoires en ayant plus de 20 ou la totalité des prélèvements positifs du jour pour les laboratoires en ayant moins de 20. En complément, le protocole appliqué pour le département de la Dordogne lors de l'Enquête Flash #6 a également été renouvelé afin d'inclure la totalité des prélèvements positifs du jour de l'enquête.*

- Les résultats présentés pour l'enquête Flash #7 du 13 avril 2021 portent sur l'analyse des **séquences issues de 1 177 prélèvements provenant de 12 régions** parmi près de **1 700 prélèvements reçus (près de 70% des prélèvements séquencés)** (Tableau 4).

- **Le variant préoccupant 20I/501Y.V1 représente 89,9% des séquences interprétables parmi les résultats disponibles.** Cette augmentation doit être interprétée avec prudence en attendant la consolidation des résultats de l'enquête. Les variants préoccupants 20H/501Y.V2, 20I/484K et 20J/501Y.V3 ont été également détectés (respectivement 3,9%, 1,0% et 0,3% des séquences interprétables). **Le clade 20I/501Y.V1 représentait plus de 80% des résultats quelle que soit la classe d'âge.** (Tableau 5).

- **La diffusion des variants préoccupants 20I/501Y.V1 et 20H/501Y.V2 est relativement homogène sur le territoire** (Tableau 4). Le variant 20I/501Y.V1 reste particulièrement présent en Nouvelle-Aquitaine et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (> 95% des séquences interprétables) ; le variant 20H/501Y.V2 est plus présent en Île-de-France (8,2%) et Occitanie (8,3%). Le variant préoccupant 20I/484K est en augmentation en Île-de-France entre l'enquête Flash #6 et cette nouvelle édition (1,0% (Flash #6) vs 2,7% (Flash #7)). En Bretagne, la proportion de variant 20I/484K est également en augmentation avec 3,0% pour Flash #7 (non détecté pour Flash #6).

Pour la Bourgogne-Franche-Comté, la Guadeloupe et le Grand Est, les résultats ne sont pas encore exploitables en raison du faible nombre de prélèvements séquencés disponibles pour cette première analyse.

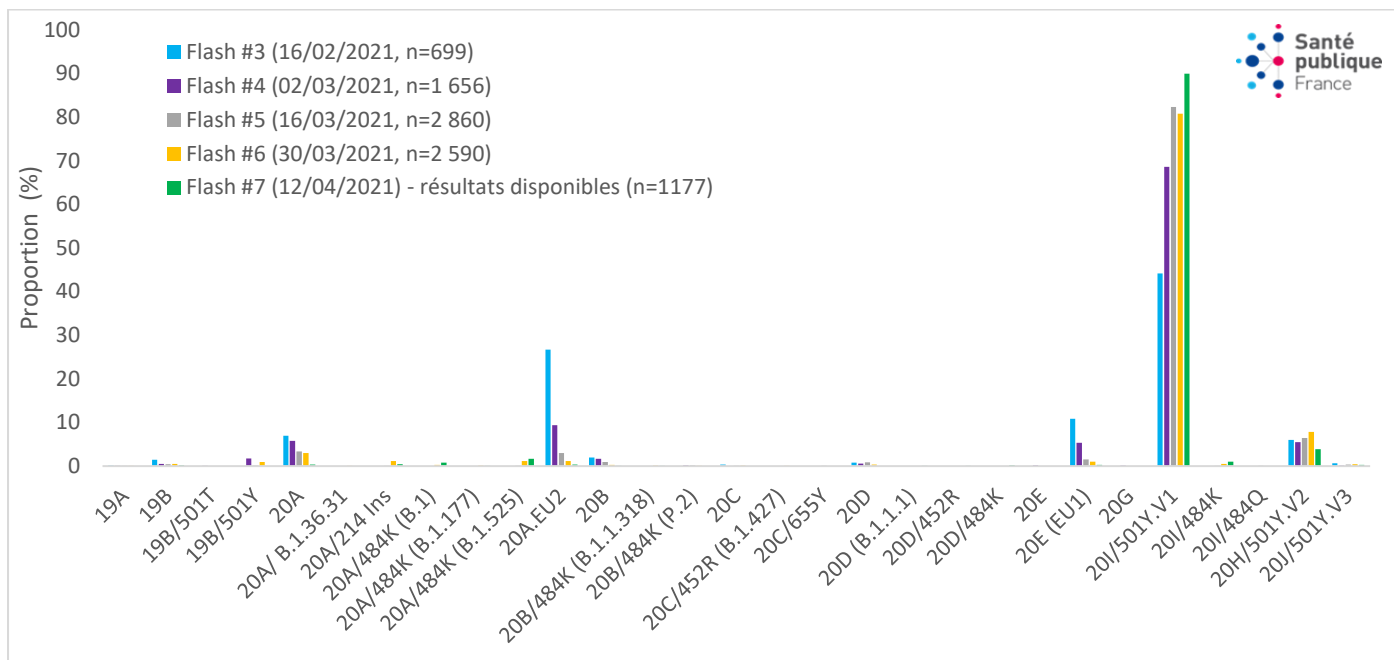
## ► Évolution des différents clades et variants au cours des enquêtes Flash #3 à #7 du 16 février 2021 au 13 avril 2021

- La comparaison des résultats des enquêtes Flash, basées sur un échantillonnage aléatoire des prélèvements, permet de mesurer l'évolution de la part des lignages et variants du SARS-CoV-2 circulant sur le territoire français au cours du temps. La figure 13 montre la forte augmentation de la proportion du variant préoccupant 20I/501Y.V1 entre février et avril 2021, une augmentation qui semble ralentir au cours des dernières semaines. Dans Flash #7, la proportion du variant 20H/501Y.V2 est de 3,9% (Flash #3 : 6,0% ; Flash #4 : 5,5% ; Flash #5 : 6,4% ; Flash #6 : 7,8%) et celle du variant 20J/501Y.V3 est de 0,3% (Flash #3 : 0,6% ; Flash #4 : 0,1% ; Flash #5 : 0,3% ; Flash #6 : 0,4%). Pour le variant 20I/484K, lors de cette nouvelle enquête, la proportion est de 1,0% et est en augmentation (Flash #3 : 0,0% ; Flash #4 : 0,0% ; Flash #5 : 0,1% ; Flash #6 : 0,5%). Les résultats de l'enquête Flash #7 sont encore préliminaires et seront à confirmer lors de la consolidation des données dans les prochaines enquêtes Flash.



● Parmi les prélèvements inclus dans les enquêtes Flash, le variant en cours d'évaluation 20A/484K semble être en légère augmentation (B.1; Flash #5 : 0,0% ; Flash #6 : 0,2% et Flash #7 : 0,8%) ainsi que le variant 20A/484K (B.1.525 ; Flash #5 : 0,04% ; Flash #6 : 1,2% et Flash #7 : 1,7%). Tous les autres lignages étaient stables ou en diminution.

**Figure 13. Évolution des résultats de séquençage par clade, enquêtes Flash #3 à #7, données au 29 avril 2021, France**



● L'enquête Flash #8, basée sur un échantillonnage de prélèvements aléatoires, a été conduite le 27 avril 2021 ; ses résultats seront restitués dans un prochain point épidémiologique.

*Santé publique France remercie l'ensemble des laboratoires de biologie médicale publics et privés qui participent à ces enquêtes, dont la mobilisation forte et rapide a permis d'obtenir ces résultats.*



**Tableau 2. Résultats de séquençage, par région du laboratoire préleveur, enquête Flash #6, 30 mars 2021, France (n= 2 590 prélèvements)**

Région du laboratoire préleveur	Prélèvements totaux (N)	19A (%)	19B (%)	19B/501Y (%)	20A (%)	20A (B.1.36.31) (%)	20A/214 Ins (%)	20A/484K (B.1) (%)	20A/484K (B.1.177.57) (%)	20A/484K (B.1.525) (%)	20A.EU2 (%)	20B (%)	20B/484K (B.1.1.318) (%)	20B/484K (P.2) (%)	20C (%)	20C/452R (%)	20D (%)	20E (EU1) (%)	20I/501Y .V1 (%)	20I/484K (%)	20H/501Y .V2 (%)	20J/501Y .V3 (%)	Total (%)
ARA	232	-	-	1,4	1,9	-	1,9	0,9	0,9	0,9	2,8	0,5	-	0,5	-	-	-	2,8	82,4	-	3,2	-	100
BFC	45	-	-	-	2,4	-	-	-	-	-	4,8	-	-	-	-	-	-	4,8	78,6	-	9,5	-	100
BRE	107	-	-	1,0	1,0	-	2,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85,3	-	8,8	1,0	100
CVL	89	-	-	1,2	1,2	-	1,2	1,2	-	2,4	2,4	-	-	-	-	-	-	-	90,6	-	-	-	100
COR	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GE	77	-	1,4	-	4,1	-	-	-	-	-	-	2,7	-	-	-	-	-	-	81,1	-	10,8	-	100
GUA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HDF	95	-	-	-	1,1	-	5,5	1,1	-	-	5,5	-	-	-	-	-	-	1,1	82,4	-	2,2	1,1	100
IDF	1 041	0,2	1,1	0,4	4,6	0,2	0,5	0,1	0,2	1,8	0,6	0,1	-	-	0,3	-	0,8	0,2	75,0	1,0	12,6	0,5	100
NOR	104	-	-	-	1,0	-	1,0	-	-	2,0	2,9	-	-	-	-	1,0	-	2,0	83,3	1,0	5,9	-	100
NA	199	-	-	3,3	2,2	-	1,7	-	-	-	-	-	2,2	-	-	-	-	5,0	83,9	-	1,7	-	100
OCC	86	-	-	-	1,2	-	2,4	-	-	-	-	1,2	-	-	-	-	-	-	94,0	-	1,2	-	100
PDL	143	-	-	0,7	3,7	-	3,7	0,7	-	0,7	-	-	-	-	-	-	-	0,7	80,0	0,7	8,1	0,7	100
PACA	289	-	-	2,1	1,4	-	-	-	-	1,1	1,4	0,7	-	-	0,4	-	-	0,4	88,1	-	3,9	0,7	100
NR	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-	-	100
<b>Total</b>	<b>2 590</b>	<b>0,1</b>	<b>0,5</b>	<b>0,9</b>	<b>3,0</b>	<b>0,1</b>	<b>1,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>1,2</b>	<b>1,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>1,0</b>	<b>80,8</b>	<b>0,5</b>	<b>7,8</b>	<b>0,4</b>	<b>100</b>

ARA : Auvergne-Rhône-Alpes ; BFC : Bourgogne-Franche-Comté ; BRE : Bretagne ; CVL : Centre-Val de Loire ; COR : Corse ; GE : Grand Est ; HDF : Hauts-de-France ; IDF : Île-de-France ; NOR : Normandie ; NA : Nouvelle-Aquitaine ; OCC : Occitanie ; PDL : Pays de la Loire ; PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur ; NR : Non renseigné

**Tableau 3. Résultats de séquençage, par classe d'âge, enquête Flash #6, 30 mars 2021, France (n= 2 590 prélèvements)**

Classes d'âge (ans)	Prélèvements totaux (N)	19A (%)	19B (%)	19B/501Y (%)	20A (%)	20A (B.1.36.31) (%)	20A/214 Ins (%)	20A/484K (B.1) (%)	20A/484K (B.1.177.57) (%)	20A/484K (B.1.525) (%)	20A.EU2 (%)	20B (%)	20B/484K (B.1.1.318) (%)	20B/484K (P.2) (%)	20C (%)	20C/452R (%)	20D (%)	20E (EU1) (%)	20I/501Y .V1 (%)	20I/484K (%)	20H/501Y .V2 (%)	20J/501Y .V3 (%)	Total (%)
0-9	97	-	1,1	-	1,1	-	1,1	-	-	1,1	2,2	1,1	1,1	-	-	-	-	1,1	80,6	1,1	7,5	1,1	100
10-19	317	0,3	-	0,7	2,9	-	1,3	-	-	0,7	1,0	-	-	-	-	-	-	0,7	86,9	0,3	5,2	-	100
20-29	352	0,3	0,6	0,9	2,1	0,3	0,3	0,3	-	0,9	1,5	0,6	-	-	-	-	0,3	-	82,4	0,6	8,5	0,6	100
30-39	380	-	0,3	1,9	4,1	0,3	2,2	-	0,3	3,0	0,5	0,5	-	-	-	0,3	0,5	1,1	76,2	0,3	7,7	0,8	100
40-49	381	-	1,1	1,4	2,2	-	1,4	0,3	0,3	1,1	0,8	-	-	0,3	-	-	0,5	1,1	81,0	-	8,4	0,3	100
50-59	373	-	-	0,8	2,2	-	0,8	0,3	0,3	0,8	0,6	0,3	0,3	-	0,6	-	0,3	0,3	82,5	0,8	8,9	0,3	100
60-69	238	-	-	-	3,1	-	1,3	0,4	0,4	0,4	1,7	-	0,4	-	-	-	-	2,6	79,0	0,9	9,2	0,4	100
70-79	182	-	1,7	1,2	2,9	-	0,6	1,2	-	1,2	1,2	-	0,6	-	-	-	0,6	1,2	79,7	1,2	7,0	-	100
80-89	134	-	-	-	4,7	-	1,6	-	-	-	3,1	-	-	-	0,8	-	0,8	2,4	77,2	-	9,4	-	100
≥ 90	73	-	1,5	-	10,4	-	1,5	-	-	1,5	1,5	1,5	-	-	1,5	-	-	1,5	74,6	-	3,0	1,5	100
NR	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-	-	100
<b>Total</b>	<b>2 590</b>	<b>0,1</b>	<b>0,5</b>	<b>0,9</b>	<b>3,0</b>	<b>0,1</b>	<b>1,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>1,2</b>	<b>1,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>1,0</b>	<b>80,8</b>	<b>0,5</b>	<b>7,8</b>	<b>0,4</b>	<b>100</b>

NR : Non renseigné

**Tableau 4. Résultats de séquençage, par région du laboratoire préleveur, enquête Flash #7, 13 avril 2021, France (n= 1 177 prélèvements)**

Région du laboratoire préleveur	Prélèvements totaux (N)	19B (%)	20A (%)	20A (B.1.416) (%)	20A/214 Ins (%)	20A/484K (B.1) (%)	20A/484K (B.1.177) (%)	20A/484K (B.1.525) (%)	20A/484K (B.1.619) (%)	20A.EU2 (%)	20B (%)	20B/484K (B.1.1.318) (%)	20D (%)	20D/452R (%)	20D/484K (%)	20E (EU1) (%)	20I/501Y .V1 (%)	20I/484K (%)	20H/501Y .V2 (%)	20J/501Y .V3 (%)	Total (%)
ARA	242	-	0,4	-	-	1,3	-	0,9	-	0,9	0,4	-	-	0,4	0,9	-	93,1	-	1,7	-	100
BFC	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BRE	74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	-	-	1,5	89,4	3,0	4,5	-	100
CVL	69	-	-	-	3,3	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91,7	-	1,7	-	100
GE	15	-	-	-	-	-	-	6,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
GUA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HDF	45	-	-	-	-	-	-	-	-	4,9	-	2,4	-	-	-	-	90,2	-	2,4	-	100
IDF	338	0,6	0,9	-	-	-	-	2,4	-	-	-	-	-	-	-	0,3	84,0	2,7	8,2	0,9	100
NA	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-	-	100
OCC	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91,7	-	8,3	-	100
PDL	155	-	-	0,7	2,0	2,6	0,7	2,6	0,7	-	-	-	-	-	-	-	88,1	-	2,6	-	100
PACA	124	-	-	-	-	-	-	3,4	-	-	-	-	-	-	-	0,8	95,8	-	-	-	100
<b>Total</b>	<b>1 177</b>	<b>0,2</b>	<b>0,4</b>	<b>0,1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,8</b>	<b>0,1</b>	<b>1,7</b>	<b>0,1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>89,9</b>	<b>1,0</b>	<b>3,9</b>	<b>0,3</b>	<b>100</b>

ARA : Auvergne-Rhône-Alpes ; BFC : Bourgogne-Franche-Comté ; BRE : Bretagne ; CVL : Centre-Val de Loire ; GE : Grand Est ; GUA : Guadeloupe ; HDF : Hauts-de-France ; IDF : Île-de-France ; NA : Nouvelle-Aquitaine ; OCC : Occitanie ; PDL : Pays de la Loire ; PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

**Tableau 5. Résultats de séquençage, par classe d'âge, enquête Flash #7, 13 avril 2021, France (n= 1 177 prélèvements)**

Classes d'âges	Prélèvements totaux (N)	19B (%)	20A (%)	20A (B.1.416) (%)	20A/214 Ins (%)	20A/484K (B.1) (%)	20A/484K (B.1.177) (%)	20A/484K (B.1.525) (%)	20A/484K (B.1.619) (%)	20A.EU2 (%)	20B (%)	20B/484K (B.1.1.318) (%)	20D (%)	20D/452R (%)	20D/484K (%)	20E (EU1) (%)	20I/501Y .V1 (%)	20I/484K (%)	20H/501Y .V2 (%)	20J/501Y .V3 (%)	Total (%)
0-9	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88,6	-	8,6	2,9	100
10-19	95	-	-	-	1,1	1,1	-	3,3	-	-	-	-	-	1,1	-	-	91,2	2,2	-	-	100
20-29	196	0,5	0,5	0,5	0,5	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-	0,5	-	93,5	1,1	2,2	-	100
30-39	172	-	0,6	-	-	1,2	-	3,0	-	-	-	-	-	-	0,6	-	88,5	1,2	3,6	1,2	100
40-49	185	-	0,6	-	-	1,1	0,6	1,7	-	-	-	-	0,6	-	-	-	88,5	2,9	4,0	-	100
50-59	201	-	0,5	-	0,5	-	-	3,7	-	-	0,5	-	-	-	-	1,0	88,0	-	5,8	-	100
60-69	93	-	-	-	2,2	2,2	-	1,1	-	2,2	-	-	-	-	-	-	87,6	-	4,5	-	100
70-79	83	-	-	-	-	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3	92,1	-	5,3	-	100
80-89	76	1,4	-	-	-	1,4	-	-	1,4	1,4	-	-	-	-	-	-	88,4	-	5,8	-	100
≥ 90	38	-	-	-	-	-	-	-	-	2,9	-	-	-	-	-	-	97,1	-	-	-	100
NR	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-	-	100
<b>Total</b>	<b>1 177</b>	<b>0,2</b>	<b>0,4</b>	<b>0,1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,8</b>	<b>0,1</b>	<b>1,7</b>	<b>0,1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>89,9</b>	<b>1,0</b>	<b>3,9</b>	<b>0,3</b>	<b>100</b>

# IMPACT DES MESURES DE RESTRICTIONS SANITAIRES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

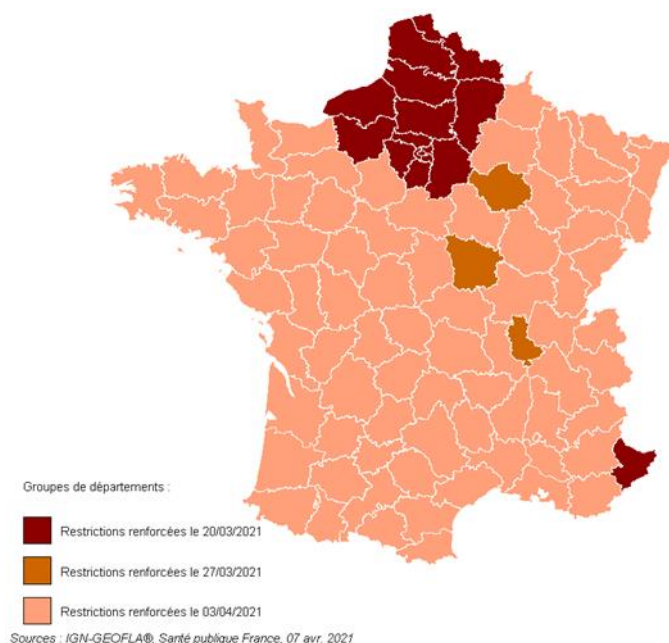
Le 20 mars 2021, des mesures de restrictions sanitaires renforcées ont été mises en place dans 16 départements (21,2 millions d'habitants). Ces mesures ont été élargies à trois autres départements le 27 mars (2,4 millions d'habitants) et ont été étendues le 03 avril 2021 à l'ensemble de la France métropolitaine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

Dans ce contexte, cette analyse vient fournir des éléments descriptifs sur l'évolution de l'incidence des cas confirmés dans ces trois groupes de départements. Les travaux préalablement réalisés dans le cadre de l'étude Impact<sup>1</sup> suite à la mise en place des mesures de freinage en octobre 2020, ainsi que les données disponibles dans la littérature montrent que l'effet d'une mesure sur l'évolution des indicateurs épidémiologiques est observable *a minima* 7 à 10 jours après sa mise en place.

Les départements ont donc été classés en trois groupes (Figure 14) :

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

**Figure 14. Répartition géographique des départements par groupe de mesures de restrictions renforcées, avril 2021, France métropolitaine**



Une correction a été appliquée aux taux d'incidence et de dépistage des semaines incluant un jour férié (notamment S14) afin de prendre en compte l'effet sur l'activité de dépistage. La méthodologie a été présentée dans le [Point épidémiologique du 15 avril 2021](#) et une [note méthodologique](#) la décrivant plus précisément est disponible sur le site internet de Santé publique France.

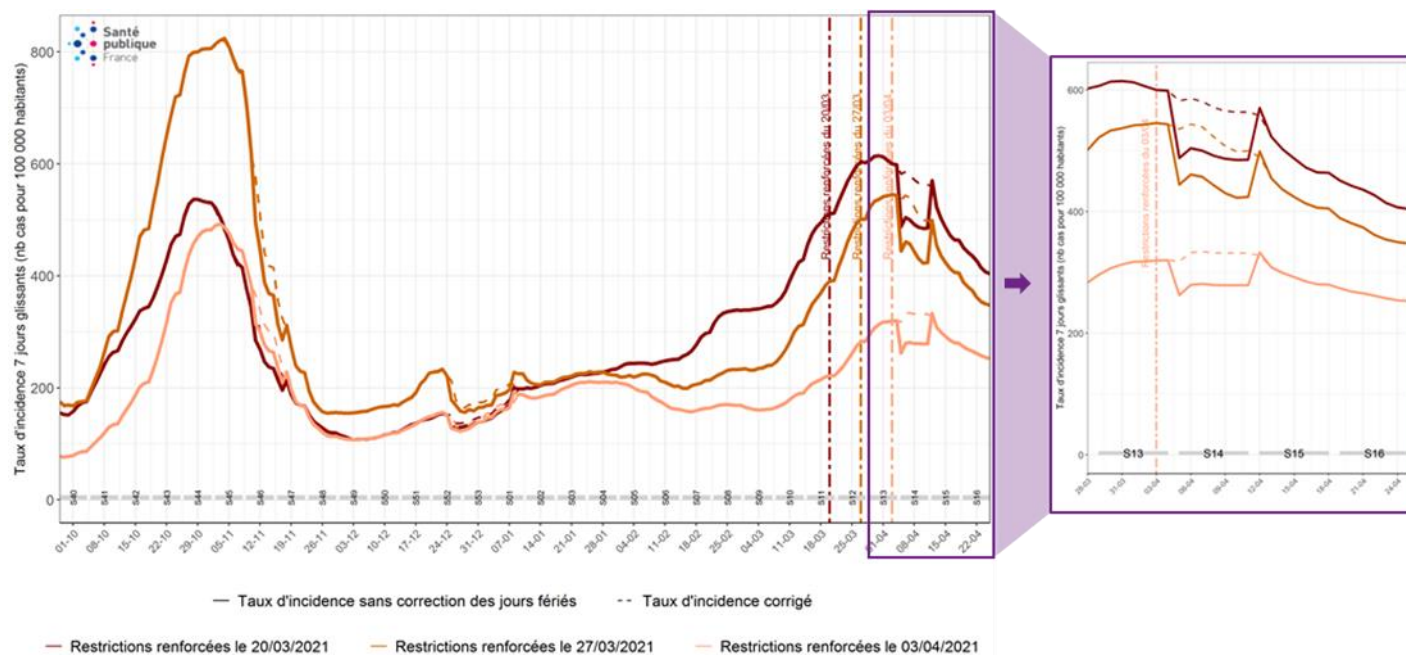
• Dans **les groupes 1 et 2**, la baisse du taux d'incidence amorcée respectivement le 1<sup>er</sup> avril 2021 (milieu de S13) et le 07 avril 2021 (milieu de S14) se poursuivait (Figure 15). En S16 (du 19 au 25 avril 2021), la diminution observée était légèrement moins marquée qu'au cours de la semaine précédente (-13 % pour le groupe 1 et -14 % pour le groupe 2, contre -18 % et -19 % en S15). Les niveaux d'incidence se situaient toujours au-dessus de 250 cas pour 100 000 habitants dans ces deux groupes (404/100 000 habitants pour le groupe 1 et 348/100 000 pour le groupe 2).

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

- Dans le **groupe 3**, une stabilisation du taux d'incidence était observée depuis le 07 avril 2021 (milieu de S14), suivie d'une diminution à partir du 14 avril (milieu de S15) (Figure 15). En semaine 16, le taux d'incidence était de 253 cas pour 100 000 habitants et en baisse de 10 % par rapport à la semaine précédente (contre -16 % en S15) (Tableau 6).

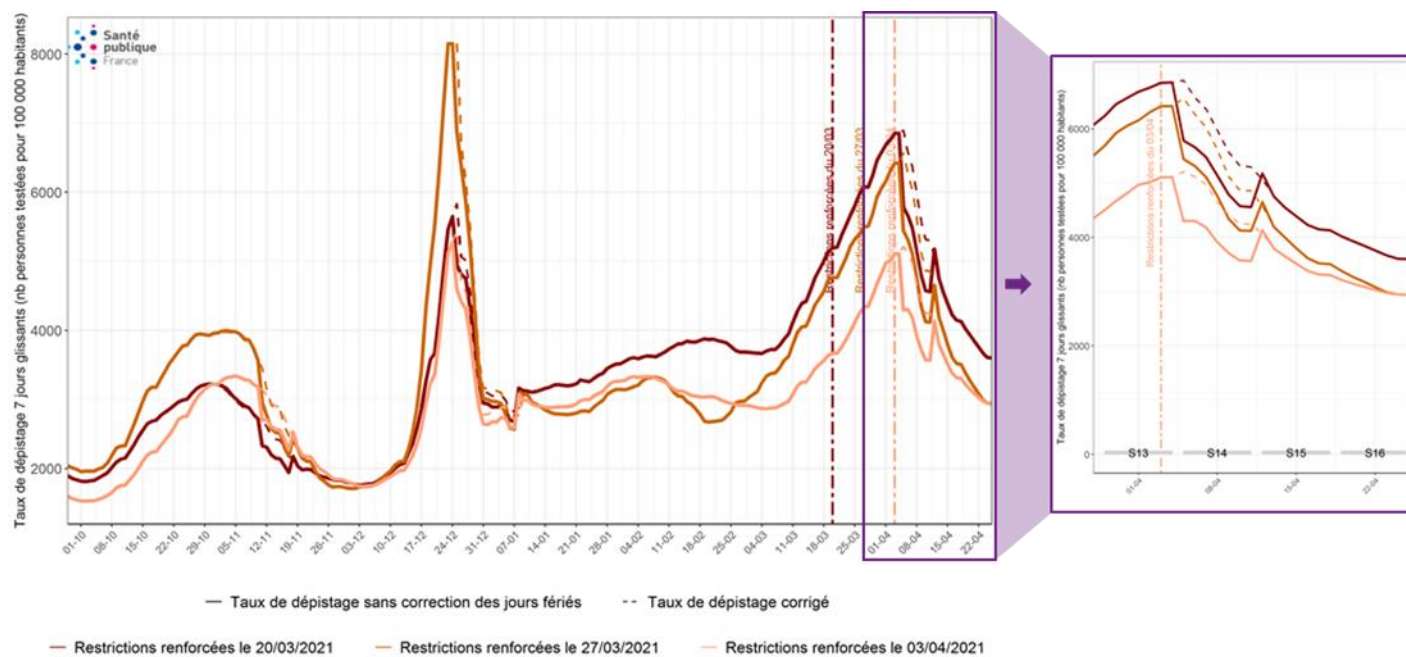
- Depuis S14, une forte diminution de l'activité de dépistage était observée dans les trois groupes de départements (Figure 16). En semaine 16, la baisse du taux de dépistage était cependant moins marquée que celle observée la semaine précédente (-13 % dans le groupe 1, -16 % dans le groupe 2 et -11 % dans le groupe 3 contre respectivement -22 %, -28 % et -22% en S15) (Tableau 6).

Figure 15. Évolution du taux d'incidence sur sept jours glissants des cas confirmés par groupe de départements, du 28 septembre 2020 au 25 avril 2021, France métropolitaine (données au 28 avril 2021)



Source : SI-DEP

Figure 16. Évolution du taux de dépistage sur sept jours glissants par groupe de départements, du 28 septembre 2020 au 25 avril 2021, France métropolitaine (données au 28 avril 2021)



Source : SI-DEP

**Tableau 6 : Variations hebdomadaires du taux d'incidence des cas confirmés et du taux de dépistage par groupe de départements, semaine 13 à 16, France métropolitaine (données au 28 avril 2021)**

Groupe	Taux d'incidence pour 100 000 hab.				Évolution relative du taux d'incidence (%)			Taux de dépistage pour 100 000 hab.				Évolution relative du taux de dépistage (%)		
	S13	S14*	S15	S16	S14*	S15	S16	S13	S14*	S15	S16	S14*	S15	S16
					vs	vs	vs					vs	vs	vs
					S13	S14*	S15					S13	S14*	S15
Groupe 1	599	564	464	404	-6%	-18%	-13%	6 856	5 298	4 130	3 601	-23%	-22%	-13%
Groupe 2	544	500	405	348	-8%	-19%	-14%	6 421	4 859	3 508	2 942	-24%	-28%	-16%
Groupe 3	320	332	280	253	4%	-16%	-10%	5 111	4 244	3 307	2 945	-17%	-22%	-11%

## Conclusion

En semaine 16 (du 19 au 25 avril 2021), le taux d'incidence des cas confirmés poursuivait sa diminution progressive dans les trois groupes de départements de France métropolitaine. **L'évolution de ces indicateurs est compatible avec l'hypothèse d'un effet bénéfique des mesures de restrictions renforcées** mises en œuvre depuis le 20 mars 2021 et couplées à un renforcement des mesures de distanciation sociale en lien avec les vacances scolaires anticipées.

Néanmoins, le **ralentissement de la circulation virale et ses répercussions sur l'activité hospitalière s'opèrent lentement**. À une semaine de la levée annoncée de certaines restrictions pour le 03 mai 2021, le niveau d'incidence des cas confirmés en France métropolitaine est, selon les groupes, deux à trois fois supérieur à celui observé une semaine avant le déconfinement du 15 décembre 2020. L'activité de dépistage, bien qu'en diminution, est cependant plus intense au cours des dernières semaines qu'en 2020 et peut contribuer à la différence des niveaux observés. Malgré tout, la différence entre le taux de dépistage actuel et celui observé fin novembre est moins marquée que celle du taux d'incidence, confirmant que la circulation virale actuelle est plus intense.

Concernant les indicateurs hospitaliers, la situation est également moins favorable qu'elle ne l'était en amont du précédent déconfinement. On note selon les groupes une incidence jusqu'à deux fois plus élevée pour les nouvelles hospitalisations et jusqu'à trois fois plus pour les admissions en soins critiques. Par ailleurs, la décroissance actuelle des indicateurs s'opère plus lentement que lors du deuxième confinement.

**En conclusion, la situation épidémiologique en France métropolitaine, à une semaine de la levée partielle des mesures de restrictions renforcées, est moins favorable qu'elle ne l'était une semaine avant la levée du deuxième confinement.**



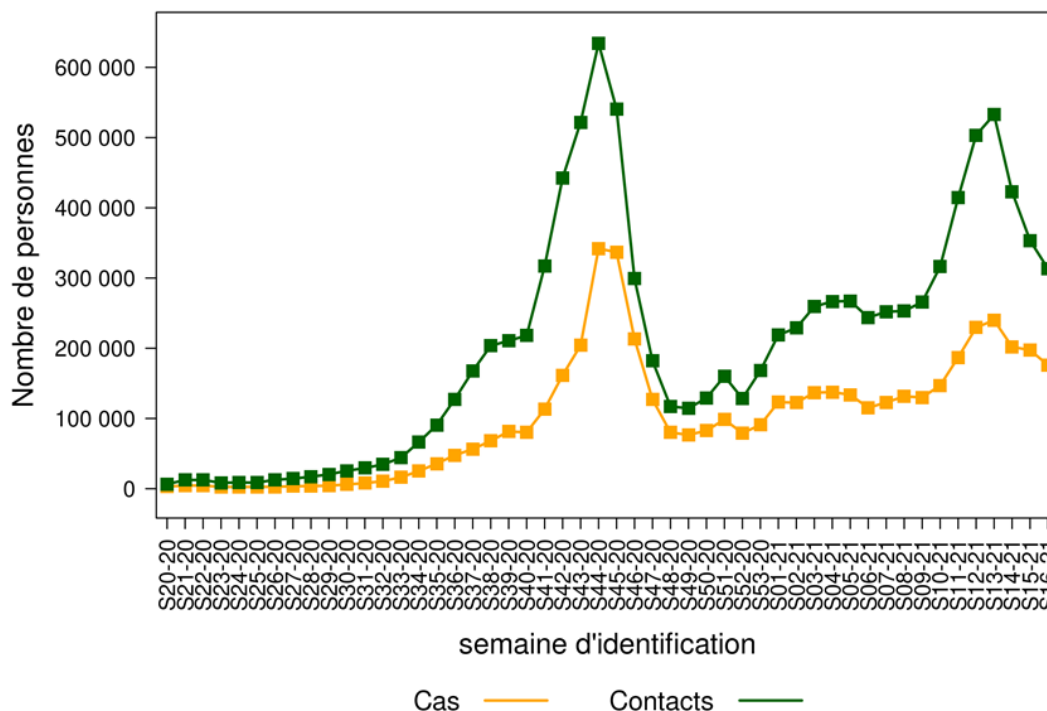
# ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

Le suivi des personnes-contacts des cas de SARS-CoV-2 vise à : 1- limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas ; 2 - détecter et briser les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes-contacts à risque et leur isolement ; 3- repérer d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle. Cette stratégie repose sur une organisation en trois niveaux mobilisant les professionnels de santé de médecine de ville et des établissements de santé, l'Assurance maladie et les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France. Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale de l'assurance maladie) dans le cadre des actions de suivi des contacts (base de données individuelles ContactCovid) complètent les données de surveillance pour évaluer la situation épidémiologique. Les personnes-contacts identifiées dans ContactCovid peuvent être appelées, ou uniquement contactées via un SMS renvoyant vers une page Internet dédiée, contenant les informations utiles sur les mesures sanitaires à respecter et sur leurs droits. La [définition des contacts à risque](#) est disponible sur le site de Santé publique France.

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

- En semaine 16, le **nombre total de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts était en baisse** par rapport à la semaine précédente : respectivement 175 794 nouveaux cas (soit -10,9%) et 313 028 personnes-contacts (soit -11,5%) (Figure 17). La baisse était cependant plus faible qu'en S15 pour les personnes-contacts (-16,5% en S15).
- L'âge moyen des cas et des personnes-contacts à risque **était inchangé en S16 par rapport à la semaine précédente** (39 ans pour les cas et 31 ans pour les personnes-contacts à risque). Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus était également inchangée (6,2% vs 6,1% en S15).

Figure 17. Nombre de cas\* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine, du 13 mai 2020 au 25 avril 2021, France

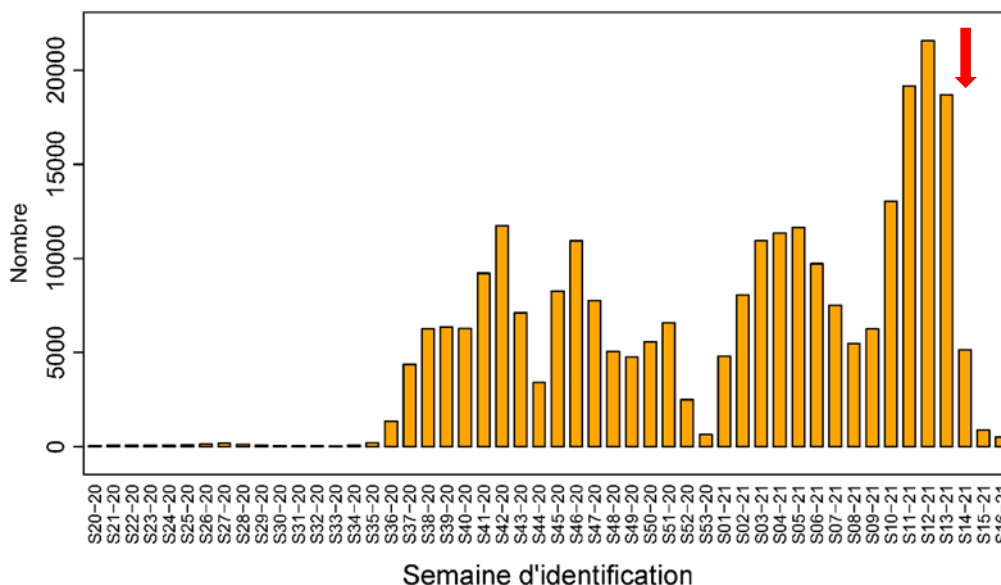


\* Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique. En raison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

Source : ContactCovid – Cnam

- Un total de 508 cas ayant eu un **lien avec le milieu scolaire** ont été rapportés en S16, **soit à nouveau une diminution importante (-39% par rapport à S15 et -97% par rapport à S13)**, en lien avec la mise en place de l'enseignement à distance le 06 avril puis les vacances scolaires (Figure 18). Parmi ces cas, 48% étaient des adolescents âgés de 10 à 18 ans et 34% étaient âgés de plus de 18 ans.

**Figure 18. Nombre de cas rapportés ayant fréquenté un milieu scolaire (avant ou après le début des signes), par semaine, du 13 mai 2020 au 25 avril 2021, France**



La flèche rouge indique la date de mise en place de l'enseignement à distance (06 avril 2021).

Source : ContactCovid - Cnam

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

- En S16, la proportion de cas (93%) et de personnes-contacts à risque (92%) ayant pu être investigués par l'Assurance maladie était stable à un niveau élevé.
- 21,5% des personnes-contacts à risque ont été investiguées *via* le site Internet dédié (vs 25,5% en S15), sans être appelées directement.

## ► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En S16, 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 58,4% des cas), **le délai moyen de diagnostic était inchangé à 2,0 jours**. Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.
- Le délai entre l'enregistrement d'une personne-contact à risque dans ContactCovid et le dernier contact de cette personne avec son cas index était inchangé à 3,1 jours.

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

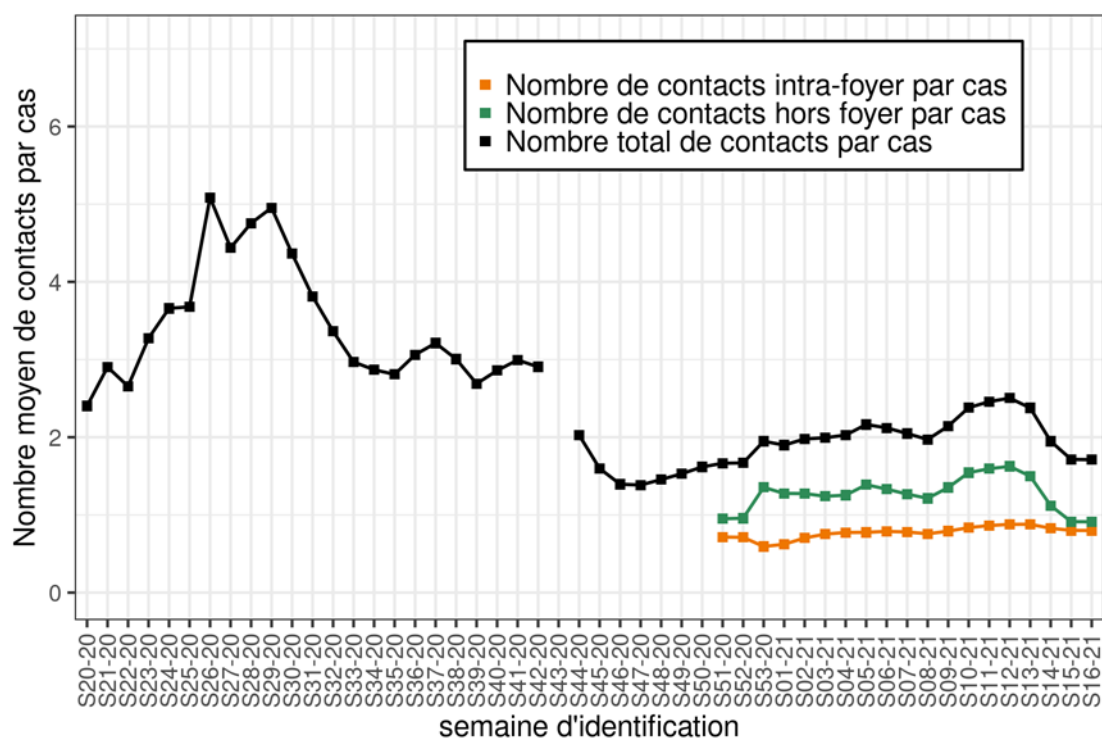
● En S16, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas se stabilisait à 1,7 après les diminutions observées en S13, S14 et S15, mais il restait toujours plus élevé que lors du deuxième confinement de novembre (1,4 en S46-2020). Le nombre moyen de personnes-contacts extra-domiciliaires par cas (0,9) devenait comparable à celui des personnes-contacts partageant le domicile du cas (0,8), après plusieurs semaines durant lesquelles les personnes-contacts extra-domiciliaires étaient plus nombreuses que celles partageant le domicile du cas (Figure 19).

● Le pourcentage de cas ne rapportant aucune personne-contacts à risque était stable à 44,7%. Cette situation représentait 66,6% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 38,7% des cas âgés de 15 à 44 ans.

● Le pourcentage de cas rapportant plus de cinq personnes-contacts à risque était stable à 6,9%. Cette situation représentait seulement 2,4% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 8,8% des cas âgés de 15 à 44 ans.

● Le nombre de personnes-contacts par cas était en moyenne plus faible parmi les cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque en comparaison de ceux qui n'étaient pas dans une chaîne de transmission connue (1,1 vs 2,0).

Figure 19. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas (intra-foyer, hors foyer et les deux confondus), par semaine, du 13 mai 2020 au 25 avril 2021, France



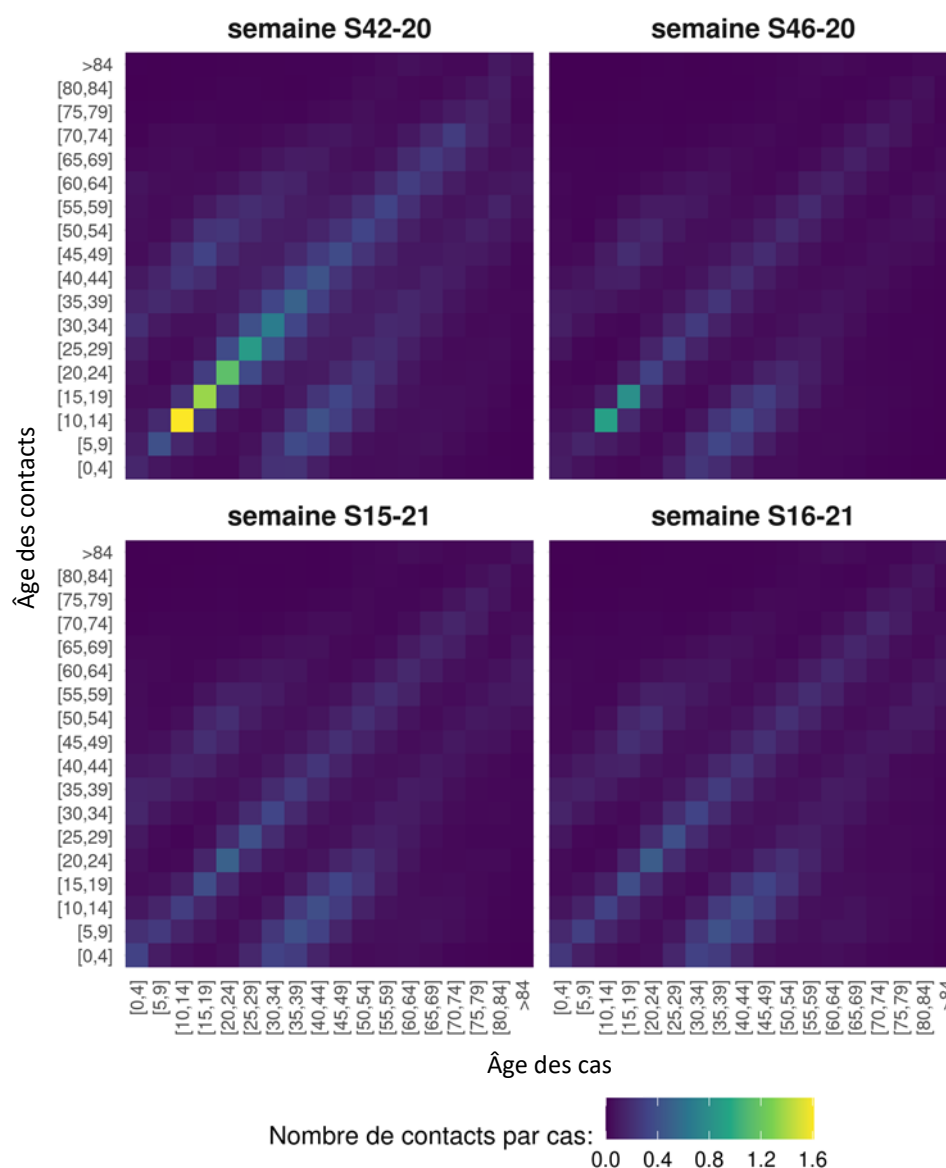
Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020. Les données sur le caractère intra-foyer des contacts à risque ne sont estimables qu'à partir de S51-2020. S16-2021 : valeur non consolidée.

Source : ContactCovid - Cnam

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

- En S16, les cas âgés de moins de 65 ans avaient peu de contacts avec des personnes âgées de 65 ans et plus (soit 8,1% de leurs personnes-contacts). Par ailleurs, 28,6% des personnes-contacts des cas de plus de 65 ans avaient elles-mêmes plus de 65 ans.
- Le nombre de personnes-contacts par cas était similaire à celui de S15, quel que soit l'âge des cas et des personnes-contacts (Figure 20).

**Figure 20. 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), 15 et 16-2021, France**



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

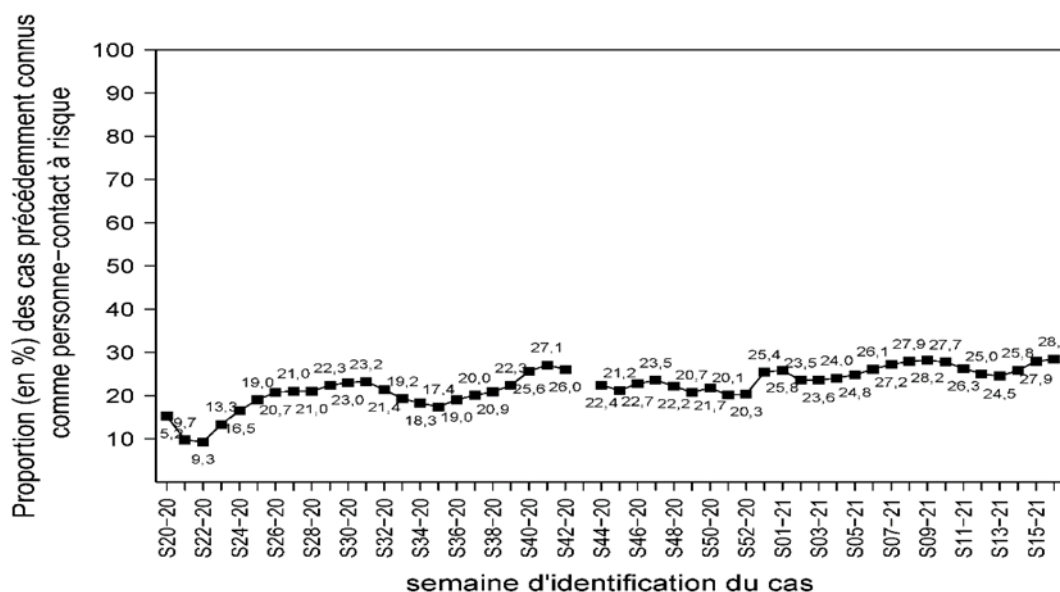
Valeurs calculées quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.

Source : ContactCovid – Cnam

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

- La proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque d'un autre cas était en hausse depuis S13 (28,4% en S16 vs 24,5% en S13 ; Figure 21).
- La proportion des personnes-contacts identifiées en S15 devenues des cas a augmenté (12,9%, valeur non consolidée), contre 11,9% en S14 (valeur consolidée). Ce nombre était **plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques** (14,9%) que de cas asymptomatiques (8,8%), et **lorsque leur cas index appartenait au même foyer qu'elles** (19,3%) que lorsque cela n'était pas le cas (8,1%).

Figure 21. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 25 avril 2021, France



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

Source : ContactCovid - Cnam

## ► Mobilité des cas et des personnes-contacts

- En S16, le pourcentage de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence habituelle était inchangé à 2,0%.
- Le pourcentage de cas ayant voyagé hors de France était inchangé à 0,8%.



# SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

- Du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 25 avril 2021, **30 892 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 7).

- Il s'agissait de **18 784 (61%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (Ehpad et autres EHPA) et **12 108 (39%) dans les autres ESMS** (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 7).

- Parmi les 30 892 signalements en ESMS, **207 490 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents (Tableau 7). Parmi les **26 233 décès survenus dans les établissements**, 25 962 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

**Tableau 7. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'ESMS, chez les résidents et le personnel, rapportés entre le 1<sup>er</sup> mars 2020 et le 25 avril 2021, France**

		EHPA <sup>1</sup>	HPH <sup>2</sup>	Aide enfance <sup>3</sup>	Autres <sup>4</sup>	Total
	Signalements <sup>5</sup>	<b>18 784</b>	8 815	1 133	2 160	<b>30 892</b>
<b>Chez les résidents</b>	Cas confirmés <sup>6</sup>	175 729	25 635	1 562	4 564	<b>207 490</b>
	Décès <sup>7</sup> hôpitaux	10 406	481	0	131	11 018
	Décès <sup>7</sup> établissements	25 962	215	0	56	<b>26 233</b>
<b>Chez le personnel</b>	Cas confirmés <sup>6</sup>	87 571	19 171	1 616	2 023	<b>110 381</b>

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

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

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

<sup>4</sup> Autres établissements

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

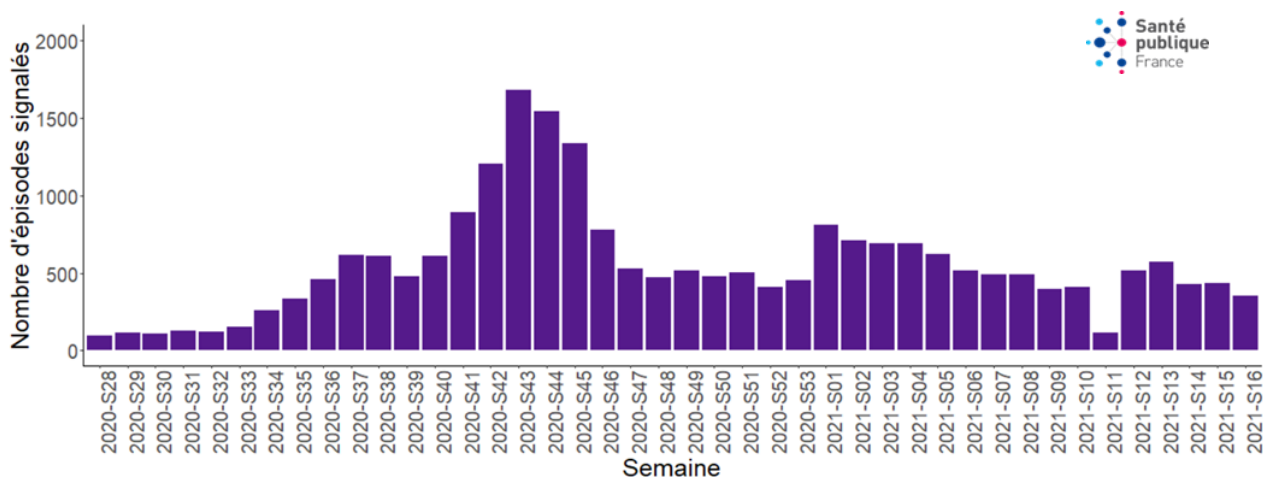
<sup>6</sup> Cas de COVID-19 biologiquement confirmés

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

- **De la semaine 05 à la semaine 09-2021, une diminution du nombre de signalements a été observée.** Depuis, une **stabilisation** est constatée.

En semaines 15 et 16-2021, **432 et 353 signalements** ont été respectivement enregistrés. À noter que les données de la semaine 16 ne sont pas consolidées (Figure 22).

**Figure 22. 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 25 avril 2021, France**



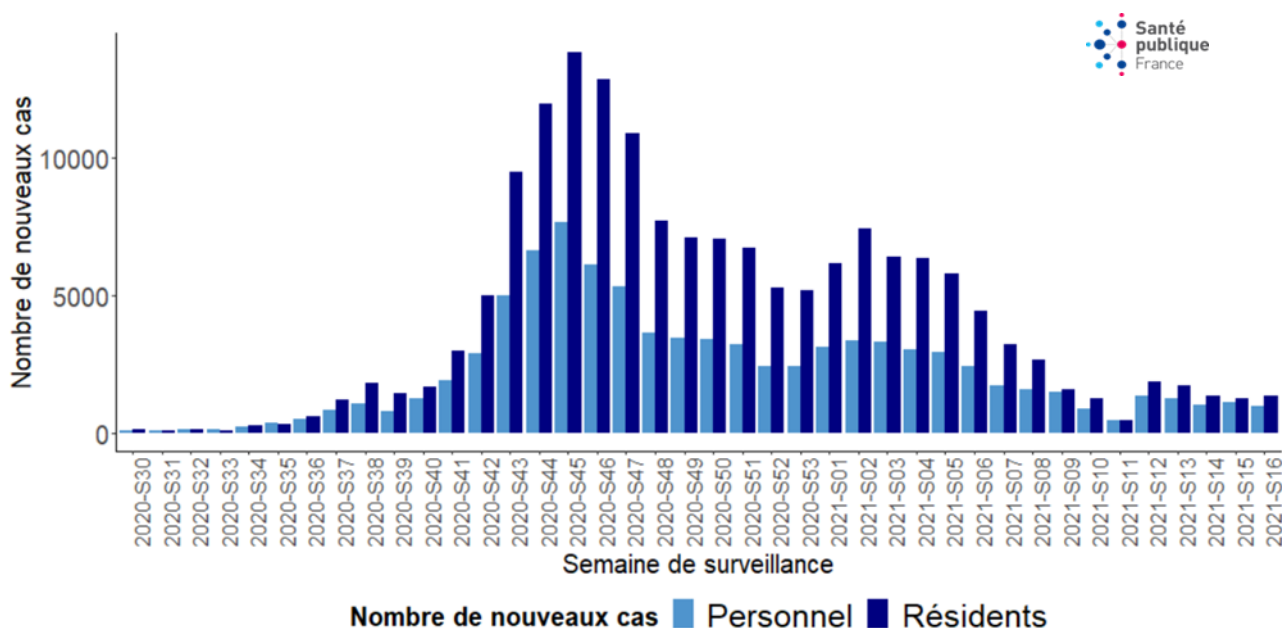
S11 : le déploiement de la nouvelle application permettant la collecte des données a entraîné une sous-déclaration cette semaine.

S12 et S13 : rattrapage de la sous-déclaration des épisodes en S11.

S16 : données non consolidées.

- Le nombre de cas confirmés a augmenté en semaines 01 et 02-2021 puis s'est stabilisé autour de 9 300 cas jusqu'à début février. **Le nombre de cas confirmés a diminué à partir de la semaine 06 et une stabilisation est constatée depuis la semaine 10.** En semaines 15 et 16, **2 377** et **2 345 cas** ont été respectivement enregistrés. À noter que les données de la semaine 16 ne sont pas consolidées (Figure 23).

Figure 23. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 25 avril 2021, France

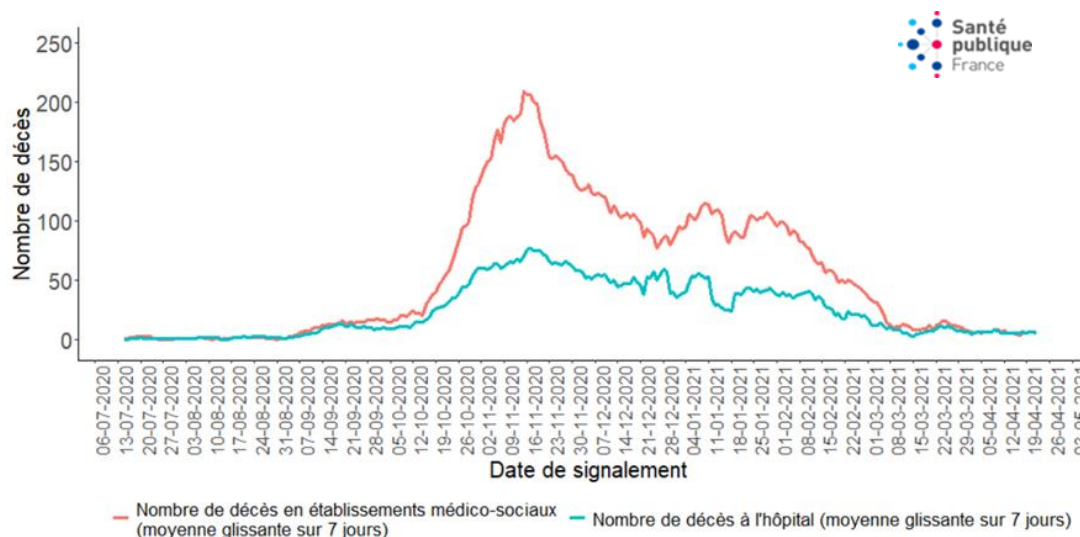


S11 : le déploiement de la nouvelle application permettant la collecte des données a entraîné une sous-déclaration cette semaine.  
 S12 et S13 : rattrapage de la sous-déclaration des cas en S11.  
 S16 : données non consolidées.

- Le nombre de décès en établissement** a diminué à partir de la semaine 05 et s'est stabilisé depuis la semaine 13 (**43 décès** ont été enregistrés en S16, données non consolidées).

- Le nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur sept jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès dans l'ensemble des ESMS **semble se stabiliser pour les décès en établissement et ceux à l'hôpital** depuis plusieurs semaines (Figure 24).

Figure 24. Nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur sept 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 25 avril 2021, France\*



\*Dernières données de décès le 22 avril 2021 pour l'estimation de la moyenne glissante sur 7 jours.

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **466 333 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 27 avril 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période) (Figure 25).

- **En semaine 16** (du 19 au 25 avril 2021), **10 659 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (vs 11 418 passages en S15, soit -7%). Il s'agit de la deuxième semaine de baisse après une étape de stabilisation en S14 (Figure 25).

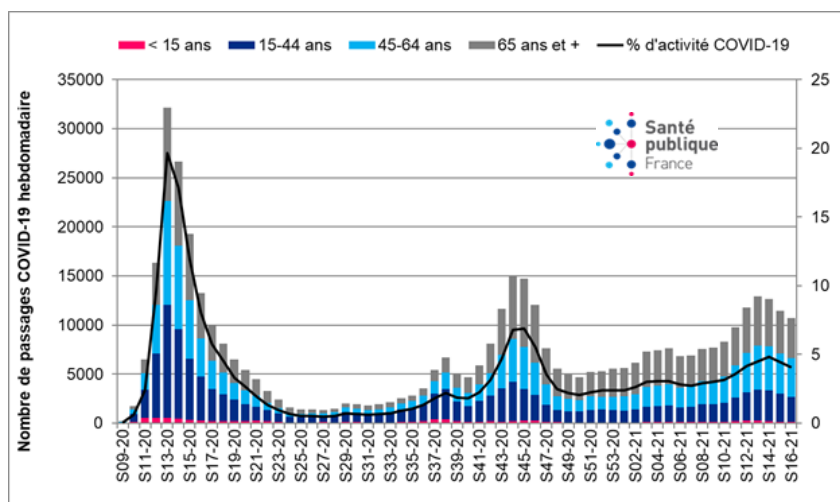
- La part d'activité (4% en S16 vs 4,5% en S15) était en baisse, tandis que le pourcentage d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était en légère hausse (58% en S16 vs 56% en S15).

- Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en baisse chez les enfants (-12%, soit -19 passages) et chez les adultes (-7%, soit -740 passages). La répartition du nombre de passages par classe d'âge restait néanmoins comparable à la semaine précédente : 0-4 ans (1%), 5-14 ans (1%), 15-44 ans (24%), 45-64 ans (37%), 65-74 ans (18%), 75 ans et plus (19%) (Figure 25).

- Au niveau régional, les passages pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en baisse dans toutes les régions, excepté en Guyane (+24%, soit +12 passages) et à La Réunion (+24%, soit +17 passages).

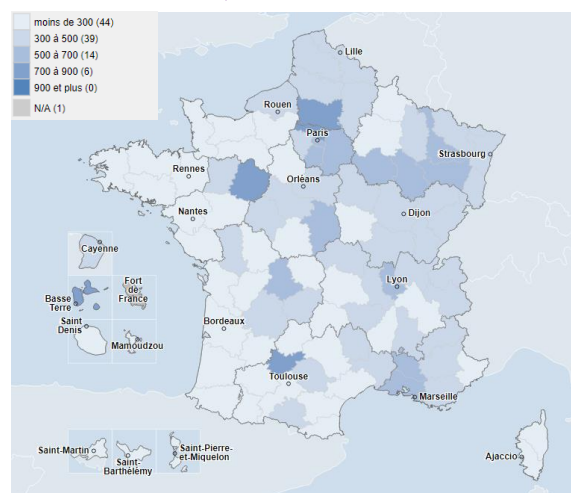
- En semaine 16, comme au cours des semaines précédentes, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité était enregistrée en Île-de-France (27%), Auvergne-Rhône-Alpes (13%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (11%).

Figure 25. 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 26. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 16-2021, France



Source : OSCOUR®

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

# NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

Le nombre de reproduction  $R$  (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori<sup>1</sup>, avec une fenêtre temporelle mobile de sept jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP, des passages aux urgences (OSCOUR<sup>®</sup>) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. Les estimations des nombres de reproduction sont obtenues à partir des données virologiques (SI-DEP) non corrigées.

Le  $R$ -effectif estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ une à deux semaines auparavant (intégrant le délai entre la contamination et le test, et le fait que le calcul est effectué sur une période de sept jours). L'indicateur SI-DEP peut être instable, notamment lorsque l'incidence est faible, car il est influencé par les actions locales de dépistage. Les indicateurs calculés à partir des données de passages aux urgences et des hospitalisations sont plus stables, mais montrent des tendances plus tardives. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas. **Les valeurs de  $R$  ne doivent donc pas être interprétées de façon isolée, mais être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.**

- **L'estimation du nombre de reproduction effectif en France métropolitaine était significativement inférieure à 1 à partir des trois sources de données pour la deuxième semaine consécutive.** Ainsi, au 24 avril, à partir des données virologiques (SI-DEP), elle était de **0,89** (IC95% [0,89-0,90]). À partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR<sup>®</sup>), l'estimation du nombre de reproduction au 24 avril était de **0,92** (IC95% [0,90-0,94]). Au 25 avril, celle obtenue à partir des données d'hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) était de **0,92** (IC95% [0,91-0,94]) (Tableau 8 et Figure 27).

## ► Régions métropolitaines

- Au 24 avril 2021, les estimations des nombres de reproduction à partir des données virologiques SI-DEP étaient significativement inférieures à 1 dans toutes les régions métropolitaines (Tableau 8).

- À partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR<sup>®</sup>), les estimations des nombres de reproduction au 24 avril étaient supérieures à 1 de façon non significative en Bourgogne-Franche-Comté et Pays de la Loire (Tableau 8).

- À partir des hospitalisations de patients COVID-19 rapportées dans SI-VIC, l'estimation du nombre de reproduction au 25 avril était supérieure à 1 mais non significativement dans quatre régions métropolitaines : Bretagne, Corse, Normandie et Nouvelle-Aquitaine (Tableau 8).

- Les estimations du nombre de reproduction étaient significativement inférieures à 1 à partir des trois sources de données dans six régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

## ► Régions d'outre-mer

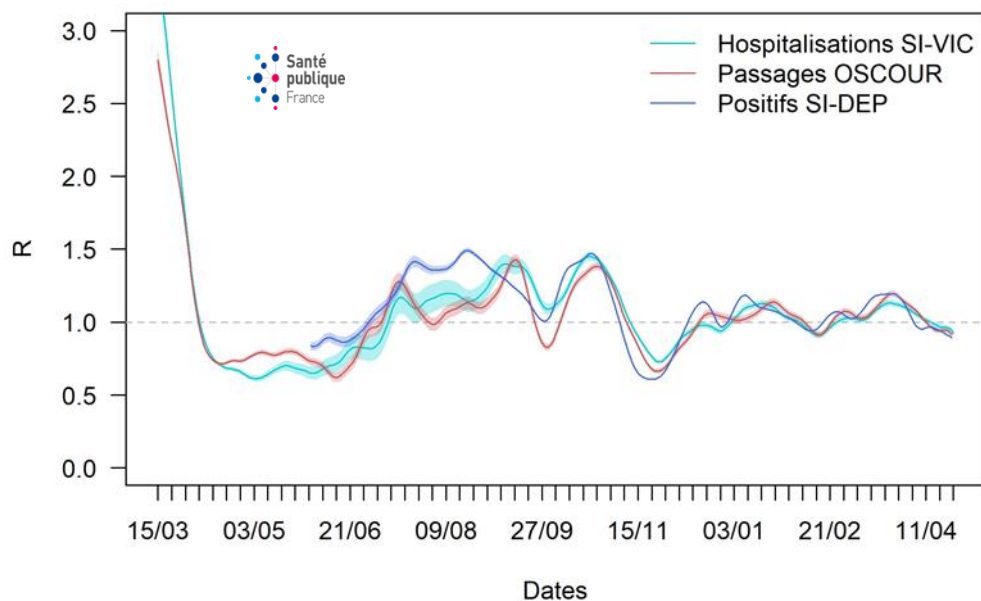
- Au 24 avril, les estimations du nombre de reproduction étaient **significativement supérieures à 1 en Guyane et à La Réunion** à partir des données virologiques SI-DEP et de façon non significative à partir des deux autres sources de données (Tableau 8).

- Le nombre de reproduction estimé excédait 1 mais non significativement en Guadeloupe à partir des données virologiques SI-DEP.

[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 27. 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 25 avril 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 8. Nombre de reproduction effectif du 24 avril 2021 à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), et nombre de reproduction effectif du 25 avril 2021 à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), par région, France

Territoire	Région	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	0,90 (0,89-0,91)	0,89 (0,84-0,93)	0,94 (0,89-0,99)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,94 (0,92-0,96)	1,00 (0,92-1,09)	0,96 (0,88-1,05)
	Bretagne	0,95 (0,93-0,97)	0,91 (0,80-1,02)	1,08 (0,97-1,20)
	Centre-Val de Loire	0,92 (0,90-0,94)	0,97 (0,88-1,07)	0,91 (0,83-1,00)
	Corse	0,89 (0,81-0,97)	0,84 (0,56-1,17)	1,06 (0,72-1,46)
	Grand Est	0,89 (0,88-0,91)	0,89 (0,83-0,96)	0,91 (0,85-0,97)
	Hauts-de-France	0,90 (0,89-0,91)	0,91 (0,85-0,97)	0,91 (0,85-0,96)
	Île-de-France	0,86 (0,85-0,87)	0,91 (0,88-0,94)	0,88 (0,85-0,92)
	Normandie	0,93 (0,91-0,95)	0,96 (0,87-1,06)	1,02 (0,94-1,11)
	Nouvelle-Aquitaine	0,91 (0,90-0,93)	0,99 (0,91-1,07)	1,06 (0,98-1,15)
	Occitanie	0,91 (0,89-0,92)	0,92 (0,85-0,99)	0,89 (0,83-0,96)
	Pays de la Loire	0,93 (0,91-0,94)	1,04 (0,95-1,13)	0,92 (0,83-1,01)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,88 (0,87-0,89)	0,87 (0,82-0,92)	0,89 (0,84-0,95)
	<b>France métropolitaine</b>	<b>0,89 (0,89-0,90)</b>	<b>0,92 (0,90-0,94)</b>	<b>0,92 (0,91-0,94)</b>
France ultramarine	Guadeloupe	1,01 (0,94-1,08)	0,92 (0,75-1,10)	0,97 (0,75-1,22)
	Guyane	<b>1,14 (1,06-1,23)</b>	1,23 (0,95-1,55)	1,13 (0,81-1,51)
	La Réunion	<b>1,06 (1,00-1,13)</b>	1,03 (0,82-1,27)	1,11 (0,89-1,36)
	Martinique	0,83 (0,77-0,90)	NA	0,83 (0,64-1,05)
	Mayotte	0,95 (0,80-1,11)	NC	NC

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

NA : données non disponibles pour cette région.

Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC



# SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

Depuis mars 2020, l'outil SI-VIC a été déployé dans les hôpitaux afin de suivre l'hospitalisation des patients infectés par le SARS-CoV-2.

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

## ► Hospitalisations, admissions en services de soins critiques, décès

### Patients actuellement hospitalisés et nombre total de décès

- Le 27 avril 2021, **30 341** patients COVID-19 étaient hospitalisés en France (vs 31 147 le 20 avril, soit **-3%**) (Figure 28), dont :
  - **5 959** en services de soins critiques (vs 6 000 le 20 avril, soit **-1%**) (Figure 29). Parmi ceux-ci, **4 529** étaient en services de réanimation et 1 430 dans d'autres services de soins critiques (soins intensifs ou soins continus) ;
  - 16 385 en hospitalisation conventionnelle (soit - 5%) ;
  - 7 447 en soins de suite et réadaptation et 550 en autres unités de soins.

Figure 28. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 27 avril 2021)

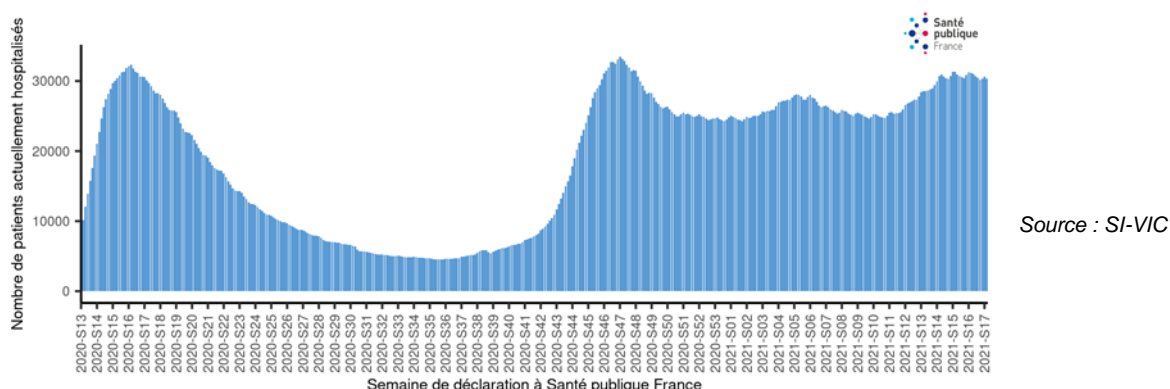
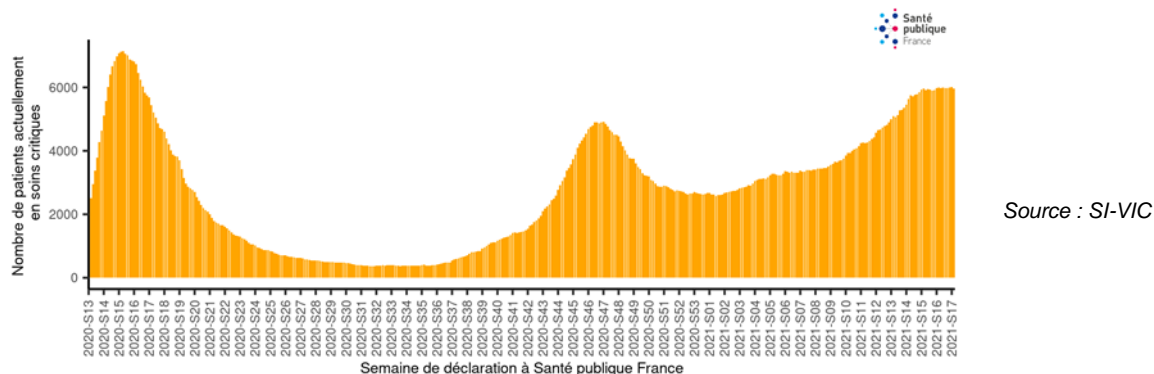


Figure 29. Nombre de patients COVID-19 en services de soins critiques, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 27 avril 2021)



- Parmi les **442 630** patients ayant été hospitalisés depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020 (Tableau 9) :
  - l'âge médian des patients était de 73 ans et 52% étaient des hommes ;
  - **77 399** patients sont décédés : 74% étaient âgés de 75 ans et plus et 58% étaient des hommes.

**Tableau 9 Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en services de soins critiques) le 27 avril 2021 et nombre de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020, par classe d'âge et par région, France**

	Le 27 avril 2021				Depuis le 1 <sup>er</sup> mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Soins Critiques		Décès	
	N	%	N	%	N	%
<b>Total</b>	<b>30 341</b>		<b>5 959</b>		<b>77 399</b>	
<b>Classes d'âge *</b>						
<b>Total</b>	<b>30 065</b>		<b>5 915</b>		<b>76 986</b>	
0-14 ans	75	<1	14	<1	6	<1
15-44 ans	1 863	6	451	8	555	<1
45-64 ans	7 316	24	2 384	40	6 173	8
65-74 ans	7 488	25	2 221	38	13 075	17
75 et +	13 323	44	845	14	57 177	74
<b>Régions *</b>						
<b>Total</b>	<b>30 281</b>		<b>5 943</b>		<b>77 370</b>	
<b>Métropole</b>						
Auvergne-Rhône-Alpes	3 622	12	662	11	10 876	14
Bourgogne-Franche-Comté	1 364	5	218	4	4 502	6
Bretagne	838	3	118	2	1 487	2
Centre-Val de Loire	1 108	4	213	4	2 470	3
Corse	87	<1	14	<1	190	<1
Grand Est	2 568	8	486	8	9 596	12
Hauts-de-France	3 472	11	689	12	8 289	11
Île-de-France	7 882	26	1 789	30	18 751	24
Normandie	1 481	5	236	4	3 011	4
Nouvelle-Aquitaine	1 396	5	287	5	3 483	5
Occitanie	1 859	6	396	7	4 118	5
Pays de la Loire	978	3	159	3	2 493	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 077	10	543	9	7 423	10
<b>Outre-mer</b>						
La Réunion	156	<1	42	<1	156	<1
Martinique	123	<1	33	<1	75	<1
Mayotte	21	<1	6	<1	125	<1
Guadeloupe	176	<1	33	<1	230	<1
Guyane	73	<1	19	<1	95	<1

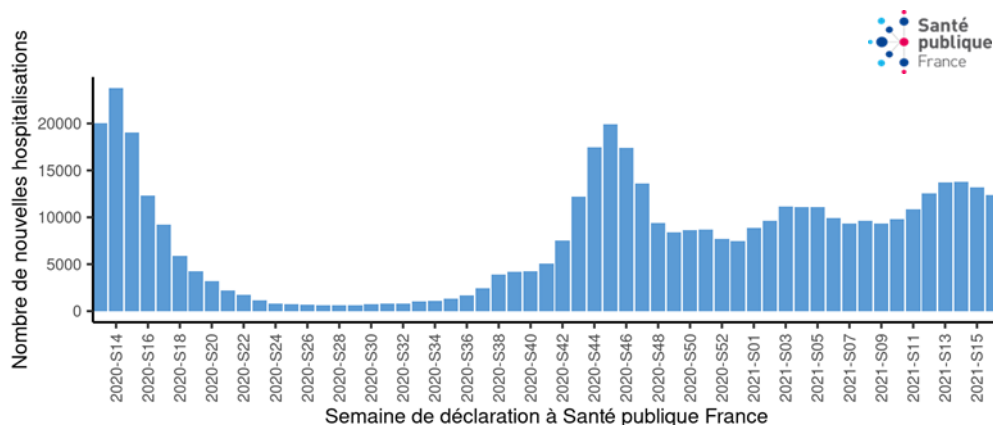
\* L'information sur l'âge ou sur la région n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Source : SI-VIC

## Nouvelles hospitalisations et nouveaux décès

- La diminution du nombre de déclarations de nouvelles hospitalisations observée en S15 se poursuit en S16 : **12 397** en S16 vs **13 194** en S15, soit **-6%** (Figure 30). En S16, 92% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

Figure 30. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 25 avril 2021)

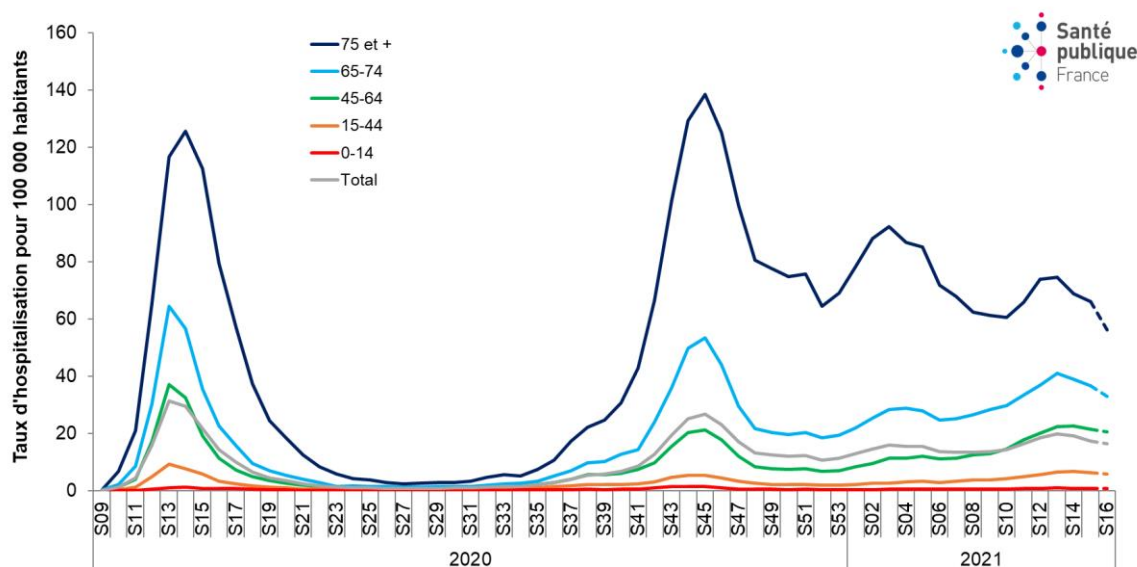


Source : SI-VIC

- Après consolidation, les **données par date d'admission à l'hôpital** montrent que le nombre de nouvelles hospitalisations a légèrement diminué en S15 (-5% par rapport à S14). Les données de S16 (-9% par rapport à S15) ne sont pas encore consolidées.

- **Le taux d'hospitalisations par date d'admission** a augmenté dans toutes les classes d'âge entre les semaines 10 et 13. Après une stabilisation chez les 15-64 ans et un début de diminution chez les 65 ans et plus en S14, le taux a diminué pour ces classes d'âge en S15. Les données de S16 ne sont pas encore consolidées (Figure 31).

Figure 31. Taux de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés par semaine et par classe d'âge selon la date d'admission, depuis le 02 mars 2020, France (données au 27 avril 2021)



S16 : données non consolidées

Source : SI-VIC

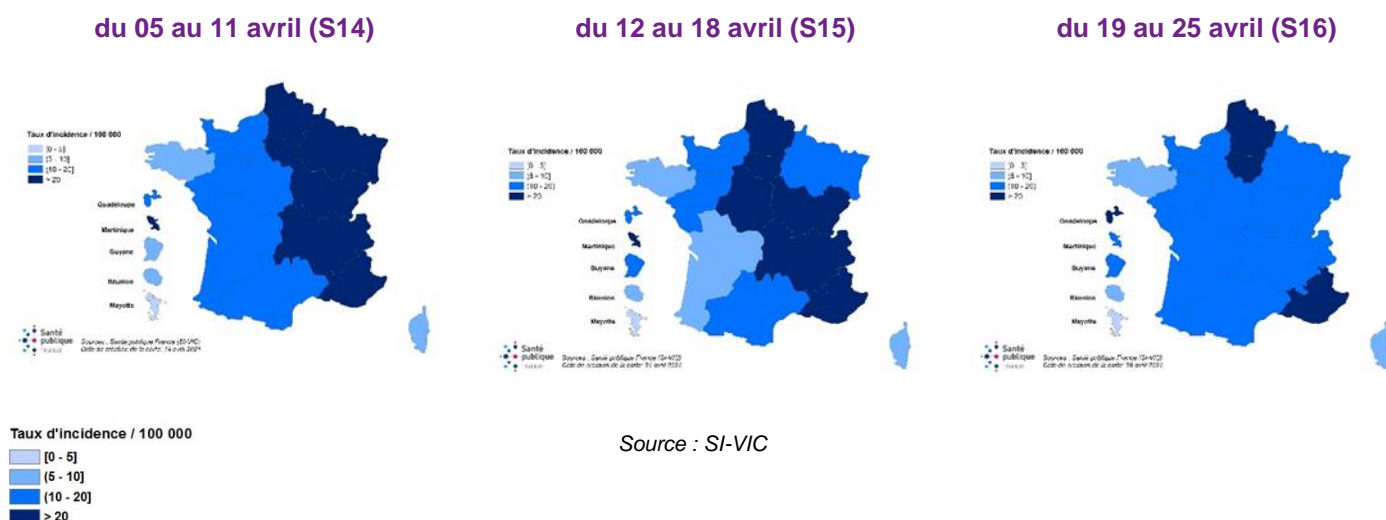
- En S16, le **taux hebdomadaire** d'hospitalisations par date de déclaration était de **18,5/100 000 habitants**, vs **19,7** en S15.

- En France métropolitaine en S16, le taux hebdomadaire d'hospitalisations était en **augmentation en Corse (+15%), Normandie (+14%) et Nouvelle-Aquitaine (+5%)**. Il était stable ou en diminution dans les autres régions métropolitaines.

- Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Île-de-France (27,5/100 000 habitants), Provence-Alpes-Côte d'Azur (23,3), Hauts-de-France (22,0)**. Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 20 pour 100 000 habitants (Figure 32).

- En **Outre-mer**, le **plus fort taux d'hospitalisations** était observé en **Guadeloupe (28,1/100 000 habitants)**, en augmentation par rapport à S15 (+93%, soit +51 hospitalisations). Le **taux hebdomadaire d'hospitalisations** poursuivait sa **diminution en Martinique (-11%, soit -8 hospitalisations)**. Il était en augmentation en Guyane (+33%, soit +11 hospitalisations) et à La Réunion (+4 hospitalisations) et en baisse à Mayotte (-3 hospitalisations).

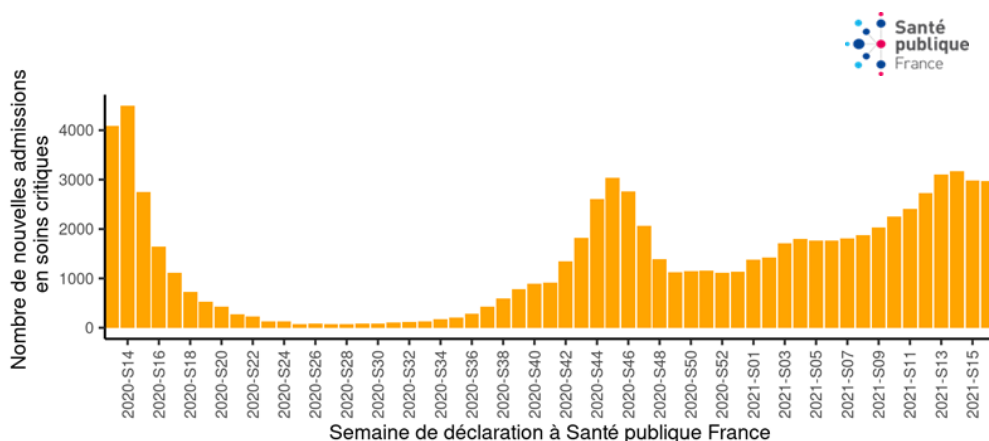
**Figure 32. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 05 au 25 avril 2021 (S14 à S16, date de déclaration), France**



- Après avoir diminué en S15, le nombre de déclarations de **nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19** s'est stabilisé en S16 : **2 971** vs **2 980** en S15, soit **-0,3%** (Figure 33). Parmi ceux-ci :

- **97%** des patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19 ;
- le nombre de nouvelles déclarations d'admission en services de réanimation était de **1 996** (vs 2 006 en S15, soit -0,5%).

**Figure 33. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques, selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 25 avril 2021)**

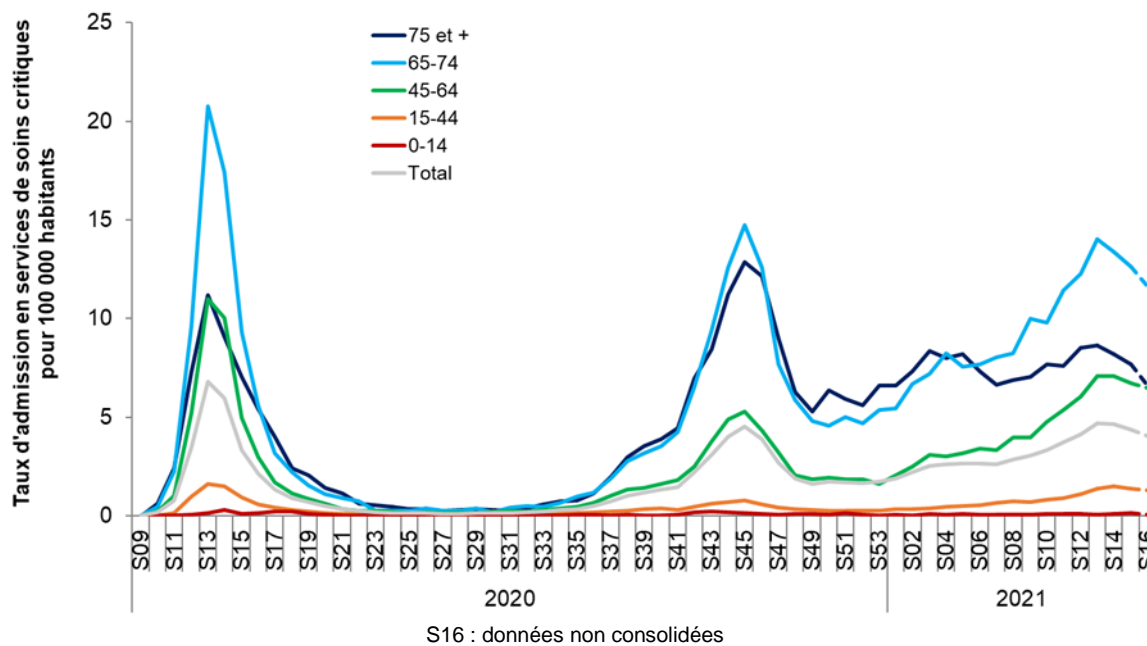


Source : SI-VIC

- Après consolidation, les **données par date d'admission en services de soins critiques** montrent que le nombre de nouvelles admissions a légèrement diminué en S15 (-6% par rapport à S14). Les données de S16 (-7% par rapport à S15) ne sont pas encore consolidées.

- Une **augmentation des taux d'admission en soins critiques** était observée pour **toutes les classes d'âge** entre S07 et S13. Ce taux a diminué en S14 et S15 **chez les plus de 65 ans**. Il a **augmenté en S14 puis diminué** à nouveau en S15 **chez les 15-64 ans**. Les données de S16 ne sont pas consolidées (Figure 34).

**Figure 34. Taux d'admission hebdomadaire de patients COVID-19 en services de soins critiques par classe d'âge selon la date d'admission, depuis le 02 mars 2020, France (données au 27 avril 2021)**



Source : SI-VIC



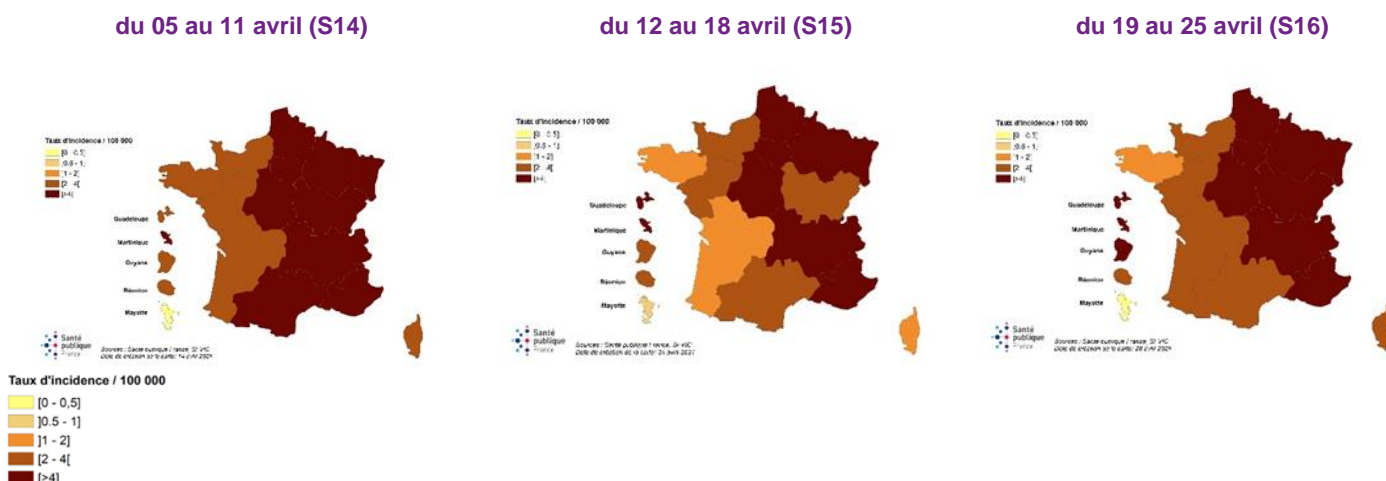
- Le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques par date de déclaration était de **4,4/100 000 habitants** en S16, inchangé par rapport à S15.

- En France métropolitaine, le **taux d'admissions en services de soins critiques** en S16 était en **augmentation** en **Bourgogne-Franche-Comté (+38%)**, **Corse (+33%)**, **Pays de la Loire (+23%)**, **Nouvelle-Aquitaine (+22%)**, **Normandie (+14%)**, **Bretagne (+12%)** et **Hauts-de-France (+6%)**. Il était stable ou en diminution dans les autres régions de France métropolitaine. Dans les régions **Nouvelle Aquitaine** et **Bretagne**, une part des admissions en services de soins critiques provenait d'**évacuations sanitaires** en provenance de **Île-de-France**, de **Bourgogne-Franche-Comté** et **Hauts-de-France**.

- En S16, les **plus forts taux hebdomadaires d'admission en services de soins critiques** en métropole étaient rapportés en **Île-de-France (7,0/100 000 habitants)**, **Hauts-de-France (5,7)**, **Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,0)**, **Centre-Val de Loire (4,7)**, **Auvergne-Rhône-Alpes (4,4)**, **Bourgogne-Franche-Comté (4,2)** et **Grand Est (4,1)**. Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 3,7 pour 100 000 habitants (Figure 35).

- En **Outre-mer**, le **plus fort taux hebdomadaire d'admission en services de soins critiques** en S16 était encore observé en **Martinique (5,0/100 000 habitants, +1 hospitalisation par rapport à S15)**. Il était de 4,8/100 000 en **Guadeloupe (+2 hospitalisations)**, 4,5/100 000 en **Guyane (+6 hospitalisations)**, 3,1/100 000 à **La Réunion (+3 hospitalisations)**, et 0,4/100 000 à **Mayotte (-1 hospitalisation)**.

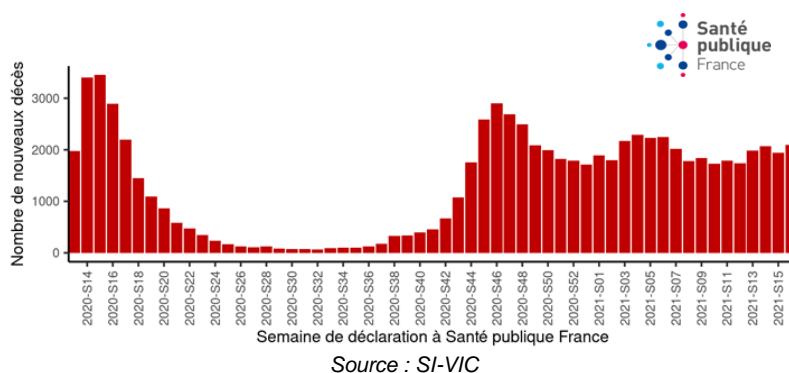
Figure 35. Évolution du taux hebdomadaire d'admission en services de soins critiques de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 05 au 25 avril 2021 (S14 à S16, par date de déclaration), France



- Après une diminution en S15, le nombre de déclarations de décès de patients COVID-19 survenus au cours d'une hospitalisation était en **augmentation** en S16 : **2 094** décès contre **1 944** en S15 (soit **+8%**) (Figure 36). En S16, 89% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

- Après consolidation, les **données par date de survenue du décès à l'hôpital** montrent une légère diminution du nombre de décès **en S15 (-5% par rapport à S14)**. Les données de S16 (-3% par rapport à S15) ne sont pas encore consolidées.

Figure 36. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 25 avril 2021)



- Le **taux hebdomadaire** de décès de patients COVID-19 était de **3,1/100 000 habitants** en S16, contre 2,9 en S15.

## ► 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 27 avril 2021, parmi les **11 708 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19, 69% étaient des hommes**. Cette proportion a diminué entre les périodes septembre-décembre 2020 et janvier-avril 2021 (72% vs 68%,  $p < 0,001$ ). **L'âge médian des patients continue de diminuer, passant de 68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]) **à 65 ans** (IIQ : [56-73]) ( $p < 0,001$ ) entre les deux périodes. **La proportion de patients âgés de 65 ans et plus a diminué de façon significative** (63% vs 53%,  $p < 0,001$ ). **À l'inverse, la part des cas de 45-64 ans a augmenté sur la période de janvier à avril par rapport à la période précédente** (39% vs 31%,  $p < 0,001$ ). **La proportion de cas pédiatriques (0-14 ans) reste comparable entre les deux périodes**. Au total, 145 patients étaient des professionnels de santé.

- **89% des patients admis en réanimation en septembre-décembre 2020 présentaient au moins une comorbidité, contre 87% en janvier-avril 2021** ( $p < 0,003$ ). Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient, **pour les deux périodes, l'obésité** ( $IMC \geq 30 \text{ kg.m}^{-2}$ ), **l'hypertension artérielle**, et **le diabète** (Tableau 10).

- Parmi les 9 079 patients pour lesquels l'information était renseignée, **48% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour**. Cette proportion reste comparable entre les deux périodes. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 9 268 patients : **46% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 42% d'une ventilation invasive et 3% d'une assistance extracorporelle** (ECMO/ECCO<sub>2</sub>R) au cours de leur séjour en réanimation. La proportion de patients ayant bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit au cours du séjour en réanimation continue d'augmenter en janvier-avril 2021 par rapport à septembre-décembre 2020 (49% vs 43%). Inversement, la proportion de patients ayant nécessité une ventilation invasive était en baisse (45% vs 39%). Il est à noter toutefois que les données ne sont pas encore consolidées, notamment pour les signalements les plus récents. Par conséquent, ces indicateurs sont susceptibles d'être modifiés pour la période la plus récente.

- **2 188 décès** ont été rapportés à ce jour (dont 10 professionnels de santé) : 1 195 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 (soit 23%) et 1 036 parmi les patients admis en janvier-avril 2021 (soit 15% à ce jour, donnée non consolidée par manque de recul). **L'âge médian des personnes décédées était de 73 ans** (IIQ : [67-78]) ; **80% étaient âgées de 65 ans et plus et 93% présentaient au moins une comorbidité**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient **l'hypertension artérielle** (55%), **l'obésité** (42% des cas décédés dont l'IMC était renseigné), les **pathologies cardiaques** (37%) et **le diabète** (35%). Le recul insuffisant ne permet pas de comparer les caractéristiques des patients décédés entre les deux périodes d'étude.

- Entre le 05 octobre 2020 et le 27 avril 2021, **7 049 sorties de réanimation** ont été rapportées, 3 394 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 et 3 655 parmi ceux admis en janvier-avril 2021.

**Tableau 10. Âge et comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 27 avril 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France**

Classe d'âge	Septembre-décembre 2020 (n=5 158)		Janvier-avril 2021 (n=6 550)	
	n	%	n	%
0-14 ans	11	<1	22	<1
15-44 ans	289	6	542	8
45-64 ans	1 606	31	2 510	39
65-74 ans	1 933	38	2 293	35
75 ans et +	1 298	25	1 149	18
Non renseigné	21		34	
Comorbidités <sup>1</sup>	n	% <sup>2</sup>	n	% <sup>2</sup>
<b>Aucune</b>	556	11	817	13
<b>Au moins une comorbidité</b>	4 470	89	5 520	87
Hypertension artérielle	2 300	46	2 909	46
Obésité (IMC>=30) <sup>3</sup>	2 487	55	2 851	49
Diabète	1 589	32	1 706	27
Pathologie cardiaque	1 262	25	1 307	21
Pathologie pulmonaire	1 070	21	1 262	20
Pathologie rénale	448	9	480	8
Immunodépression	381	8	335	5
Cancer	364	7	389	6
Pathologie neuromusculaire	163	3	194	3
Pathologie hépatique	120	2	124	2
Autre	793	16	805	13
<b>Non renseigné</b>	132		213	

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

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

<sup>3</sup> La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients dont l'IMC est renseigné (n=4 513 sur la période septembre-décembre 2020 et n=5 861 sur la période janvier-avril 2021).

# SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES

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

- **Entre le 1<sup>er</sup> mars 2020 et le 25 avril 2021, 501 cas** de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (ou PIMS) ont été signalés.

- 220 cas (44%) ont concerné des filles. L'âge médian des cas était de 7 ans (25% des cas avaient  $\leq 3$  ans et 75%  $\leq 11$  ans).

- **Plus de trois quarts des cas étaient confirmés par une RT-PCR et/ou une sérologie pour SARS-CoV-2 positives** (n=387, 77%). Le lien avec le virus était probable chez 19 patients, soit 4% des cas (contage avec un sujet positif ou scanner évocateur) et considéré comme possible chez 28 patients (6%). Pour les 67 patients restants (13%), ce lien n'a pas pu être établi.

- Parmi les 434 patients pour lesquels le lien avec la COVID-19 était possible, probable ou confirmé, les PIMS étaient associés à une myocardite pour 313 cas (72%). Parmi les 67 patients sans lien établi avec la COVID-19, une myocardite n'a été retrouvée que chez cinq d'entre eux.

- Un séjour en réanimation a été nécessaire pour 215 enfants (43%) et en unité de soins critiques pour 122 (24%). Les autres enfants ont été hospitalisés en service de pédiatrie. Un enfant âgé de 9 ans est décédé dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite.

- **Les régions ayant signalé le plus grand nombre de cas** sont l'Île-de-France (204 cas, 41%), l'Auvergne-Rhône-Alpes (69 cas, 14%), la Provence-Alpes-Côte d'Azur (64 cas, 13%) et le Grand Est (39 cas, 8%). Les autres régions ont rapporté moins de 30 cas (Tableau 11).

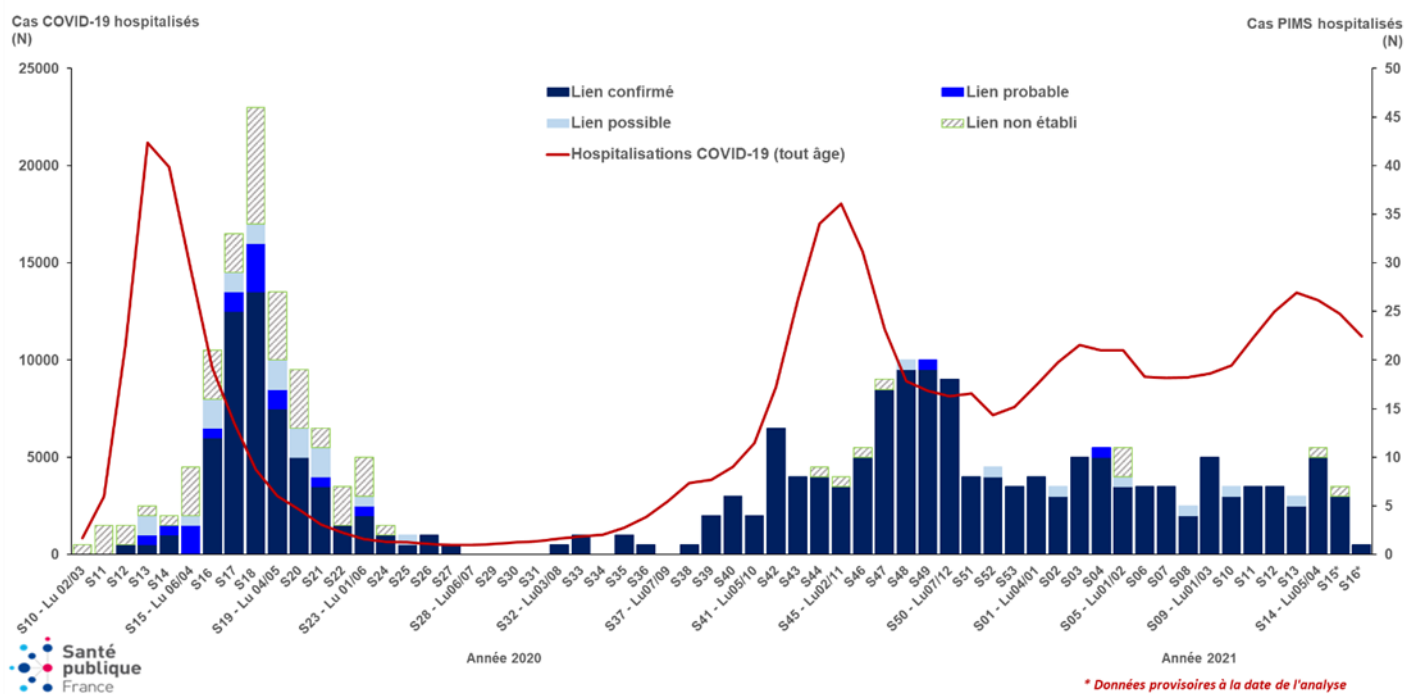
- Un **délai moyen de survenue des PIMS de quatre à cinq semaines après l'infection par le SARS-CoV-2** avait été observé lors de la première vague de l'épidémie. Après un pic observé en semaine 18-2020 (semaine d'hospitalisation), le nombre de cas signalés a diminué de manière importante au cours de l'été, avant une nouvelle augmentation depuis la semaine 39 (fin septembre) : 285 cas ont été rapportés entre le 21 septembre 2020 et le 25 avril 2021, majoritairement en lien avec le SARS-CoV-2 (276 cas, 97%) (Figure 37).

- Au total, les données recueillies confirment l'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique rare chez l'enfant avec fréquente atteinte cardiaque, lié à l'épidémie de COVID-19, également observé dans d'autres pays. En France, l'incidence cumulée des PIMS en lien avec la COVID-19 (434 cas) a été estimée à **29,9 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans** (soit 14 511 544 habitants, données Insee 2019).

Tableau 11. Nombre de cas de PIMS par région en fonction de leur lien avec le SARS-CoV-2, du 02 mars 2020 au 25 avril 2021, France (données au 27 avril 2021)

Nombre de cas de PIMS selon le lien avec le SARS-CoV-2					
Régions métropolitaines	Lien confirmé	Lien probable	Lien possible	Lien non établi	Total
Île-de-France	160	8	10	26	204
Auvergne-Rhône-Alpes	53	3	2	11	69
Provence-Alpes-Côte d'Azur	53	1	4	6	64
Grand Est	32	2	2	3	39
Nouvelle-Aquitaine	20	1	1	4	26
Pays de la Loire	11	1	1	6	19
Normandie	8	1	2	5	16
Occitanie	12	0	0	1	13
Bourgogne-Franche-Comté	7	1	0	2	10
Hauts-de-France	6	0	2	0	8
Centre-Val de Loire	3	0	2	0	5
Bretagne	2	0	1	1	4
Corse	0	0	0	0	0
<b>Régions ultramarines</b>					
Mayotte	12	0	0	0	12
Guadeloupe	6	1	1	2	10
Guyane	1	0	0	0	1
La Réunion	1	0	0	0	1
Martinique	0	0	0	0	0
<b>France entière</b>	<b>387</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>67</b>	<b>501</b>

Figure 37. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations pour PIMS, en fonction du lien avec la COVID-19, et d'hospitalisations COVID-19 tous âges, du 02 mars 2020 au 25 avril 2021, France (données au 27 avril 2021)





# SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

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

● Entre le 1<sup>er</sup> mars 2020 et le 27 avril 2021, **103 632 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **77 399** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **26 233** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 25 avril 2021).

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

● Au niveau national, **le nombre hebdomadaire de décès était en diminution en semaine 15**, avec 1 981 décès contre 2 112 en S14 (-6%). En semaine 16, il était en augmentation, avec 2 137 décès signalés mais les données ne sont pas encore consolidées.

- En ESMS : le nombre hebdomadaire de décès était stable depuis S13 (46 décès signalés en S14, 37 en S15 et 43 en S16, données non consolidées en S16).

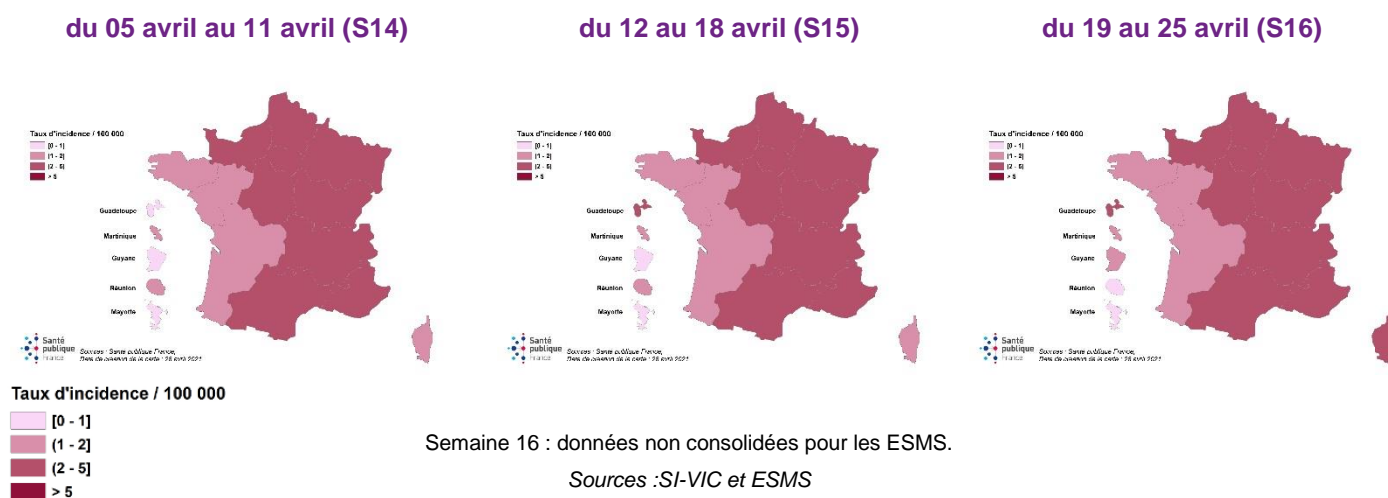
- En hospitalisation : après une légère diminution observée en S15 (-6%), le nombre de décès était à nouveau en hausse en S16 (+8%).

● À l'échelle nationale, **le taux hebdomadaire de décès était de 3,0 pour 100 000 habitants en S15**. En S16 (données non consolidées), il était de 3,2 pour 100 000 habitants.

● **En semaine 16** (données non consolidées pour les ESMS), les **plus forts taux de décès** par région rapportés à la population étaient observés en **Île-de-France (4,5/100 000)**, **Hauts-de-France (4,3)**, **Provence-Alpes-Côte d'Azur (3,8)**, **Grand Est (3,6)**, **Bourgogne-Franche-Comté (3,4)**, **Normandie (3,4)**, **Centre-Val de Loire (3,2)** et **Auvergne-Rhône-Alpes (3,2)** (Figure 38).

● Entre les semaines 15 et 16, bien que les données ne soient pas consolidées, une **augmentation** du taux de décès était observée **dans toutes les régions** à l'exception des régions **Bourgogne-Franche-Comté (+0%)** et **Provence-Alpes-Côte d'Azur (-4%)**. Les effectifs réduits des décès dans les régions d'outre-mer ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

Figure 38. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 05 au 25 avril 2021 (S14 à S16), par région, France



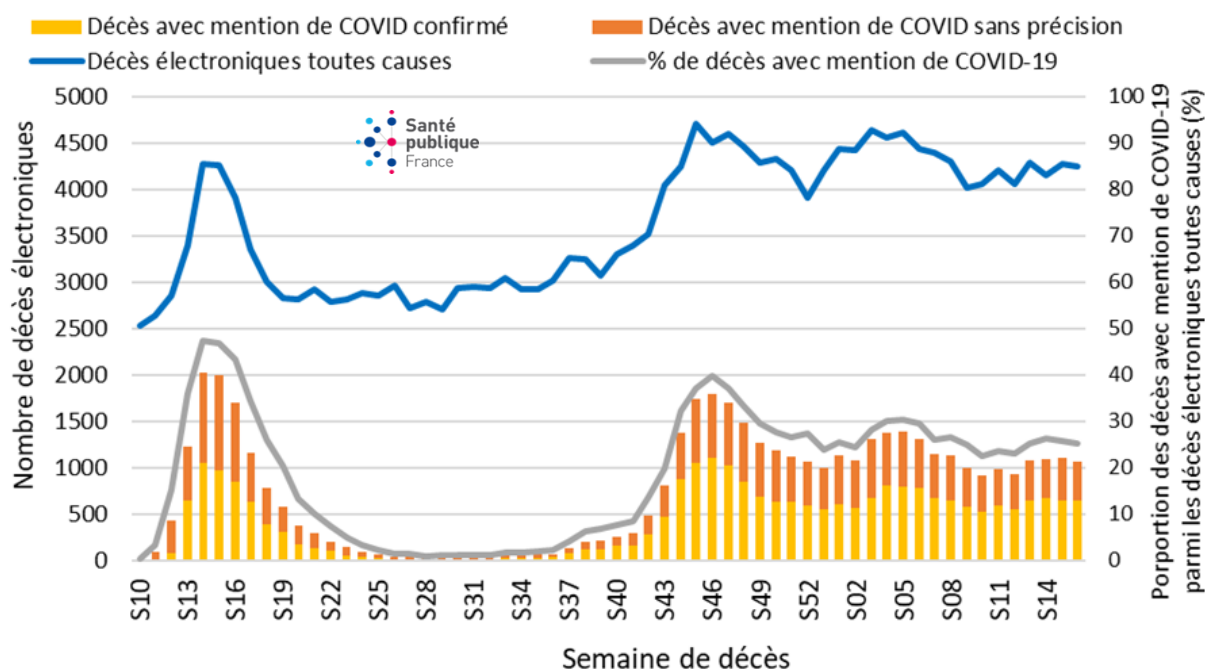
## ► Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020, 45 853 certificats contenaient une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès renseignées (Tableau 12). Ils représentent 21% des décès toutes causes confondus certifiés par voie électronique.

- Des comorbidités étaient renseignées pour 29 766 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 36% de ces décès et d'hypertension artérielle pour 22%.

- Pour la semaine 16 (du 19 au 25 avril 2021), **1 067 décès faisaient l'objet d'une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 25,1% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 39). Ce nombre de décès était en baisse de 3,1% par rapport à la semaine précédente (soit -34 décès). **La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 61%.**

**Figure 39. Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 25 avril 2021, France (données au 27 avril 2021)**



Sources : Santé publique France, Inserm-CépiDc

**Tableau 12. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 26 avril 2021, France (données au 27 avril 2021)**

Sexe	n	%
Hommes	25 165	55
Femmes	20 687	45

Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ou non renseigné <sup>1</sup>		Avec comorbidités <sup>1</sup>		Total <sup>2</sup>	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	1	20	4	80	5	0
15-44 ans	91	32	195	68	286	1
45-64 ans	924	29	2 253	71	3 177	7
65-74 ans	2 129	31	4 805	69	6 934	15
75 ans ou plus	12 942	37	22 509	63	35 451	77
<b>Tous âges</b>	<b>16 087</b>	<b>35</b>	<b>29 766</b>	<b>65</b>	<b>45 853</b>	<b>100</b>

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	10 611	36
Hypertension artérielle	6 688	22
Diabète	4 854	16
Pathologie respiratoire	4 016	13
Pathologie rénale	3 943	13
Pathologies neurologiques *	2 562	9
Obésité	1 827	6
Immunodéficience	675	2

\* Ce groupe inclut les pathologies neurovasculaires et neuromusculaires

<sup>1</sup>. Pourcentages présentés en ligne ; <sup>2</sup>. Pourcentages présentés en colonne

## ► Mortalité toutes causes

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

● **Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis S40-2020 (du 28 septembre au 04 octobre 2020) jusqu'en S15-2021 (du 12 au 18 avril 2021).** Les effectifs avaient franchi un premier pic en semaines 45 et 46-2020 (atteignant respectivement +33% et +31% par rapport à la mortalité attendue) puis un deuxième, de moindre amplitude, en semaine 03-2021 (atteignant +22%). **Après une diminution observée entre les semaines 04 et 10, la mortalité est à nouveau repartie à la hausse jusqu'en semaine 13 et semble se stabiliser en semaines 14 et 15 (Figure 40). L'excès estimé en semaine 14 atteint +13% (Tableau 13).**

● La hausse du nombre de décès à partir de la semaine 11 était essentiellement observée chez les personnes de 65 à 84 ans. Dans cette classe d'âge, le nombre de décès restait significativement supérieur à celui attendu jusqu'en semaine 15. Le nombre de décès des personnes de 85 ans ou plus avaient à nouveau franchi la limite haute des marges de fluctuation habituelles en semaines 13 et 14. Celui des personnes de 15-64 ans était également supérieur à celui attendu entre les semaines 12 et 14, à la limite des marges de fluctuation habituelles.

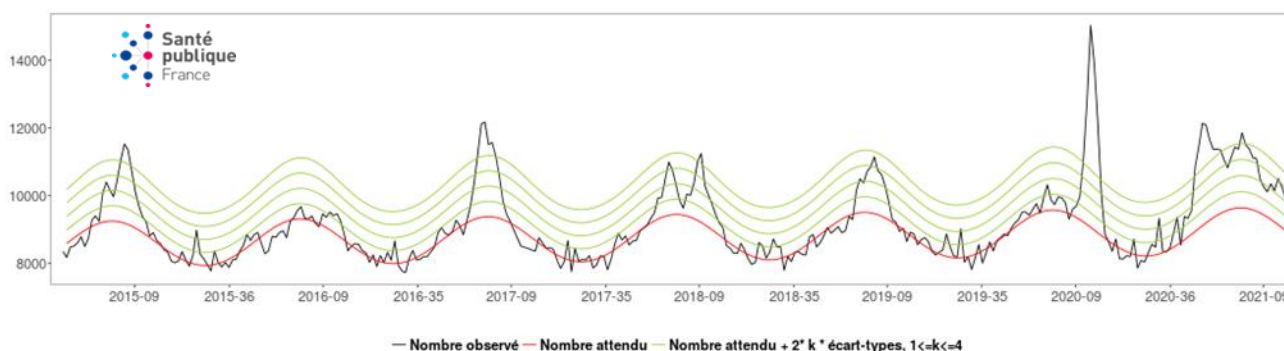
**Tableau 13. Estimation de la proportion (%) de l'excès de décès par rapport à la mortalité attendue, tous âges confondus, dans un échantillon de 3 000 communes, de la semaine 01 à la semaine 14-2021, France**

	2021													
Semaine	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07	S08	S09	S10	S11	S12	S13	S14
%	+18	+17	+22	+19	+18	+16	+16	+11	+9	+8	+11	+10	+15	+13

Estimations non consolidées pour les semaines S12 à S14

Sources : Santé publique France, Insee

**Figure 40. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 36-2014 à la semaine 15-2021, France**

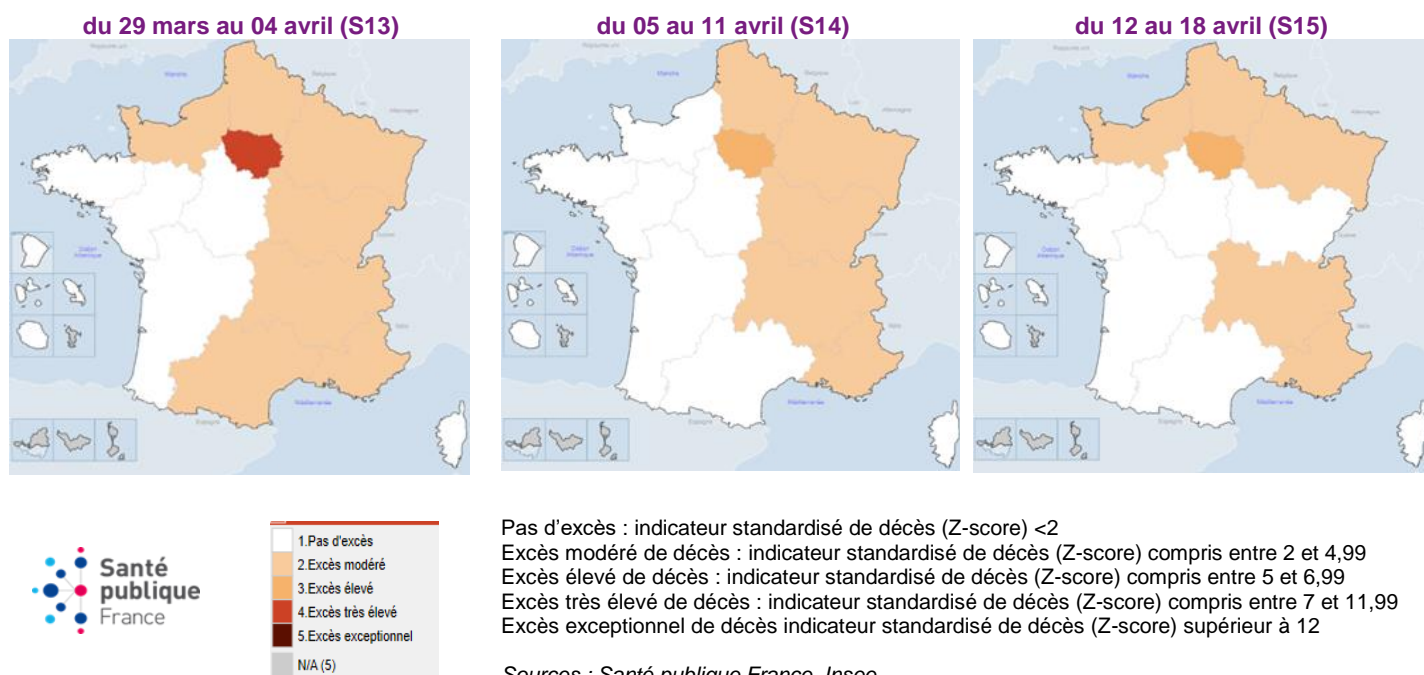


Sources : Santé publique France, Insee

● Au niveau régional, le nombre de décès restait élevé et supérieur à celui attendu en Île-de-France jusqu'en semaine 15. Dans les Hauts-de-France, le nombre de décès repartait à la hausse en semaine 15, alors qu'il avait diminué en semaine 14. En Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne-Franche-Comté, le nombre de décès semblait se stabiliser, voire diminuer en semaine 15 (Figure 41). En Provence-Alpes-Côte d'Azur, il s'était stabilisé en semaine 14 et semblait en baisse en semaine 15, mais restait toujours significativement supérieur à celui attendu. Ces dynamiques restent à confirmer avec la consolidation des données.

● Au total, six régions métropolitaines présentaient un nombre de décès significativement supérieur à celui attendu en semaine 15 : Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Grand Est, Île-de-France, Normandie et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Figure 41).

Figure 41. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues pour les semaines 13, 14 et 15, par région, France (données au 27 avril 2021)



NB. Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes, en particulier pour les semaines 10 à 14, et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer la part de la mortalité attribuable à l'épidémie de COVID-19.**

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

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



## ► Mortalité à l'échelle européenne

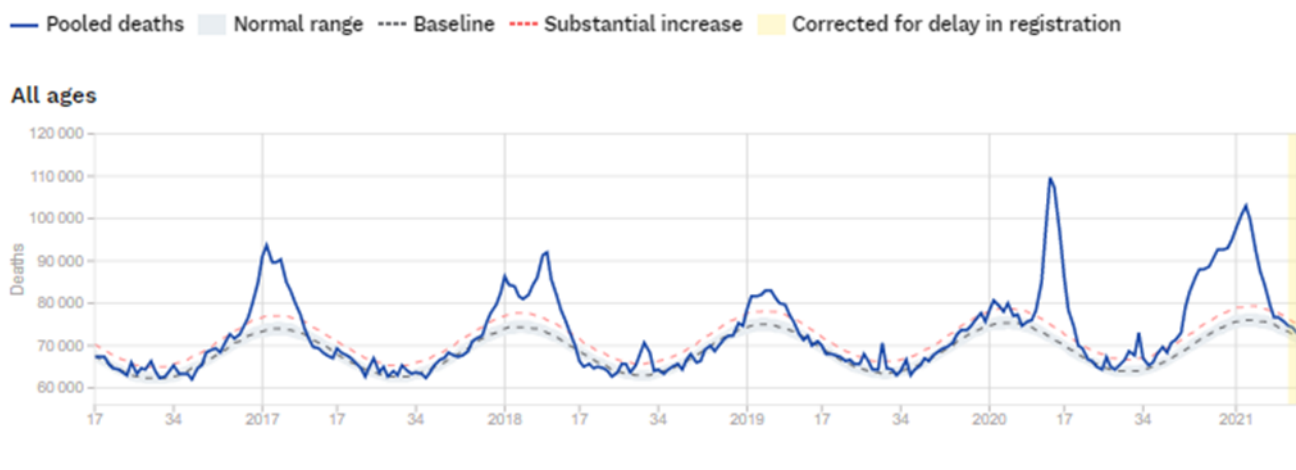
- Parmi les 28 pays ou régions du [consortium EuroMOMO](#) qui participent à l'analyse agrégée à l'échelle européenne et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité était notée depuis le début du mois d'octobre 2020, qui s'était accrue à partir de S43 jusqu'à S46 (Figure 42). Le nombre de décès était resté en plateau à un niveau élevé jusqu'en semaine 52, avant de repartir à la hausse jusqu'en semaine 03. Une diminution rapide s'observe depuis la semaine 04, jusqu'à revenir dans les marges de fluctuation habituelles entre la semaine 08 et la semaine 14, tous âges confondus. (Figure 42).

- Un excès reste observé chez les personnes de 45-64 ans et de 65-74 ans, alors que les effectifs sont revenus dans les marges de fluctuation habituelles chez les personnes de plus de 75 ans.

Ces évolutions restent à confirmer avec la consolidation des données de chaque pays/région.

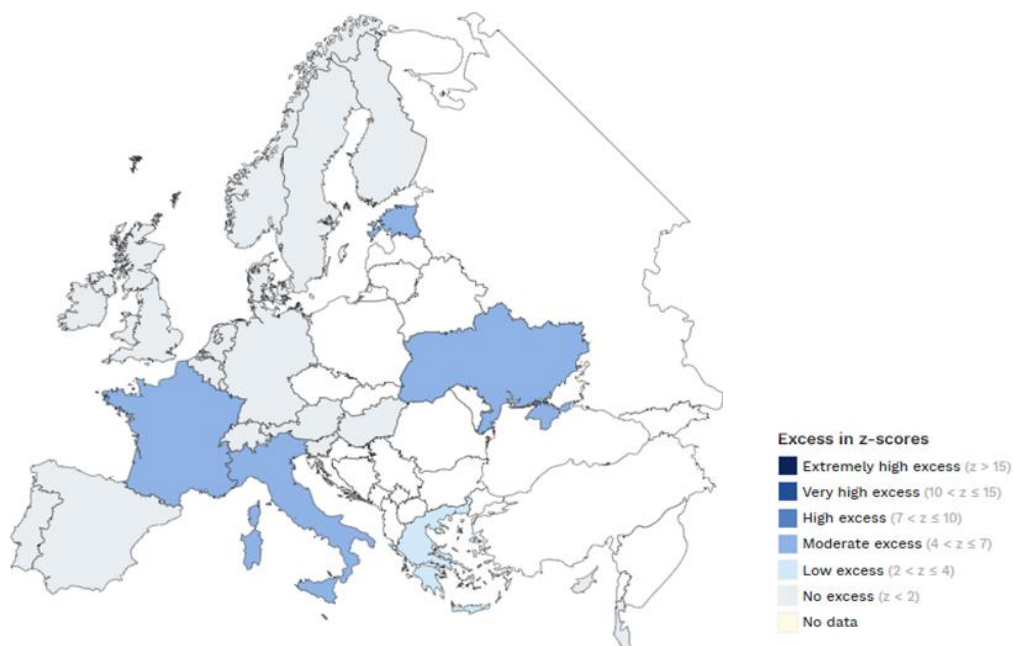
- Un excès de mortalité était observé dans huit pays/régions en semaine 11, dans six pays/régions en semaines 12 et 13 et dans cinq pays/régions en semaine 14 (Estonie, Ukraine, France, Italie et Grèce) (Figure 43).

**Figure 42. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 28 pays/régions européens, de la semaine 17-2017 à la semaine 14-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 23 avril 2021)**



Source : EuroMOMO

**Figure 43. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 14-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 23 avril 2021)**



Source : EuroMOMO

# VACCINATION CONTRE LA COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Les personnes concernées par cette vaccination sont les suivantes : l'ensemble des personnes de 55 ans et plus quels que soient leur lieu de vie et leur état de santé (avec ou sans comorbidités) ; les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre de la grossesse ; les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et unités de soins de longue durée ou hébergées en résidences autonomie et résidences services ; les personnes de plus de 18 ans souffrant d'une [pathologie à très haut risque de forme grave de Covid-19 \(liste\)](#) ; les personnes de 50 à 54 ans inclus souffrant d'une ou plusieurs [comorbidité\(s\)](#) ; les personnes en situation de handicap hébergées en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil médicalisés (FAM) ; les résidents de 60 ans et plus dans les foyers de travailleurs migrants (FTM) ; certaines catégories de professionnels, dont les professionnels de santé, d'un établissement de santé, d'un établissement ou service médico-social intervenant auprès de personnes vulnérables, les salariés de particulier employeur intervenant auprès de personnes âgées et handicapées vulnérables, les médiateurs de lutte anticovid, les sapeurs-pompiers et les vétérinaires. La liste exhaustive des professionnels concernés est disponible sur le site du [ministère des Solidarités et de la Santé](#). La campagne de vaccination s'accompagne du suivi des nombres de personnes vaccinées ainsi que des couvertures vaccinales. Le système d'information Vaccin Covid, permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19, a été mis en œuvre le 04 janvier 2021. Il est administré par la Caisse nationale 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.

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

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

## ► En population générale

- Le 27 avril 2021, **14 601 130 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** en France et **6 115 998 sont complètement vaccinées** (données par date d'injection).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, **21,8% de la population** en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 9,1% est complètement vaccinée (Tableau 14). L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la **population adulte** (âgée de 18 ans ou plus) est de 27,7% pour au moins une dose et 11,6% pour une vaccination complète.

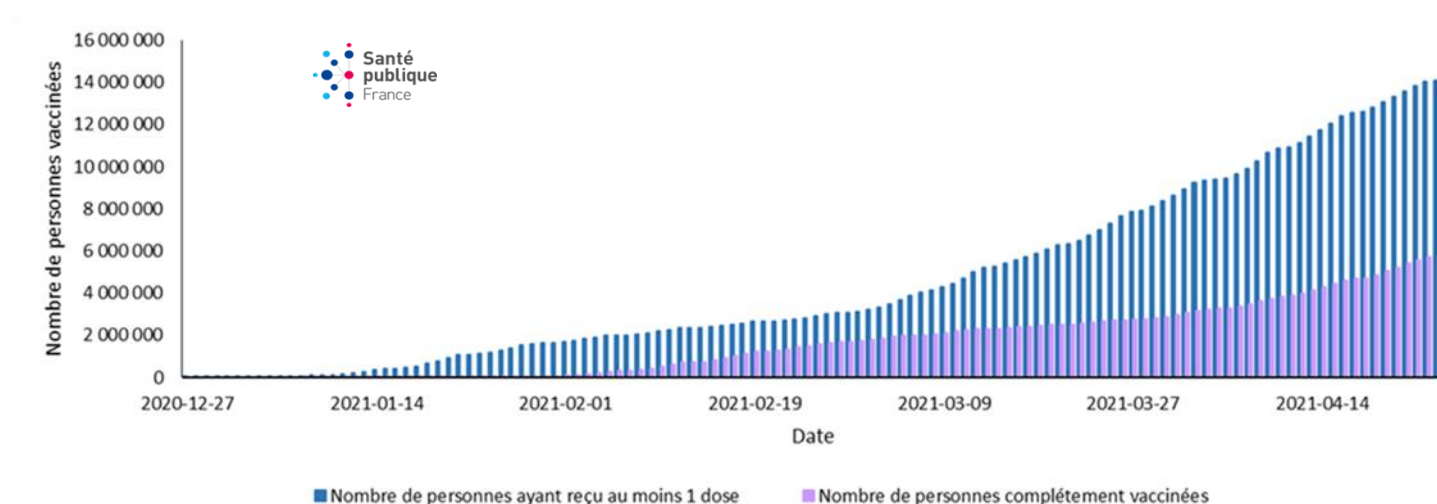
**Tableau 14. Nombres de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 27 avril 2021, par région, France**

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Vaccination complète (N)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	1 719 456	21	717 395	8,9
Bourgogne-Franche-Comté	641 101	23	304 729	10,9
Bretagne	850 899	26	314 074	9,4
Centre-Val de Loire	585 971	23	225 886	8,8
Corse	102 716	30	50 020	14,5
Grand Est	1 244 806	23	549 885	10,0
Hauts-de-France	1 288 141	22	557 491	9,3
Ile-de-France	2 171 543	18	950 475	7,7
Normandie	805 625	24	338 696	10,3
Nouvelle-Aquitaine	1 535 712	26	603 618	10,1
Occitanie	1 427 986	24	563 224	9,5
Pays de la Loire	830 468	22	311 814	8,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 232 756	24	554 219	11,0
<b>France métropolitaine</b>	<b>14 437 180</b>	<b>22,2</b>	<b>6 041 526</b>	<b>9,3</b>
Guadeloupe	17 530	4,7	8 225	2,2
Guyane	21 993	7,6	9 508	3,3
La Réunion	69 780	8,1	36 058	4,2
Martinique	34 688	9,7	11 572	3,2
Mayotte	13 436	4,8	7 035	2,5
Saint-Barthélemy	3 653	36,7	619	6,2
Saint-Martin	2 371	6,7	1 443	4,1
Non précisé	499	non applicable	12	non applicable
<b>France entière</b>	<b>14 601 130</b>	<b>21,8</b>	<b>6 115 998</b>	<b>9,1</b>

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

● **En une semaine** (depuis le 20 avril 2021), **plus de 1,5 million de personnes ont reçu leur première dose** de vaccin, soit en moyenne **226 000 personnes par jour** (Figure 44).

**Figure 44. Nombres cumulés de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19, par jour de vaccination, France (données du 27 décembre 2020 au 27 avril 2021)**



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

- Les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées chez les personnes les plus âgées (Tableau 15) du fait de leur ciblage prioritaire par la campagne de vaccination, comme recommandé par la Haute Autorité de santé (HAS) : résidents en Ehpad ou USLD, personnes de 55 ans et plus. Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 72,0% (vaccination complète : 52,7%). Pour les personnes âgées de 75 à 79 ans, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 77,7% (vaccination complète : 56,1%). Pour les 80 ans et plus, elle est de 68,9% (vaccination complète : 50,8%) et évolue peu par rapport à la semaine précédente (66,5% le 20 avril 2021). Cette faible progression chez les personnes les plus âgées invite au renforcement des actions pour aller vers ces personnes, notamment au travers de la vaccination à domicile.

**Tableau 15. Nombres de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 27 avril 2021, par classe d'âge, France**

Classes d'âge	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Vaccination complète (N)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
18-24	181 531	3,3	50 181	0,9
25-29	207 416	5,6	68 680	1,8
30-39	563 825	6,8	200 159	2,4
40-49	828 100	9,6	302 735	3,5
50-59	2 166 437	24,6	624 053	7,1
60-64	1 718 582	41,9	329 021	8,0
65-69	1 924 175	49,3	414 634	10,6
70-74	2 419 132	69,5	767 471	22,1
75-79	1 721 941	77,7	1 243 957	56,1
80 ans et +	2 866 043	68,9	2 113 886	50,8
inconnu*	3 948	non applicable	1 221	non applicable
<b>France</b>	<b>14 601 130</b>	<b>21,8</b>	<b>6 115 998</b>	<b>9,1</b>

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

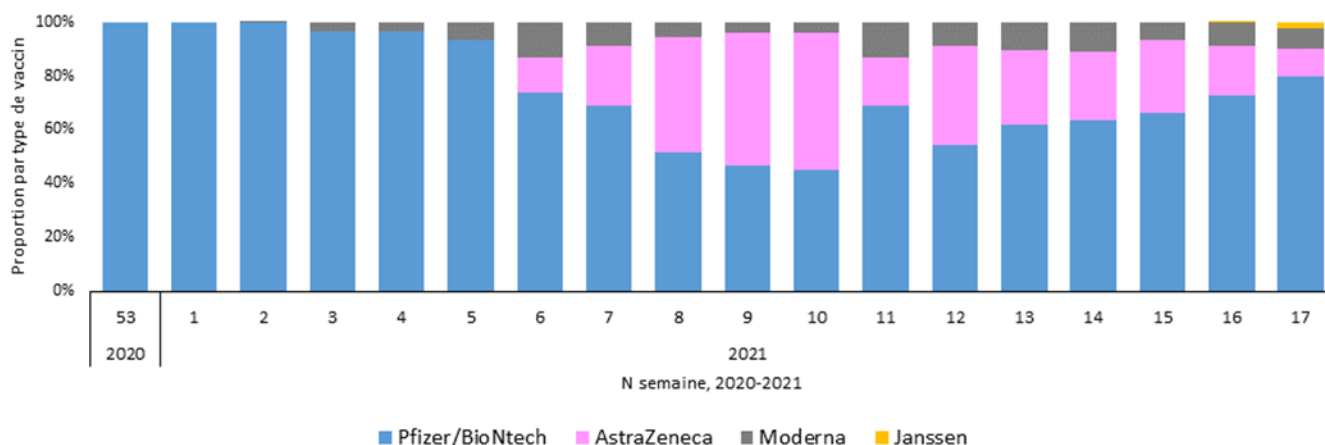
- Les couvertures vaccinales pour au moins une dose sont de 19,6% pour les hommes et de 23,7% pour les femmes.

- La majorité des personnes vaccinées l'ont été avec le vaccin Pfizer/BioNTech. Pour les premières doses, 66,4% des vaccinations ont été réalisées avec le vaccin Pfizer/BioNtech, 25,8% avec AstraZeneca et 7,8% avec Moderna. Les premières vaccinations réalisées avec le vaccin Janssen apparaissent cette semaine. (Tableau 16, Figure 45).

**Tableau 16. Nombres de personnes vaccinées par type de vaccins pour la première dose et la seconde dose en France (données du 27 décembre 2020 au 27 avril 2021)**

Vaccin	Première dose (N)	Répartition (%)	Seconde dose (N)	Répartition (%)
Pfizer/BioNTech	9 688 374	66,4	5 338 072	90,7
Moderna	1 134 109	7,8	535 908	9,1
AstraZeneca	3 764 637	25,8	11 332	0,2
Janssen	14 010	0,1	0	0,0
Non précisé	0	0,0	2	0,0
<b>Total</b>	<b>14 601 130</b>	<b>100,0</b>	<b>5 885 314</b>	<b>100,0</b>

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



## ► Résidents en Ehpad ou en USLD

Les couvertures vaccinales pour les résidents en Ehpad ou USLD sont actuellement surestimées. Ces surestimations sont très certainement liées à la vaccination en Ehpad ou USLD de personnes de plus de 65 ans ne résidant pas dans ces structures, notamment pour éviter de perdre des doses.

De ce fait, la publication de ces indicateurs est suspendue. Des analyses sont en cours afin d'étudier les alternatives permettant de produire de nouvelles estimations dans cette population.

## ► Professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD

*Sont inclus les professionnels travaillant en Ehpad ou en USLD, qu'ils soient professionnels de santé ou non. Les [définition, modalité de constitution et limites des indicateurs](#) sont disponibles sur le site de Santé publique France. Les couvertures vaccinales des professionnels en Ehpad ou en USLD peuvent être surestimées si des personnes non professionnelles de l'Ehpad ou de l'USLD ont été vaccinées dans l'Ehpad, ainsi que si des personnels intérimaires ou personnels de société de sous-traitance, stagiaires ou intervenants occasionnels âgés de moins de 65 ans ont été vaccinés en Ehpad ou en USLD, car ils ne sont pas pris en compte dans les dénominateurs utilisés pour la couverture vaccinale.*

● Au 27 avril 2021, **357 317 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 **76,4% des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu une première dose de vaccin** et **191 353 sont complètement vaccinés, soit 48,9% des professionnels.**

**Il est cependant suspecté que les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales chez les professionnels exerçant en Ehpad ou USLD soient surestimées si des personnes de moins de 65 ans ont été vaccinées dans ces structures sans y exercer, notamment afin d'éviter les pertes de doses.**



## ► Professionnels de santé

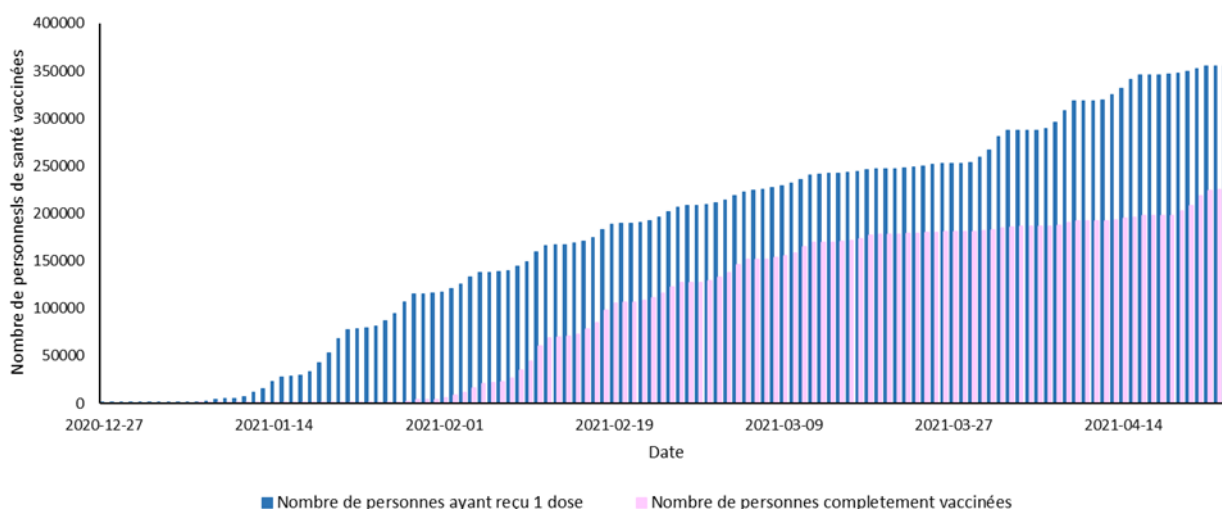
Sont inclus tous les professionnels de santé quel que soit leur lieu d'exercice (libéral, établissement de santé privé ou public, établissement médico-social, autres ...). Les [définition, modalité de constitution et limites des indicateurs](#) sont disponibles sur le site de Santé publique France. Les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

● Au 27 avril 2021 (données par date d'injection), 1 755 855 personnes déclarées comme professionnels de santé dans Vaccin Covid ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 877 832 sont entièrement vaccinées. Sur la base de ces données, les couvertures vaccinales seraient ainsi estimées à 79,0% (au moins une dose) et 39,5% (complètement vaccinées). La courbe par date d'injection montre une nette augmentation des vaccinations depuis début avril 2021 (Figure 46).

● Les couvertures vaccinales sont surestimées, avec dans plusieurs régions des couvertures vaccinales pour au moins une dose supérieures à 99%.

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

**Figure 46. Nombres cumulés de professionnels de santé ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19, par jour de vaccination, France (données du 27 décembre 2020 au 27 avril 2021)**



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

Sources : données Vaccin Covid Cnam, exploitation Santé publique France

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

# 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 avril 2021.

Les résultats de la vague 22 de l'enquête CoviPrev, qui s'est déroulée du 15 au 17 mars 2021, ont été publiés dans le [Point épidémiologique du 25 mars 2021](#).

Une nouvelle enquête s'est tenue **fin avril 2021**. Les résultats seront présentés dans le Point épidémiologique du 06 mai.

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



# SITUATION INTERNATIONALE

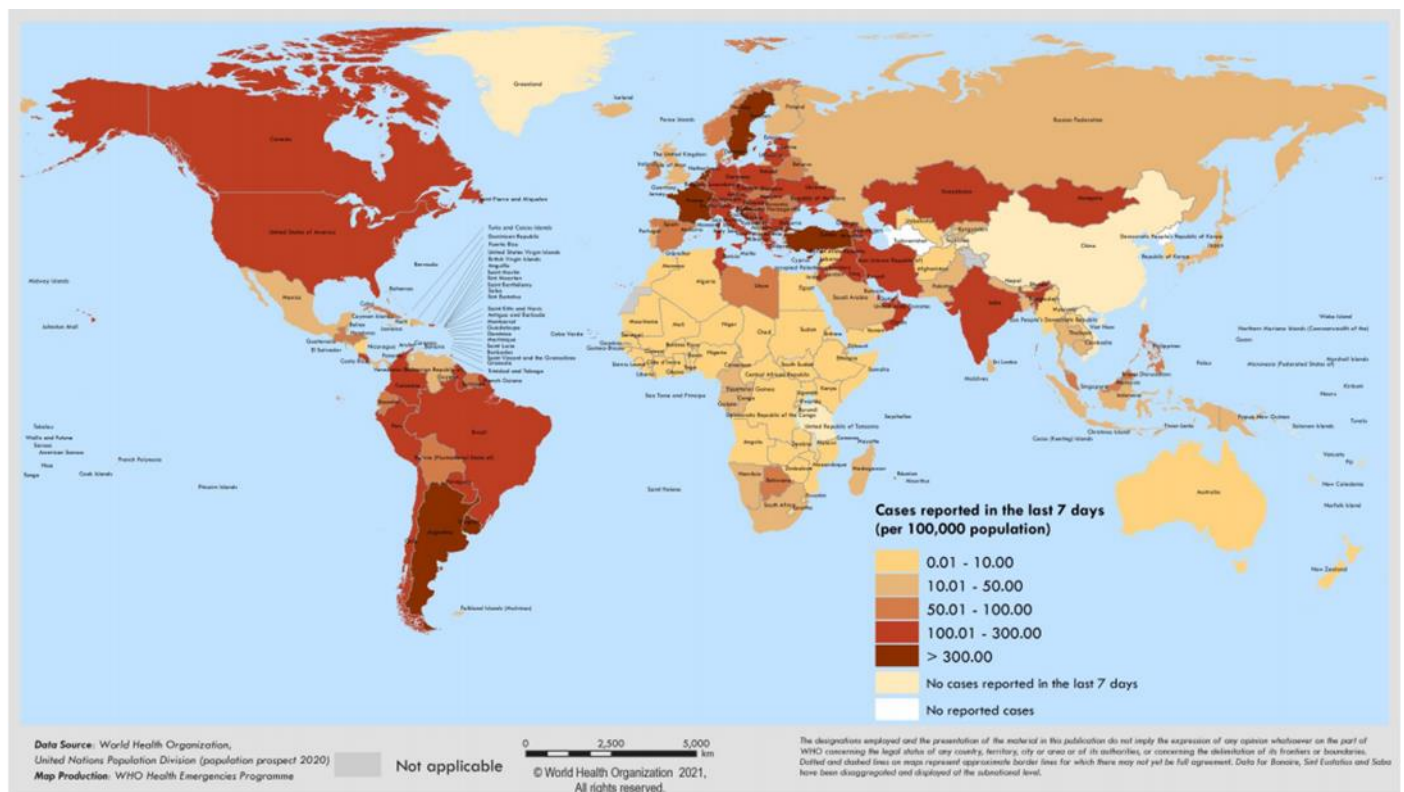
Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **147 539 302 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés dans le monde – **dont 3 116 444 décès** – au 27 avril 2021. En semaine 16, plus de **5,7 millions** de nouveaux cas ont été signalés, soit une **hausse** par rapport à la semaine précédente (**+8%**) observée pour la neuvième semaine consécutive. Le nombre de décès, s'élevant à **87 862**, était également en hausse (**+5%**).

## ► Foyers majeurs

- En semaine 16, les foyers majeurs de l'épidémie se situaient dans les zones **Asie du Sud-Est** (2 269 114 cas et 17 126 décès rapportés), **Europe** (1 466 680 cas et 25 341 décès) et **Amériques** (1 400 004 cas et 36 530 décès). Ces régions étaient à l'origine de respectivement 40%, 26% et 25% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 19%, 29% et 42% des nouveaux décès en S16 (Figure 47, Tableau 17).

- Les pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas en S16 étaient : l'Inde (+2 172 063 nouveaux cas), les États-Unis (+406 001), le Brésil (+404 623), la Turquie (+378 771) et la France (+202 396).

Figure 47. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 16 (du 19 au 25 avril 2021)















Source : OMS

## ► Tendances

• En semaine 16, le nombre de nouveaux cas était en hausse par rapport à la semaine précédente en Asie du Sud-Est (+49%), tandis qu'il se stabilisait ou baissait dans les autres régions OMS (Tableau 17). Le nombre de nouveaux décès augmentait dans deux régions OMS : l'Asie du Sud-Est (+81%) et la Méditerranée orientale (+17%).

**Tableau 17. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 16 (du 19 au 25 avril 2021) et évolution par rapport à la semaine précédente**

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
<b>Cas rapportés</b>	+49 453	+1 400 004	+2 269 114	+1 466 680	+378 248	+131 777
<b>Tendance</b>	-9% 	-8% 	+49% 	-12% 	-2% 	+3% 
<b>Décès rapportés</b>	+1 155	+36 530	+17 126	+25 341	+6 370	+1 304
<b>Tendance</b>	-1% 	-7% 	+81% 	-5% 	+17% 	-10% 

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

Source : OMS

## ► Par région

• La région de l'**Asie du Sud-Est** a signalé plus de 2,2 millions de nouveaux cas et plus de 17 000 décès. La tendance à la hausse des nouveaux cas et des décès se poursuit et semble s'accélérer, avec des cas hebdomadaires en forte hausse pour la septième semaine consécutive, tandis que les décès hebdomadaires ont augmenté pour la sixième semaine consécutive. La dynamique de la région continue à être portée par l'Inde, qui comptait 2 172 063 nouveaux cas, soit 157 pour 100 000 habitants (+52 % par rapport à la semaine 14). Les autres pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés étaient l'Indonésie avec 37 029 nouveaux cas, soit 14 pour 100 000 habitants (stable par rapport à S15) et le Bangladesh avec 27 148 nouveaux cas, soit 17 cas pour 100 000 habitants (-25%). Les trois pays cumulant le plus de décès étaient l'Inde (15 161 décès; +93%), l'Indonésie (1 172; +32%) et le Bangladesh (669; +8%). Pour plus de détails sur la région Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

• En région **Europe**, plus de 1,4 million de nouveaux cas et plus de 25 000 décès ont été signalés en S16. Les nombres de nouveaux cas et de nouveaux décès sont en baisse pour la deuxième semaine consécutive. Les pays ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient la Turquie avec 378 771 nouveaux cas (449 pour 100 000 habitants, soit -9% par rapport à S15), la France avec 202 396 nouveaux cas (302 pour 100 000 habitants, soit -11%) et l'Allemagne avec 145 156 nouveaux cas (175 pour 100 000 habitants, soit +1%). Les pays rapportant les plus grands nombres de décès étaient la Pologne, qui a enregistré 3 383 nouveaux décès (-6%), la Russie avec 2 650 nouveaux décès (+2%) et l'Ukraine avec 2 537 nouveaux décès (-8%). Pour plus de détails sur la région Europe, [cliquez ici](#).

• La région des **Amériques** a signalé plus de 1,4 million de nouveaux cas et plus de 36 000 nouveaux décès. On observe une tendance à la baisse des nouveaux cas, après huit semaines d'augmentation progressive. Les décès ont également diminué. Les pays rapportant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient les États-Unis avec 406 001 nouveaux cas, soit 123 pour 100 000 habitants (-15% par rapport à S15), le Brésil avec 404 623 nouveaux cas, soit 190 pour 100 000 habitants (-12%) et l'Argentine avec 166 024 nouveaux cas, soit 367 pour 100 000 habitants (+3%). Les pays connaissant les plus grands nombres de nouveaux décès étaient le Brésil, qui a enregistré 17 667 nouveaux décès (-12%), les États-Unis avec 4 951 nouveaux décès (-4%), et la Colombie avec 2 882 nouveaux décès (+26%). Pour plus de détails sur la région Amériques, [cliquez ici](#).

● En région **Méditerranée orientale**, un peu plus de 378 000 nouveaux cas, et plus de 6 300 décès ont été signalés en semaine 16. Le nombre de nouveaux cas restait stable après dix semaines d'augmentation, tandis que le nombre de nouveaux décès continuait d'augmenter pour la neuvième semaine consécutive. Les pays comptant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Iran avec 161 594 nouveaux cas, soit 192 pour 100 000 habitants (-3%), l'Irak avec 54 301 nouveaux cas, soit 135 pour 100 000 habitants (+3%) et le Pakistan avec 39 858 nouveaux cas, soit 18 pour 100 000 habitants (+17%). Les plus grands nombres de décès ont été observés en Iran (2 793 décès ; +33%), au Pakistan (905 ; +18%) et en Tunisie (514 ; +7%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

● En région **Pacifique occidental**, près de 132 000 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 16, ainsi que plus de 1 300 décès. Le nombre de cas augmentait dans la région pour la septième semaine consécutive, tandis que les décès baissaient légèrement depuis deux semaines. Les trois pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient les Philippines avec 63 364 nouveaux cas (58 pour 100 000 habitants, soit -13%), le Japon avec 32 312 nouveaux cas (26 pour 100 000 habitants, soit +22%) et la Malaisie avec 17 393 nouveaux cas (54 pour 100 000 habitants, soit +27%). Les pays signalant les plus grands nombres de décès étaient les Philippines (864 décès ; -19%), le Japon (291 ; +21%) et la Malaisie (56 ; +14%). Pour plus de détails sur la région Pacifique occidental, [cliquez ici](#).

● En région **Afrique**, plus de 49 000 nouveaux cas et plus de 1 100 nouveaux décès ont été signalés. Le nombre de cas hebdomadaires continue de fluctuer sans tendance claire comme depuis neuf semaines, bien que les décès aient tendance à baisser depuis le pic atteint à la mi-janvier. Les trois pays ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Éthiopie avec 10 719 nouveaux cas (9 pour 100 000 habitants, soit -17% par rapport à la semaine 15), l'Afrique du Sud avec 8 690 nouveaux cas (15 pour 100 000 habitants, soit +7%) et le Kenya avec 5 031 nouveaux cas (9 cas pour 100 000 habitants, soit -18%). Les pays rapportant les plus grands nombres de décès étaient l'Afrique du Sud (414 décès ; -9%), l'Éthiopie (203 ; +12%) et le Kenya (140 ; +5%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [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 préoccupants (VOC) et variants à suivre (VOI) du SARS-CoV-2 au niveau international

Plusieurs variants du SARS-CoV-2 ont émergé au cours des derniers mois, quatre d'entre eux étant qualifiés de variants préoccupants (VOC) en raison de leur transmissibilité augmentée et du risque d'échappement à la réponse immunitaire. Les variants 20I/501Y.V1, identifié pour la première fois au Royaume-Uni, 20H/501Y.V2, repéré pour la première fois en Afrique du Sud, et 20J/501Y.V3, ayant émergé au Brésil, font l'objet d'une attention particulière du fait de leur circulation importante à l'échelle internationale. Le quatrième variant préoccupant, VOC 20I/484K ou 484Q (B.1.1.7 + E484K/Q) a été identifié pour la première fois au Royaume-Uni.

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

- Ce variant est associé à une transmissibilité accrue (de 43 à 90%) et possiblement à une forme plus sévère de la maladie, à un plus haut risque d'hospitalisation (40-64%) et à une mortalité plus élevée (30-70%).
- Dans le monde, au 27 avril 2021, la présence du variant 20I/501Y.V1 a été rapportée dans **139 pays** par l'OMS, soit **sept pays de plus** depuis le 13 avril.

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

- Des études préliminaires suggèrent que ce variant est associé à une transmissibilité plus élevée de 50% et un risque plus élevé d'échappement immunitaire et de réinfection. Certaines recherches indiquent un risque accru de décès à l'hôpital de l'ordre de 20%. Ce variant aurait la capacité d'échapper à la réponse immunitaire post-infection et post-vaccinale, et pourrait par conséquent accroître le risque de réinfection.
- Dans le monde, au 27 avril 2021, la présence du variant 20H/501Y.V2 a été rapportée dans **87 pays** selon l'OMS, soit **cinq pays de plus** depuis le 13 avril.

### ► Variant 20J/501Y.V3, lignage B.1.1.28.1 (P.1)

- Plusieurs études montrent une transmissibilité plus importante par rapport aux souches autres que variantes (de 40 à 120%). Ce variant aurait également la capacité d'échapper à la réponse immunitaire post-infection et post-vaccinale.
- Dans le monde, au 27 avril 2021, la présence du variant 20J/501Y.V3 a été rapportée dans **54 pays**, soit **deux pays de plus** depuis le 13 avril.

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

### ► Variant à suivre : B.1.617

- Le variant B.1.617, identifié pour la première fois en Inde, a été récemment désigné comme variant à suivre (VOI) par l'OMS et Santé publique France. Ce variant comprend plusieurs sous-lignées, dont B.1.617.1, B.1.617.2 et B.1.617.3, qui diffèrent légèrement par leurs mutations caractéristiques.
- Les trois mutations caractéristiques de ce variant sont les L452R, P681R et E484Q (observées dans les sous-lignées B.1.617.1 et B.1.617.3) qui sont associées, comme pour d'autres VOI/VOCs, à une transmissibilité plus importante par rapport aux souches autres que variantes et une possibilité d'échapper à la réponse immunitaire.
- Les souches B.1.617.1 et B.1.617.2 montrent une prévalence croissante en Inde, qui coïncide avec la forte augmentation de cas observée dans le pays lors des semaines récentes. À la mi-avril 2021, le variant B.1.617 (toutes sous-lignées confondues) représentait 61% des échantillons séquencés dans l'État du Maharashtra où il a été découvert, et 15 à 20% des séquençages au niveau national. À la date du 27 avril, plus de 1 200 séquences provenant d'au moins 17 pays ont été ajoutées sur le site de dépôt de séquences GISAID.

## ► Autres variants en cours d'étude

La surveillance de l'émergence de variants du SARS-CoV-2 est réalisée de manière continue au niveau international. Huit variants ont été déclarés en France comme variants à suivre, et six sont en cours d'évaluation. Plus de détails sur la page [Circulation des variants du SARS-CoV-2](#) de Santé publique France.

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

**Pour en savoir +** sur ces variants du SARS-CoV-2 : [Weekly Epidemiological Update](#) de l'OMS du 27 avril 2021

# SYNTHÈSE

## ► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 16 (du 19 au 25 avril 2021), les indicateurs épidémiologiques en population générale étaient à nouveau à la baisse mais de manière plus modérée que lors de la semaine précédente. Si les R-effectifs sont significativement inférieurs à 1 en métropole pour la seconde semaine consécutive, l'amélioration de la dynamique observée semble moins marquée que la semaine précédente. Malgré la réduction de l'incidence depuis deux semaines, la diminution de la pression hospitalière reste très limitée, notamment en services de soins critiques. À l'approche de la levée annoncée de certaines restrictions, les indicateurs épidémiologiques restaient à des niveaux plus élevés que ceux observés avant la levée du précédent confinement. La couverture vaccinale des personnes complètement vaccinées était en progression mais inférieure à 10% de la population. Dans ce contexte, un haut niveau d'adhésion aux mesures de prévention individuelles et la progression rapide de la vaccination sont essentiels pour permettre un assouplissement prochain des mesures collectives sans risquer un débordement des capacités hospitalières.

Au niveau national, **202 396 nouveaux cas** ont été confirmés, soit environ 29 000 cas en moyenne chaque jour. **Le taux d'incidence** de la semaine 16 **diminuait** (302/100 000 habitants en S16 vs 339 en S15, soit -11%), pour la seconde semaine consécutive. Une **diminution du recours au dépistage** était observée (3 036/100 000 habitants vs 3 440, soit -12%). Cette diminution concernait toutes les classes d'âge, restait plus marquée chez les 0-14 ans (-16%) et moins marquée chez les 75 ans et plus (-5%). **Le taux de positivité (9,9%) était stable** par rapport à S15.

La part des personnes symptomatiques parmi les personnes testées a diminué en S16. Le nombre de cas était en diminution chez les symptomatiques et chez les asymptomatiques (respectivement de -12% et -10%). Le taux de positivité était en augmentation chez les personnes symptomatiques alors qu'il est resté stable chez les asymptomatiques.

La semaine 16 est marquée par une **diminution des nouveaux cas et des nouvelles personnes-contacts à risque**, moindre cependant qu'en S15 pour les personnes-contacts. Ces résultats suggèrent un effet positif des mesures de freinage mises en place fin mars-début avril sur la circulation du virus.

Cependant, plusieurs indicateurs du *contact tracing* étaient similaires en S16 et S15 : nombre moyen de personnes-contacts par cas (quel que soit l'âge des cas et des personnes-contacts), délai de dépistage, délai d'enregistrement depuis le dernier contact avec le cas. Ceci suggère que **les mesures de restrictions ont atteint un palier en termes de réduction des interactions sociales et donc secondairement d'impact sur la transmission**. La diminution du nombre de cas et de personnes-contacts devrait donc se poursuivre au même rythme, sans accélération. En particulier, le nombre moyen de personnes-contacts extra-domiciliaires par cas s'est stabilisé après trois semaines de diminution, ce qui pourrait signifier que les contacts hors du foyer ont été réduits au minimum possible au regard des mesures de restrictions en cours.

Le nombre de **cas ayant fréquenté le milieu scolaire est à son minimum** depuis que cet indicateur est suivi, en lien avec la fermeture des écoles et les vacances scolaires. **La reprise de la scolarité en S17 pourrait entraîner une hausse de cet indicateur** au cours des prochaines semaines.

Les déplacements inter-régionaux, recueillis lors de l'entretien avec les cas et les personnes contacts, se maintiennent à un niveau faible mais constant en dépit des mesures de restrictions.

Enfin, **deux indicateurs majeurs du contact tracing sont en nette amélioration** depuis plusieurs semaines : le pourcentage de nouveaux contacts auparavant connus comme des cas, et le pourcentage de personnes-contacts devenant des cas. Cette évolution traduit à la fois une amélioration des performances du *contact tracing* et la diminution du nombre de personnes-contacts. En outre, les cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque ont toujours moins de personnes-contacts à risque, probablement en raison d'une meilleure adhésion à la mesure de l'isolement.

**En médecine ambulatoire**, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était **stable** (70/100 000 habitants en S16 vs 72 en S15). **Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins** pour suspicion de COVID-19 était en **baisse** (-15% par rapport à S15). Cette baisse concernait les enfants (-14%) et les adultes (-15%).

En semaine 16, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** était en diminution chez les enfants (-12%) et les adultes (-7%).

Le nombre de déclarations de **nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 a légèrement diminué en S16** (-6%), pour la seconde semaine consécutive. Le nombre de déclarations de **nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques en S16 était similaire à celui de S15** (2 971 vs 2 980, soit -0,3%).

**Le nombre de personnes en cours d'hospitalisation se maintenait à un niveau élevé**, avec **30 341** personnes hospitalisées au 27 avril (vs 31 147 le 20 avril, soit -3%) dont **5 959** patients en soins critiques (vs 6 000, soit -1%). Par comparaison, une semaine avant la levée du confinement au 15 décembre 2020, on comptabilisait 25 914 patients hospitalisés pour COVID-19, dont 3 088 en soins critiques.

En France métropolitaine, les **estimations du R-effectif calculées à partir des trois sources de données étaient significativement inférieures à 1** : données virologiques (tests RT-PCR et tests antigéniques, SI-DEP : 0,89), passages aux urgences (OSCOUR® : 0,92) et hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC : 0,92).

**Le nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 hospitalisés en semaine 16** était en augmentation (2 094 vs 1 944 décès en S15, soit +8%). En établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), le nombre de décès restait faible (moins de 50 décès hebdomadaires) et stable depuis la semaine 13 (données S16 non consolidées), traduisant l'impact de la vaccination.

**Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus** était significativement supérieur à celui attendu (sur la base des données historiques) depuis la semaine 40-2020 et jusqu'à la semaine 15-2021. Après une diminution observée entre les semaines 04 et 10, la mortalité était à nouveau repartie à la hausse jusqu'en semaine 13 et semblait se stabiliser en semaines 14 et 15. **Le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en S15 dans six régions** : Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Île-de-France, Grand-Est, Normandie et Provence-Alpes-Côte d'Azur (données non consolidées).

L'analyse de **l'impact des mesures de restrictions** montre que l'évolution des indicateurs épidémiologiques en semaines 15 et 16 est compatible avec l'hypothèse d'un **effet bénéfique des mesures de restrictions renforcées** mises en œuvre depuis le 20 mars 2021 et couplées à un renforcement des mesures de distanciation sociale en lien avec les vacances scolaires anticipées.

Néanmoins, à une semaine de la levée annoncée de certaines restrictions pour le 03 mai 2021, **les taux d'incidence, d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques en France métropolitaine sont nettement supérieurs à ceux enregistrés en amont de la levée du confinement au 15 décembre 2020**. La pression hospitalière actuelle, notamment pour les patients hospitalisés en soins critiques, est presque deux fois plus élevée. De plus, la **décroissance actuelle des indicateurs hospitaliers s'opère plus lentement qu'en amont de la levée du précédent confinement**.

## ► Indicateurs épidémiologiques régionaux

### Régions métropolitaines

En semaine 16, les taux d'incidence étaient en diminution dans l'ensemble des régions par rapport à la semaine 15. Cette diminution variait de -5% en Bourgogne-Franche-Comté à -20% en Corse. Les taux de dépistage en S16 étaient de nouveau en diminution dans toutes les régions (diminutions comprises entre -9% et -15%). Les **régions les plus touchées** en semaine 16 étaient toujours l'**Île-de-France**, la **Provence-Alpes-Côte d'Azur** et les **Hauts-de-France**. Ces régions présentaient les **plus forts taux d'incidence** (supérieurs à 340/100 000 habitants), **d'hospitalisations** (supérieurs à 22/100 000 habitants), et **d'admissions en services de soins critiques** (supérieurs à 5/100 000 habitants). Les estimations des R-effectifs à partir des données virologiques étaient significativement inférieures à 1 dans toutes les régions métropolitaines, et aucune région métropolitaine ne présentait de R-effectif significativement supérieur à 1 pour les estimations à partir des passages aux urgences ou des hospitalisations de patients COVID-19.

En **Île-de-France**, le **taux d'incidence était de 459 pour 100 000** habitants, en diminution par rapport à S15 (533 soit -14%). Le taux de dépistage était également en diminution par rapport à S15 (-14%). Le taux de positivité était toujours le plus élevé de métropole à 12,2%, mais se stabilisait (+0,1 point par rapport à S15). **Les taux d'hospitalisations et d'admissions en services de soins critiques diminuaient**, respectivement à 27,5/100 000 habitants (-6% par rapport à S15) et 7,0 (-6% par rapport à S15).

Dans les **Hauts-de-France**, le **taux d'incidence était de 358/100 000** habitants, en diminution par rapport à S15 (404, soit -11%). Le taux de dépistage était également en diminution par rapport à S15 (-11%). Le taux de positivité restait élevé à 11,6%. La tendance à l'amélioration des taux d'hospitalisations et d'admissions en services de soins critiques n'était plus observée en S16, avec respectivement des taux de 22,0/100 000 habitants (-2% par rapport à S15) et 5,7 (+6% par rapport à S15).

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le **taux d'incidence était de 344/100 000** habitants, en diminution par rapport à S15 (382, soit -10%). Le taux de dépistage était également en diminution par rapport à S15 (-9%). **Les taux d'hospitalisations et d'admission en services de soins critiques étaient en diminution à respectivement 23,3/100 000** habitants (-13% par rapport à S15) et 5,0/100 000 habitants (-9% par rapport à S15).

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

**En Guyane**, le taux d'incidence augmentait à 241/100 000 habitants (vs 195 en S15, soit +23%). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques augmentaient à, respectivement, 15,1/100 000 habitants (soit +11 hospitalisations par rapport à S15) et 4,5 (soit +6 admissions par rapport à S15).

**En Guadeloupe**, le taux d'incidence se stabilisait à 229/100 000 habitants (vs 227 en S15, soit +1%). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques augmentaient à, respectivement, 28,1/100 000 habitants (soit +51 hospitalisations par rapport à S15) et 4,8 (soit +2 admissions par rapport à S15). Un confinement a été instauré le 27 avril 2021.

**À La Réunion**, le taux d'incidence augmentait à 127/100 000 habitants (vs 109 en S15, soit +17%). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques augmentaient à, respectivement, 8,8/100 000 habitants (soit +4 hospitalisations par rapport à S15) et 3,1 (soit +3 admissions par rapport à S15).

**En Martinique**, le taux d'incidence diminuait à 180/100 000 habitants (vs 205 en S15, soit -12%). Le taux d'hospitalisations diminuait à 17,8/100 000 habitants (soit -8 hospitalisations par rapport à S15), tandis que le taux d'admissions en soins critiques augmentait à 5,0 (soit +1 admission par rapport à S15).

**À Mayotte**, le taux d'incidence augmentait légèrement à 53/100 000 habitants (vs 51 en S15, soit +4%). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques diminuaient à, respectivement, 0,7/100 000 habitants (soit -3 hospitalisations par rapport à S15) et 0,4 (soit -1 admission par rapport à S15).

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



## ► Variants préoccupants (VOC) du SARS-CoV-2

À ce jour, **quatre variants ont été qualifiés de préoccupants (VOC)** en raison de leur transmissibilité augmentée et du risque d'échappement à la réponse immunitaire. **Trois d'entre eux, les variants 20I/501Y.V1** (ayant émergé au Royaume-Uni), **20H/501Y.V2** (ayant émergé en Afrique du Sud) et **20J/501Y.V3** (ayant émergé au Brésil), **circulent en France depuis le début de l'année 2021**, tandis que le quatrième (20I/484K (B.1.1.7 + E484K), ayant émergé au Royaume-Uni début 2021) a été peu détecté en France jusqu'ici.

**D'autres variants du SARS-CoV-2**, caractérisés par un changement phénotypique par rapport à un virus de référence, ou ayant des mutations conduisant à des changements en acides aminés associés à des implications phénotypiques confirmées ou suspectées, sont **qualifiés de variants à suivre (VOI)** après une analyse de risque conjointe par le Centre national de référence des virus respiratoires et Santé publique France.

**Certains ont déjà été détectés sur le territoire et leur circulation est suivie avec attention dans les enquêtes Flash** : il s'agit notamment des variants 20A/484 (lignage B.1.525) détecté plus fréquemment en France depuis peu, 20C/655Y (lignage B.1.616) ayant été identifié en Bretagne en début d'année 2021 dans le cadre d'un foyer épidémique hospitalier, et 19B/501Y (lignage A.27). Le variant 20A/484Q (lignage B.1.617), qui aurait émergé en Inde, est également classé comme VOI. Il a été détecté chez deux voyageurs en provenance d'Inde et en transit par la Guadeloupe. Les autorités sanitaires maintiennent une vigilance élevée devant toute suspicion d'infection par le variant B.1.617. Des informations sur ces variants sont disponibles sur le [site de Santé publique France](#).

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

Au niveau national en S16, parmi les tests positifs criblés dont les résultats étaient disponibles dans SI-DEP (52% de l'ensemble des tests de première intention positifs), **82,7% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 et 5,0% de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3**. Les suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 restaient hétérogènes selon les départements. Parmi les 96 départements métropolitains présentant des données interprétables, la proportion du variant 20I/501Y.V1 était supérieure à 80% dans 68 départements, et supérieure à 90% dans 25 d'entre eux. La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 était supérieure à 10% dans sept départements, avec des augmentations importantes en Haute-Saône et dans les Vosges.

Les premiers résultats de **L'enquête Flash #7** du 13 avril 2021, montrent que la **circulation des variants préoccupants 20I/501Y.V1 et 20H/501Y.V2 devenait plus homogène sur le territoire**. Le variant préoccupant 20I/501Y.V1 représentait 89,9% des séquences interprétables parmi les résultats disponibles. Le variant 20I/501Y.V1 restait particulièrement présent en Nouvelle-Aquitaine et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (> 95% des séquences interprétables) ; le variant 20H/501Y.V2 était plus présent en Occitanie (8,3%) et en Île-de-France (8,2%). Le variant préoccupant 20I/484K est en augmentation en Île-de-France entre les enquêtes Flash #6 et Flash #7 (de 1,0% à 2,7%). En Bretagne, la proportion de variant 20I/484K est également en augmentation avec 3,0% pour Flash #7 (non détecté pour Flash #6).

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

[Un cluster d'infections par un variant de clade 20C](#) («variant 20C/H655Y» ou B.1.616) a été détecté dans les Côtes-d'Armor, avec des cas survenus entre janvier et avril 2021.

La particularité associée aux cas confirmés d'infections par ce variant est la possibilité de présenter des symptômes évocateurs de la COVID-19 avec une RT-PCR négative sur les prélèvements nasopharyngés habituels. Le virus est néanmoins détectable par les techniques de RT-PCR habituelles mais semble être identifié de manière préférentielle dans les voies aériennes basses. À ce jour, il n'est pas démontré que ce variant serait plus transmissible, qu'il entraînerait des formes plus sévères ou qu'il échapperait à l'immunité acquise après infection ou induite par la vaccination.

**Une surveillance renforcée** a été mise en place dans la zone géographique concernée en Bretagne. Un protocole national d'investigation des cas évocateurs d'infection par le variant 20C/655Y a été diffusé pour identifier et décrire les cas qui surviendraient en dehors de cette zone géographique. En cas de suspicion d'infection par ce variant ([protocole d'investigation](#) disponible sur le site Internet de Santé publique France), des prélèvements au-delà de la sphère nasopharyngée doivent être proposés chaque fois que possible pour augmenter la sensibilité du diagnostic par RT-PCR.

**Au 28 avril, 40 cas d'infection par le variant 20C/655Y ont été confirmés (37 en Bretagne, trois dans d'autres régions).** Le diagnostic a été porté sur une première RT-PCR positive à partir d'un prélèvement nasopharyngé pour 13% d'entre eux, et à partir d'un prélèvement profond pour 68% des cas. Tous les cas ont un lien direct ou indirect avec la zone de surveillance renforcée en Bretagne. La majorité des cas est reliée à des transmissions au sein de clusters hospitaliers dans la zone. Quelques cas ont été rapportés en lien avec une chaîne de transmission en communauté mais, à ce jour, les indicateurs de surveillance ne suggèrent pas une diffusion communautaire importante de ce variant dans la population, que ce soit en Bretagne ou ailleurs. Les investigations épidémiologiques se poursuivent pour caractériser l'épisode et suivre la diffusion de ce variant.

### Situation épidémiologique du VOC 20I/484K

Le VOC 20I/484K a été identifié pour la première fois en Grande-Bretagne suite à l'acquisition par le VOC 20I/501Y.V1 de la mutation E484K, sans signal à ce jour en faveur d'une diffusion significative au Royaume-Uni ou ailleurs dans le monde. Au 28/04, 51 cas d'infection par ce variant ont été détectés en France : 22 cas en Ile-de-France, 22 cas en Bretagne (10 par séquençage et 12 par criblage), 3 cas dans les Hauts-de-France, 1 cas en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 1 cas dans les Pays de la Loire et 2 cas en Centre-Val de Loire.

Depuis le début du mois d'avril, une augmentation du nombre de cas confirmés d'infection par le 20I/484K a été observée en Ile-de-France et dans une zone limitée autour de Brest en Bretagne, laissant suspecter un début de transmission communautaire dans ces deux zones géographiques. Toutefois le variant 20I/484K reste très nettement minoritaire en comparaison avec le variant 20I/501Y. Les investigations épidémiologiques se poursuivent.

### ► Surveillances spécifiques et populationnelles

**Parmi les 11 708 patients recensés par la surveillance spécifique des cas graves de COVID-19** admis en réanimation depuis le 05 octobre 2020, 69% étaient des hommes. Depuis janvier 2021, et comparé au dernier trimestre 2020, un rajeunissement des patients admis en réanimation est observé, avec une diminution de la part de patients âgés de 65 ans et plus et une augmentation de la part des cas de 45-64 ans. La proportion de cas pédiatriques (0-14 ans) est restée comparable entre les deux périodes. La part des patients admis en réanimation sans comorbidités a légèrement augmenté depuis janvier 2021. Parmi les personnes décédées, seules 7% ne présentaient pas de comorbidités.

Les indicateurs de la surveillance des signalements **dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)**, qui concernent majoritairement des EHPAD, indiquaient une stabilisation depuis S10 du nombre de signalements, de cas et de décès.

**Les enfants sont très peu représentés chez les patients hospitalisés pour COVID-19 et parmi les décès** (moins de 1%). Une surveillance des cas de **syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)** permet d'estimer l'incidence de ces cas en lien avec la COVID-19. Entre le 02 mars 2020 et le 25 avril 2021, 501 cas de PIMS ont été signalés. En France, l'incidence des PIMS en lien avec la COVID-19 (434 cas) a été estimée à 30 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans.

## ► Santé mentale

Les résultats de la vague 22 de l'enquête CoviPrev, qui s'est déroulée du 15 au 17 mars 2021, ont été publiés dans le [Point épidémiologique du 25 mars 2021](#). Une nouvelle enquête s'est tenue **fin avril 2021**. Les résultats seront présentés dans le Point épidémiologique du 06 mai.

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

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

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

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

## ► Prévention

**Les résultats de l'enquête CoviPrev** (vague 22, du 15 au 17 mars 2021), détaillés dans le [Point épidémiologique du 25 mars 2021](#), montraient que si les mesures barrières étaient largement utilisées par la population, **l'adoption systématique de réduction des contacts tendait à baisser**, probable reflet de la lassitude d'une partie de la population vis-à-vis des mesures de contrôle. L'intention de se faire vacciner pour ceux qui ne le sont pas encore s'est maintenue. La vaccination semble s'accompagner d'un relâchement des mesures barrières alors qu'il est pourtant important de les maintenir.

**Concernant la vaccination contre la COVID-19**, le 27 avril 2021, **14 601 130 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 6 115 998 sont complètement vaccinés, soit respectivement 21,8% et 9,1% de la population**. L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la **population adulte** (âgée de 18 ans ou plus) était de 27,7% pour au moins une dose et 11,6% pour la population complètement vaccinée.

Pour les personnes âgées de 75-79 ans, la couverture vaccinale pour au moins une dose était de 77,7% (complètement vaccinées : 56,1%) et de 68,9% pour les 80 ans et plus (complètement vaccinées : 50,8%).

**En une semaine** (20-27 avril 2021), **plus de 1,5 million de personnes ont reçu leur première dose de vaccin, soit en moyenne 226 000 personnes par jour**.

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

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

# SOURCES DES DONNÉES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

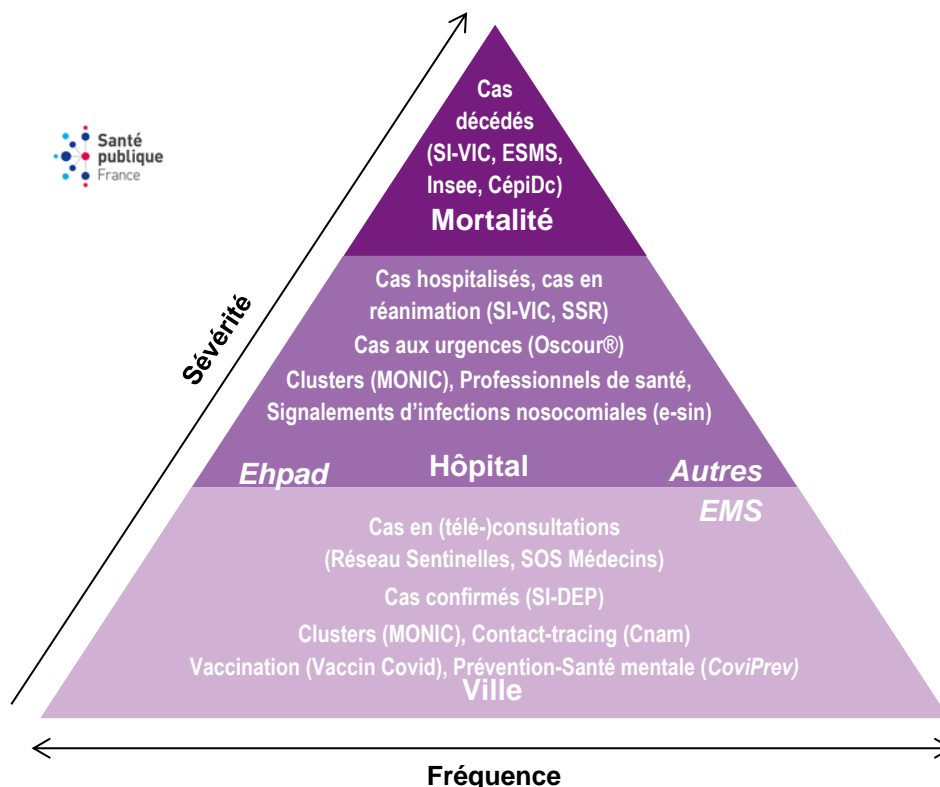
**Enquête Professionnels de santé, prévention et COVID-19** : enquête répétée auprès de 1 509 professionnels de santé libéraux représentatifs pour mesurer et suivre les tendances évolutives de leurs opinions et attitudes à l'égard de la vaccination contre la COVID-19 (France métropolitaine, depuis le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

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

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



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



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

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

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

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

### PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



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



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



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



Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)



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



Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)



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

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

### **Directrice de publication**

Pr Geneviève Chêne

### **Directrice adjointe de publication**

Pr Laëtitia Huiart

### **Contributeurs**

Coordination : Fanny Chereau, Nicolas Méthy, Delphine Viriot, Léa Manchec, Daniel Levy-Bruhl

Systèmes de surveillance : Lélia Abad, Pauline Adam, Denise Antona, Jonathan Bastard, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Clémentine Calba, Christine Campèse, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Bruno Coignard, Jamel Daoudi, Jean-Claude Desenclos, Julien Durand, Myriam Fayad, Adeline Feri, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Laurence Guldner, Katia Hamdad, Eline Hassan, Sophie Larrieu, Yann Le Strat, Daniel Levy-Bruhl, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Michael Padget, Camille Pelat, Alessandro Pini, Elisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Jérôme Pouey, Patrick Rolland, Julian Rozenberg, Cécile Sommen, Benjamin Taisne, Marie-Michèle Thiam, Sophie Vaux

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

### **Contact presse**

Vanessa Lemoine

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

### **Diffusion**

Santé publique France

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

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

### **Date de publication**

29 avril 2021