COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire n° 66 du 03 juin 2021

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance, d'alerte et de prévention, analyse et publie les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires et de ses propres études et enquêtes. **Ce bilan est basé sur les données rapportées à Santé publique France jusqu'au 02 juin 2021.**

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.

►Points clés

En semaine 21, poursuite de l'amélioration des indicateurs épidémiologiques et de la diminution de la pression hospitalière. Dans le contexte de levée de mesures de restrictions sanitaires, la circulation de variants préoccupants doit inciter à maintenir l'ensemble des mesures de contrôle.

- Diminution des taux d'incidence, d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques
- Nombre de patients en soins critiques encore élevé
- Mortalité toutes causes semblant revenir vers des valeurs attendues
- Métropole : Île-de-France et Hauts-de-France demeurant les plus touchées
- Outre-mer : indicateurs restant élevés en Guyane
- Variants préoccupants (VOC) : variant 20I/501Y.V1 (Alpha) toujours majoritaire en métropole

Prévention

- Vaccination : au 1er juin 2021
  - 26 219 555 personnes ayant reçu au moins une dose (39,1%)
  - 12 470 680 personnes complètement vaccinées (18,6%)
- Résultats de l'enquête CoviPrev (17-19 mai 2021)
  - Augmentation de l'adhésion à la vaccination des personnes interrogées
  - Diminution des états dépressifs déclarés
- Importance de l'adoption des mesures barrières et de la limitation des contacts
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais
- Incitation à la vaccination de toutes les personnes âgées de 18 ans et plus

►Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 21 (du 24 mai au 30 mai 2021)

	S21	S20*	Évolution
Taux d'incidence (/100 000 habitants) des cas de COVID-19 (SI-DEP)	108**	124	-13%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	3,1	3,5	-0,4 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	1 761	1 847	-5%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	3 266	4 021	-19%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	3 246	4 600	-29%
Nombre de nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19 (SI-VIC)	856	1 124	-24%

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

Du 1er mars 2020 au 1er juin 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	109 691

►Point de situation en semaine 21 (du 24 au 30 mai 2021)

En semaine 21 (du 24 au 30 mai 2021), l'amélioration des indicateurs épidémiologiques et la diminution de la pression hospitalière se poursuivent. La couverture vaccinale a continué de progresser, avec au 1er juin 2021, 39,1% ayant reçu une première dose et 18,6% de la population complètement vaccinée. Si la couverture vaccinale progresse chez les adultes les plus jeunes, le niveau atteint chez les plus âgés, certes élevé, n'augmente plus que très faiblement. Alors que l'adhésion à la vaccination des Français continue de progresser, il est important d'encourager à la vaccination toutes les personnes de 18 ans et plus, avec des mesures spécifiques de facilitation d'accès pour les plus âgées non encore vaccinées, dans l'objectif d'atteindre un niveau suffisant d'immunité collective. Pour la première fois depuis octobre 2020 on note une diminution significative des états dépressifs. Dans le contexte de levée des mesures de restrictions sanitaires, la circulation de variants préoccupants doit toujours inciter à maintenir à un haut niveau l'ensemble des autres mesures de contrôle.

Situation épidémiologique

Au niveau national, **61 159 nouveaux cas** ont été confirmés en semaine 21, soit environ 8 700 cas en moyenne chaque jour. **Le taux d'incidence** (corrigé pour l'effet du lundi 24 mai férié) **était en diminution** pour la septième semaine consécutive (108/100 000 habitants *vs* 124 en S20, soit -13%), diminution observée dans toutes les classes d'âge. **Le taux de dépistage corrigé était stable** (3 508/100 000 habitants, -1% par rapport au taux de S20). **Le taux de positivité était en diminution** pour la cinquième semaine consécutive (3,1%, soit -0,4 point par rapport à S20).

Le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 enregistrés par **SOS Médecins** était de nouveau en baisse en S21 (-5%). La diminution du nombre de **passages aux urgences** pour suspicion de COVID-19, observée depuis début avril, s'est poursuivie (-19%). Ces diminutions concernaient toutes les classes d'âge en S21.

La diminution du nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 et de nouvelles admissions en services de soins critiques, observée depuis la semaine 16, **s'est poursuivie** en semaine 21 (-29% et -24% par rapport à S20, respectivement). Si le nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation reste encore élevé (16 146, dont 2 837 en services de soins critiques), les niveaux atteints sont comparables à ceux de mai 2020 lors de la phase descendante de la première vague épidémique.

Le nombre de décès national toutes causes et tous âges confondus semblait revenir dans les marges de fluctuation habituelle en semaines 19 et 20. Les décès de patients COVID-19 hospitalisés ont continué de diminuer en semaine 21 (-17%) et sont restés stables à un niveau très faible dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

Au niveau régional, les régions présentant les taux d'incidence corrigés les plus élevés en S21 restaient l'**Île-de-France** (136/100 000 habitants) et les **Hauts-de-France** (133). Les taux d'incidences corrigés étaient en diminution dans l'ensemble des régions métropolitaines à l'exception de la **Nouvelle-Aquitaine** (86/100 000, soit +11%). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques restaient les plus élevés en l'Île-de-France et Hauts-de-France mais la tendance à la diminution des indicateurs hospitaliers s'est poursuivie dans toutes les régions métropolitaines.

En Outre-mer, la **Guyane** restait la région avec le taux d'incidence corrigé le plus élevé (370/100 000 habitants), bien qu'en diminution par rapport à S20 (-10%). Le taux de positivité était très élevé (13,4%, +1,1 point), de même que les indicateurs hospitaliers, néanmoins stables par rapport à S20. A **Saint-Martin**, les indicateurs épidémiologiques étaient également élevés, avec un taux d'incidence corrigé de 348/100 000 habitants (+6%) et un taux de positivité stable à 7,8%. A **La Réunion**, le taux d'incidence corrigé était stable à un niveau élevé (160/100 000 habitants).

Variants du SARS-CoV-2

L'analyse des résultats de criblage des tests RT-PCR positifs en S21 indiquait toujours une prédominance de la **proportion de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1 (Alpha) (77,4%).** La proportion de suspicions de variant **20H/501Y.V2 (Beta) ou 20J/501Y.V3 (Gamma)** était de **5,8%** au niveau national avec des hétérogénéités départementales. Les données de surveillance génomique disponibles confirment cette prépondérance du variant préoccupant 20I/501Y.V1 (Alpha) mais soulignent **l'augmentation régulière des variants portant la mutation E484K** (14,1% lors de l'enquête Flash #9 vs 12,3% dans Flash #8 et 8,7% dans Flash #7). Parmi eux, le **VOC 20I/484K** semble progresser le plus rapidement, particulièrement dans les régions Île-de-France et Hauts-de-France. Le **VOC 20I/484Q** a été identifié comme à l'origine d'une transmission communautaire localisée sans signal à ce jour d'une diffusion plus large au niveau national. Malgré une augmentation récente de la détection du variant **B.1.617.2 (Delta)** dans les prélèvements séquencés, aucun élément n'indique à ce jour une circulation significative de ce lignage sur le territoire. Ces variants sont suivis avec attention compte-tenu d'une possible diminution de l'efficacité vaccinale.

L'évolution des tests de criblage, intégrant désormais les mutations E484K, E484Q et L452R, devrait permettre un suivi plus réactif de la détection des variants porteurs de ces mutations d'intérêt au niveau national et dans les territoires les plus touchés, en complément de la stratégie nationale de surveillance génomique.

Prévention

En semaine 21, les nombres de cas et de personnes-contacts à risque enregistrés dans l'application **ContactCovid étaient en forte diminution, avec des baisses de plus de 20% pour ces deux indicateurs**. Les autres indicateurs de suivi des cas et des contacts étaient stables. Une légère hausse des cas ayant fréquenté un établissement recevant du public était néanmoins constatée, en lien avec la levée partielle des mesures de restriction.

Au 1er juin 2021, **26 219 555 personnes avaient reçu au moins une dose de vaccin** et **12 470 680 étaient vaccinées avec un schéma complet,** soit respectivement **39,1% et 18,6% de la population.** L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la **population adulte** (âgée de 18 ans et plus) était de 49,8% pour au moins une dose et de 23,7% pour une vaccination complète. Récemment accessible à l'ensemble des personnes âgées de 18 ans et plus, la vaccination des jeunes adultes a fortement progressé ces dernières semaines : plus de 20% des 18-24 ans avaient reçu leur première dose au 1er juin 2021. En revanche**, la couverture vaccinale, bien qu'élevée chez les plus âgés, peine à progresser depuis quelques semaines, soulevant la nécessité d'encourager et de faciliter l'accès à la vaccination des personnes âgées non encore vaccinées par des actions ciblées et spécifiques**.

Les résultats de l'**enquête CoviPrev** menée du **17 au 19 mai 2021** montraient une **adhésion à la vaccination en progression** dans la population générale quel que soit l'âge. La proportion de participants déclarant ne pas avoir l'intention de se faire vacciner diminuait ainsi de 31% lors de la précédente vague de l'enquête (21-23 avril 2021) à 24%.

Le **port systématique du masque** en public restait la mesure la plus souvent adoptée par les personnes interrogées (82%). L'adoption des mesures d'hygiène et le respect systématique des 2 mètres de distance entre individus restaient à des niveaux stables par rapport à la précédente vague. En revanche, suite à l'allègement récent des restrictions sanitaires, l'adoption systématique des autres **mesures en lien avec l'interaction sociale** diminuait significativement.

Si les prévalences des états anxieux et dépressifs, des problèmes de sommeil et des pensées suicidaires restaient supérieures à celles observées avant l'épidémie, **une diminution significative des états dépressifs était observée** pour la première fois depuis octobre 2020 (-3 points par rapport à la vague précédente).

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

SOMMAIRE

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE 5
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif » 14
ACTES MÉDICAUX DE L'ASSOCIATION SOS MÉDECINS 16
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®) 17
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER 18
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ 23
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS 25
VACCINATION CONTRE LA COVID-19 26
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE 30
SITUATION INTERNATIONALE 32
SOURCES DES DONNÉES 33

Retrouvez les dernières données concernant :

● **La surveillance en médecine ambulatoire :** Réseau Sentinelles dans le PE n°64 du 20 mai 2020 et réseau Sentinelles

● **La surveillance des cas de Covid-19 chez les professionnels en établissements de santé** dans le PE n° 62 du 06 mai 2021

● **L'estimation de la séroprévalence des infections à SARS-CoV-2** dans le PE n° 62 du 06 mai 2021

● **Le signalement d'infections à SARS-CoV-2 nosocomiales** dans le PE n° 64 du 20 mai 2021

● **Les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation** dans le PE n°64 du 20 mai 2020

● **La surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques** dans le PE n° 65 du 27 mai 2021

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

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

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

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

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

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

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

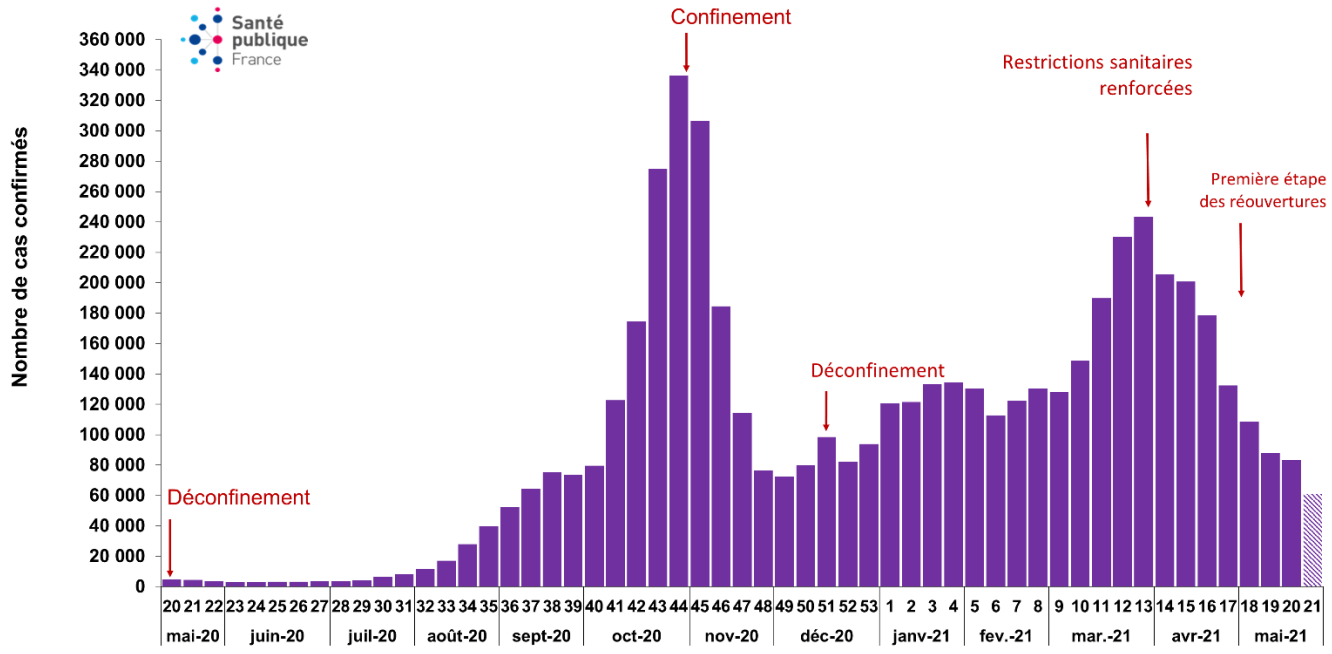
Les données de la semaine 21 (taux d'incidence et de dépistage) présentées dans ce chapitre ont été corrigées pour prendre en compte l'effet du lundi 24 mai férié.

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

● En semaine 21, 1 979 253 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (*vs* 2 369 687 en S20) et 61 159 **nouveaux cas confirmés** ont été rapportés (*vs* 83 474 en S20) (Figure 1).

● Au 02 juin 2021, **un total de 5 685 915 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

Figure 1. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement) rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 30 mai 2021, France (données au 02 juin 2021)



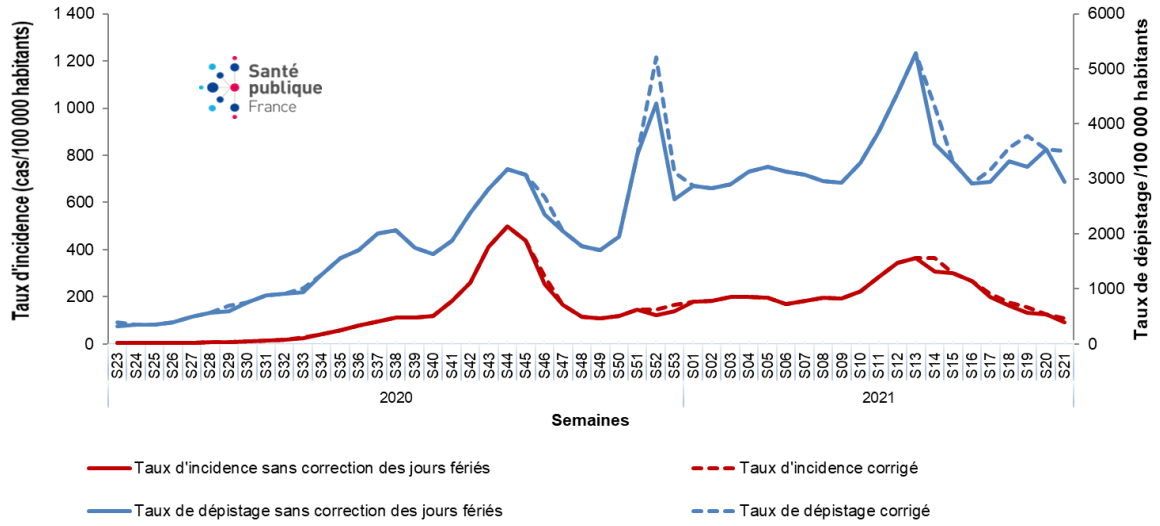
Sources S09-S19-2020 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20-2020 : SI-DEP

● En S21, **le taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **3,1%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), **en diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (3,5%, soit -0,4 point) (Figure 3c).

● **Le taux d'incidence** national corrigé pour l'effet des jours fériés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de 108 pour 100 000 habitants en S21, en **diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (124 cas/100 000 habitants en S20, soit -13%) (Figure 2).

● **Le taux de dépistage** national corrigé pour l'effet des jours fériés (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) était de 3 508 pour 100 000 habitants en S21, stable par rapport au taux consolidé de S20 (3 531/100 000 habitants, soit -1%) (Figure 2).

Figure 2. Évolution des taux d'incidence et de dépistage par semaine, avec ou sans correction pour l'effet des jours fériés, depuis la semaine 23-2020, France (données au 02 juin 2021)



Semaine 21 : données non consolidées

Source SI-DEP

Analyse par classe d'âge

● **En S21, le taux d'incidence corrigé était en diminution** par rapport au taux consolidé de S20 **dans toutes les classes d'âge** (Figure 3a). **Le taux de dépistage corrigé était stable** par rapport au taux consolidé de S20 **dans toutes les classes d'âge** excepté chez les 65-74 ans (+7%) et les 75 ans et plus (+11%) (Figure 3b).

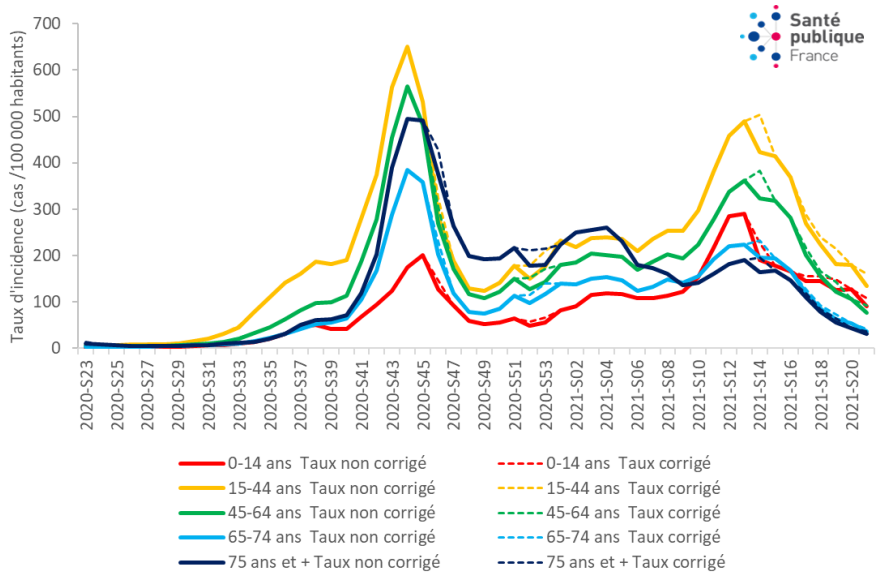
Dépistage selon la présence de symptômes

● En semaine 21**,** l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 86% des **personnes testées** (soit n = 1 710 461). La part des personnes symptomatiques était de 12,2%, stable par rapport à S19 (12,2%). Le taux de positivité était en diminution chez les symptomatiques (12,5% *vs* 14,4% en S20) et chez les asymptomatiques (1,9% *vs* 2,2% en S20).

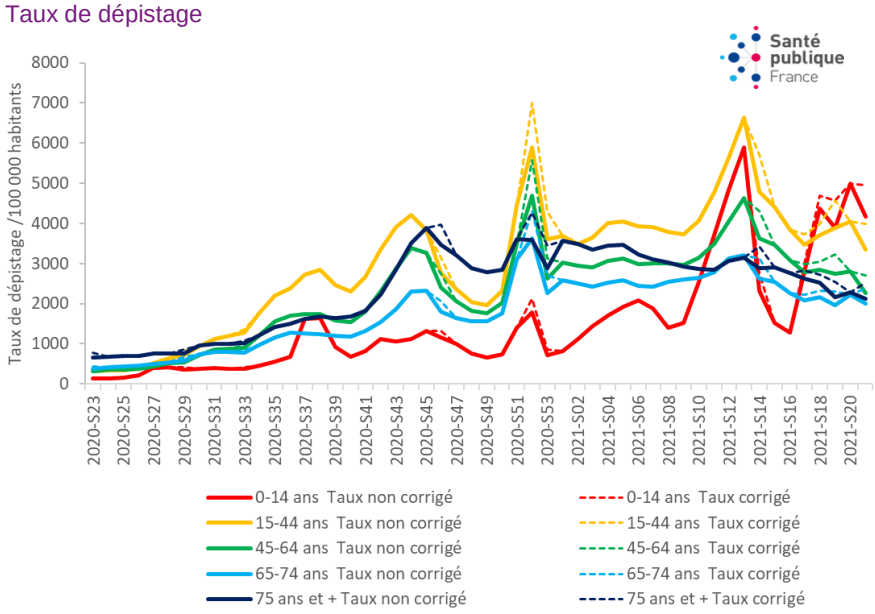
● **Parmi les cas**, 47,2% étaient symptomatiques, proportion stable par rapport à S20 (47,6%). **Le nombre de cas symptomatiques** était en **diminution** (26 105 *vs* 36 050 en S20, soit -28%), tout comme celui des **cas asymptomatiques** (29 178 *vs* 39 655 en S20, soit -26%).

Figure 3. Évolution des taux d'incidence (3a) et de dépistage (3b) corrigés et non corrigés pour l'effet des jours fériés et du taux de positivité (3c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23-2020, France (données au 02 juin 2021)

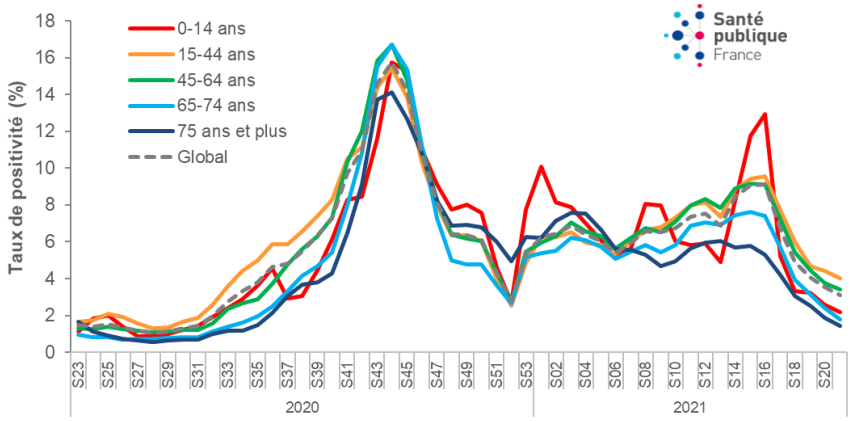
3a. Taux d'incidence



3b. Taux de dépistage



3c. Taux de positivité



Semaine 21 : données non consolidées

Source : SI-DEP

►Au niveau régional

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

Métropole

En semaine 21, **les plus forts taux d'incidence corrigés** étaient observés en régions **Île-de-France (136/100 000 habitants) et Hauts-de-France (133).** Le taux d'incidence était en diminution dans toutes les régions, excepté en Nouvelle-Aquitaine (86/100 000 habitants, soit +11%). Au niveau départemental, en comparaison avec les taux d'incidence non corrigés de S20, 4 départements présentaient une augmentation supérieure à 15% et un taux d'incidence corrigé supérieur à 100 pour 100 000 habitants : Côte-d'Or (183 en S21 *vs* 159 en S20), Ardennes (130 *vs* 113), Pyrénées Atlantique (135 *vs* 81), Landes (109 *vs* 89).

Les taux de dépistage corrigés les plus élevés étaient observés en Corse (4 546/100 000 habitants), Île-de-France (4 094) et Grand Est (3 964). Le taux de dépistage était stable ou en légère diminution dans la plupart des régions métropolitaines, sauf en Nouvelle-Aquitaine où l'on observait une augmentation (3 088, +4%).

Les taux de positivité les plus élevés étaient observés en Centre-Val-de-Loire (3,8%), Bourgogne-Franche-Comté (3,7%) et Hauts-de-France (3,6%). Le taux de positivité était en diminution dans la toutes les régions métropolitaines sauf en Nouvelle-Aquitaine (+0,2 point) et en Occitanie (stable).

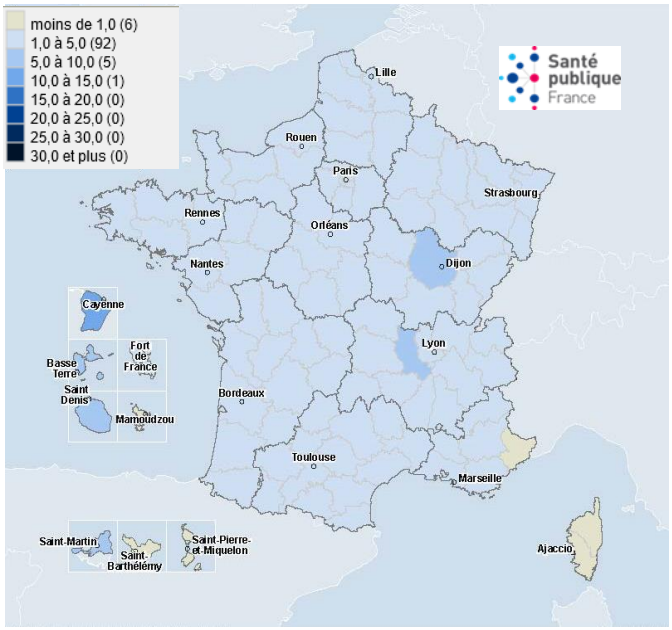
Outre-mer

En Guyane, le taux d'incidence corrigé était en diminution (370/100 000 habitants *vs* 410 soit -9,8%) mais restait à un niveau très élevé.

En Guadeloupe, le taux d'incidence corrigé était en diminution en S21 (91 *vs* 95 en S20).

En S21, le taux d'incidence corrigé était en augmentation à Saint-Martin (347 *vs* 328 en S20), et stable à la Réunion (160 *vs* 153 en S20), et en Martinique (27 *vs* 26 en S20).

Figure 4. Taux de positivité (%) pour le SARS-CoV-2 du 24 au 30 mai 2021, par département, France (données au 02 juin 2021)



Source : SI-DEP

Pour en savoir + sur les données SI-DEP, consulter Géodes

►Analyse par niveaux scolaires

● **En semaine 21**, 599 007 personnes de moins de 18 ans ont été testées pour le SARS-CoV-2 (*vs* 712 560 en S20). Un total de 14 556 nouveaux cas a été rapporté (*vs* 19 981 en S20). Les 0-17 ans représentaient 24% de l'ensemble des nouveaux cas observés dans la population générale. Si l'on considère des classes d'âge plus fines, correspondant aux niveaux scolaires, les 0-2 ans représentaient 4% des nouveaux cas parmi les moins de 18 ans, les 3-5 ans 9%, les 6-10 ans 31%, les 11-14 ans 31% et les 15-17 ans 25%.

● Le **taux d'incidence corrigé** au niveau national était de 177/100 000 habitants chez les 15-17 ans, 160 chez les 11-14 ans, 128 chez les 6-10 ans, 65 chez les 3-5 ans et 33 chez les 0-2 ans (Figure 5a).

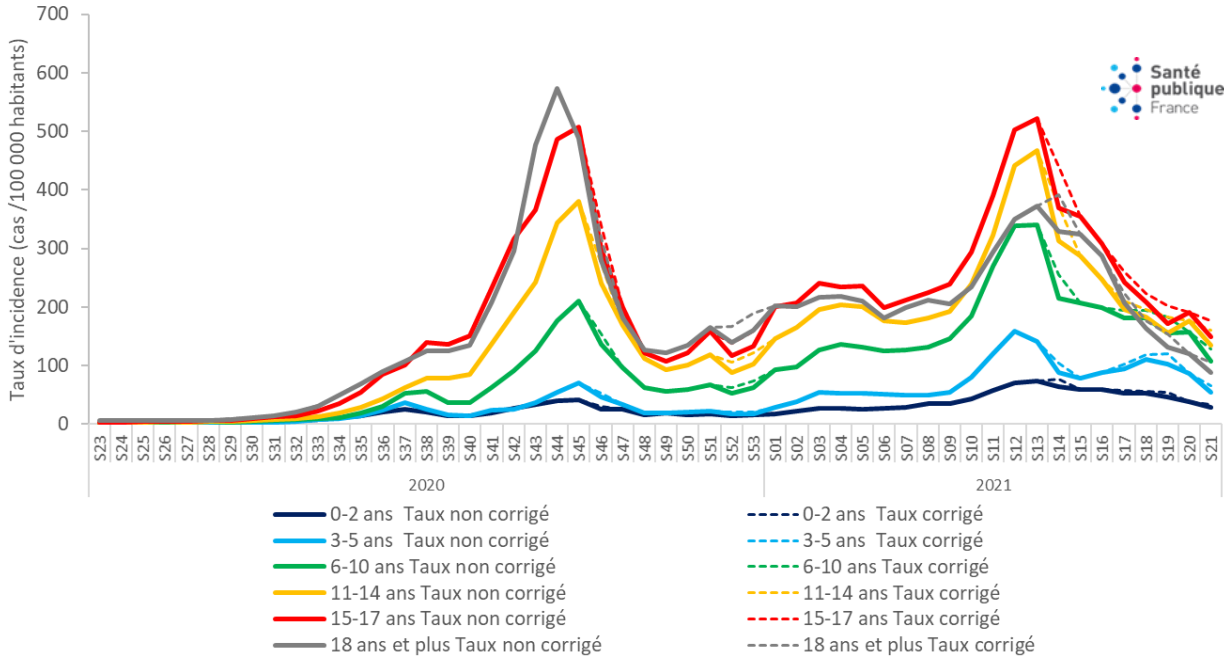
● Le **taux d'incidence** diminuait pour toutes les classes d'âge : les 15-17 ans (-7%), les 11-14 ans (-9%), les 6-10 ans (-18%), les 3-5 ans (-25%) et les 0-2 ans (-14%).

● Le **taux de dépistage** diminuait chez les 0-2 ans (-4%), les 3-5 ans (-6%) et les 6-10 ans (-5%), tandis qu'il augmentait chez les 11-14 ans (+7%) et les 15-17 ans (+4%) (Figure 5b).

● Le **taux de positivité** se stabilisait chez les 15-17 ans (-0,1 point) et diminuait chez les 11-14 ans (-0,5 point), chez les 6-10 ans (-0,7 point), les 3-5 ans (-1,0 point) et les 0-2 ans (-1,8 point) (Figure 5c).

Figure 5. Évolution des taux d'incidence (5a) et de dépistage (5b) corrigés et non corrigés pour l'effet des jours fériés, et du taux de positivité (5c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge des moins de 18 ans, depuis la semaine 23-2020, France (données au 02 juin 2021)

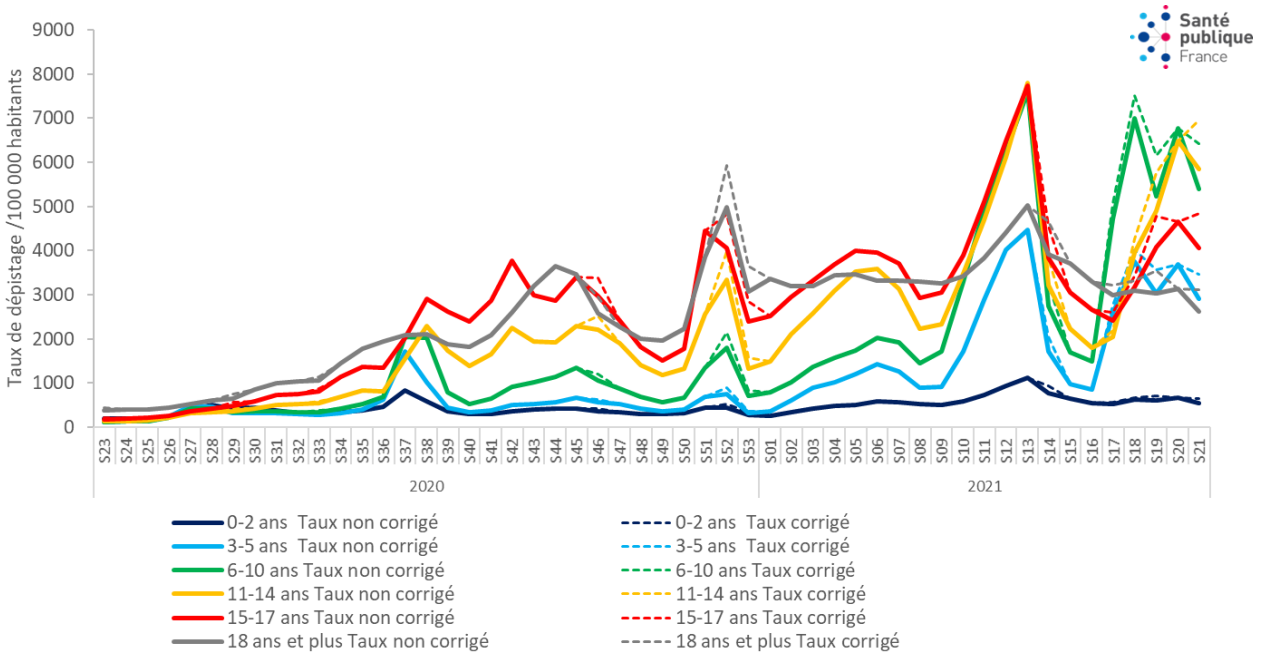
5a. Taux d'incidence



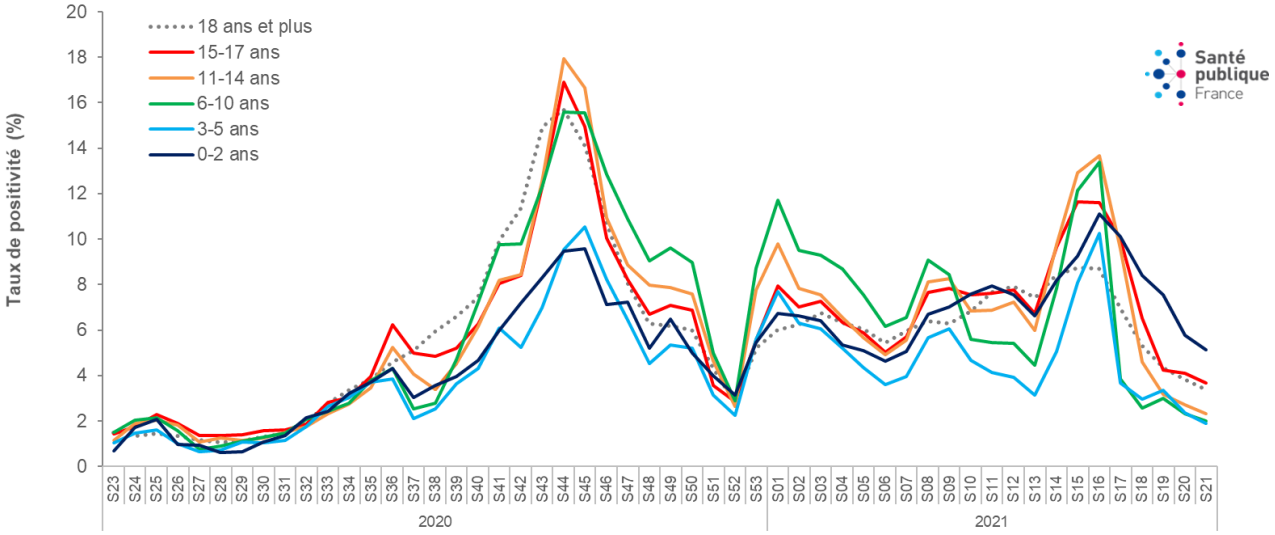
Semaine 21 : données non consolidées

Source : SI-DEP

5b. Taux de dépistage



5c. Taux de positivité



Semaine 21 : données non consolidées

Source : SI-DEP

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

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

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a annoncé une nouvelle nomenclature pour nommer les variants du coronavirus (Tableau 1).

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

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

Variants préoccupants (VOC)

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

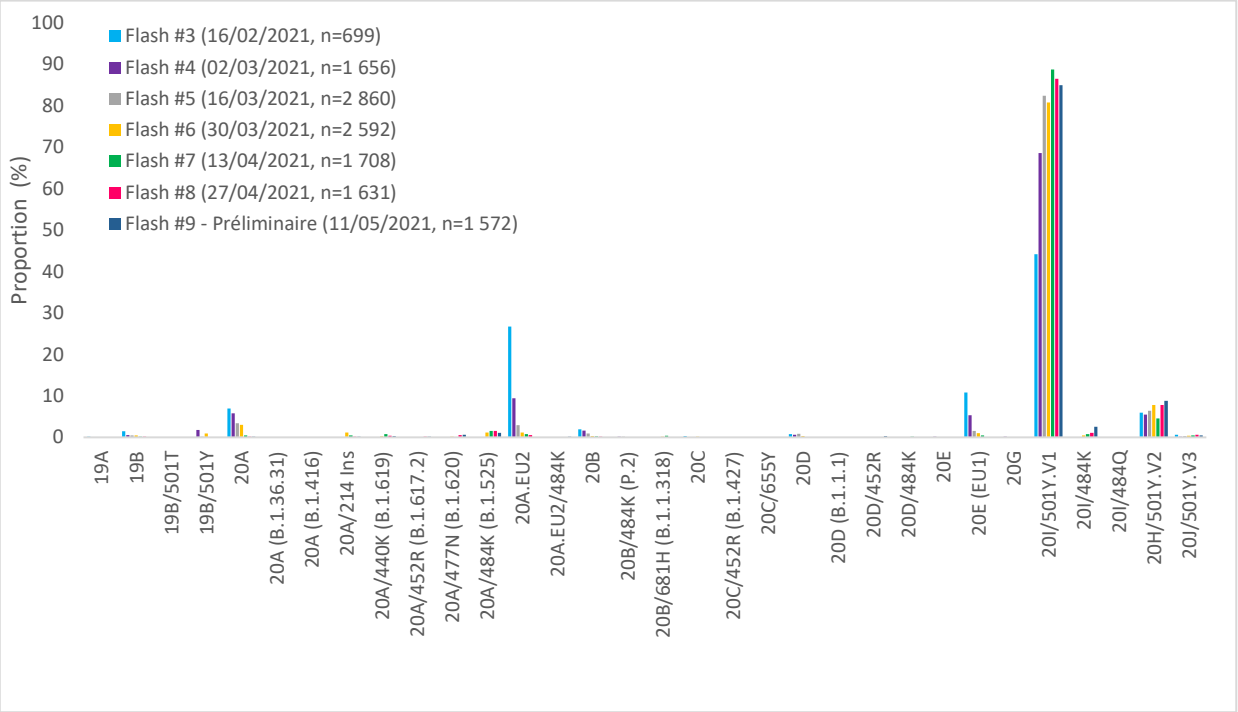
Tests de criblage

• Au niveau national en S21, parmi les tests positifs criblés dont les résultats étaient disponibles dans SI-DEP, **77,4% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 (Alpha) et 5,8% de variant 20H/501Y.V2 (Beta) ou 20J/501Y.V3 (Gamma)**. Les suspicions de variant 20H/501Y.V2 (Beta) ou 20J/501Y.V3 (Gamma) restaient hétérogènes selon les départements. Parmi les départements métropolitains présentant des données interprétables, la proportion du variant 20I/501Y.V1 (Alpha) était supérieure à 80% dans 57 départements, et supérieure à 90% dans 14 d'entre eux. La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (Beta) ou 20J/501Y.V3 (Gamma) était comprise entre 10% et 20% dans 5 départements métropolitains.

Les données sont disponibles en open data sur la plateforme Géodes.

• **Les résultats de l'enquête Flash #9** du 11 mai 2021 reposent sur 1 572 séquences disponibles au 1er juin 2021 (Figure 6). **Ces résultats confirment la prédominance du variant préoccupant 20I/501Y.V1 (Alpha)**, qui représentait 84,9% des séquences interprétables. Le variant préoccupant 20H/501Y.V2 (Beta) représentait 8,8% des résultats interprétables disponibles. Les variants préoccupants 20J/501Y.V3 (Gamma), 20I/484K, 20I/484Q et 20A/452R restaient très minoritaires, mais **le variant 20I/484K était en augmentation** (1,1% dans Flash #8 vs 2,6% dans Flash #9). De manière générale**, la proportion de variants ayant la mutation E484K continue d'augmenter au cours des enquêtes Flash** (8,7% dans Flash #7, 12,3% dans Flash #8 et 14,1% dans Flash #9), ce qui est à suivre avec attention compte-tenu d'une possible diminution de l'efficacité vaccinale des variants porteurs de cette mutation.

Figure 6. Évolution des résultats de séquençage par clade, Enquêtes Flash #3 à #9, France (données au 1er juin 2021)



• **Le variant 20I/484K,** ayant émergé au Royaume-Uni début 2021, était peu détecté en France jusqu'à la mi-mars. Une transmission communautaire a été rapportée depuis début avril dans plusieurs régions : en Bretagne où la situation semble contenue à ce jour, en Île-de-France et en Hauts-de-France. Lors de l'enquête Flash #9, la part du variant 20I/484K parmi les séquences interprétables était de 5,1% en Île-de-France (2,7% dans Flash #8) et 4,4% dans les Hauts-de-France (6,4% dans Flash #8). Lors de Flash #9, quelques cas ont également été rapportés dans les régions Normandie et Grand Est. Dans les Hauts-de-France, l'analyse des données de criblage et de séquençage à partir des données renseignées dans SI-DEP a permis d'identifier une augmentation importante des cas du variant 20I/484K à partir de la semaine 17. **Des clusters sont en cours d'investigation et des mesures ont été mises en place pour limiter la diffusion de ce variant.**

Depuis début 2021, l**e variant 20I/484Q** n'avait été détecté que chez de rares cas sporadiques en France. En Île-de-France, un cluster est survenu dans un établissement de soins en avril. En Nouvelle-Aquitaine, une transmission communautaire a été identifiée depuis le début du mois de mai, initialement limitée à un quartier de Bordeaux mais des cas ont également été identifiés dans d'autres quartiers et communes de Gironde. Au 1er juin, 90 cas probables ou confirmés du variant 20I/484Q ont été identifiés dans le cadre de cet épisode. Des mesures ont été mises en place pour limiter la diffusion de ce variant dans les quartiers et collectivités affectées. Une transmission communautaire du variant 20I/484Q a également été identifiée dans le secteur de Niort depuis le début du mois de mai : au 31 mai, 37 cas probables ou confirmés ont été identifiés dans les Deux-Sèvres. **La surveillance se poursuit dans ces deux secteurs pour suivre la diffusion de ce variant.**

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

En France, au 03 juin, 54 épisodes impliquant au moins un cas de variant du lignage B.1.617 ont été rapportés, représentant plus d'une centaine de cas confirmés par séquençage. Les régions rapportant le plus grand nombre d'épisodes sont les régions Île-de-France (n=21), Auvergne-Rhône-Alpes (n=10) et Nouvelle-Aquitaine (n=6). Un lien avec un pays étranger (séjour, travail, ou lien indirect par le biais de l'entourage) a été rapporté pour 48 épisodes : Inde (n=40), Népal (n=1), Maldives (n=1), Suisse (n=5), Espagne (n=1). Pour 3 épisodes en Ile-de-France (un cas isolé et 2 clusters familiaux) et un cluster familial dans les Landes en Nouvelle-Aquitaine, aucun lien avec un pays étranger n'était rapporté. Un cas isolé dans l'Oise avec possible contamination en milieu professionnel en Ile-de-France dans un lieu d'échanges internationaux a été rapporté.

Vingt-et-un épisodes impliquaient des cas isolés, 20 épisodes concernaient des chaines de transmission dans l'entourage familial ou amical d'un cas, et 6 épisodes concernaient des clusters dans des collectivités (équipage de bateau, foyer de travailleurs, EHPAD). Un cluster a été rapporté dans un EHPAD dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Parmi les 54 épisodes rapportés, le sous-lignage B.1.617.2 (Delta) était majoritairement détecté (43 épisodes dont 36 avec un lien avec un pays étranger). Le B.1.617.1 (Kappa) a été identifié dans 7 épisodes (tous en lien avec un pays étranger), et le sous-lignage n'est pas précisé pour 4 épisodes. A ce jour, aucun élément en faveur d'une diffusion communautaire significative n'a été rapporté en France mais les données récentes montrent un début de transmission communautaire localisée dans certaines régions.

Les mesures d'isolement et de contact tracing ont été mises en œuvre pour chaque épisode et ont limité le risque de diffusion. Toutefois la multiplication des épisodes, dont certains sont identifiés tardivement car ils ne sont pas liés à des retours d'Inde ou de pays limitrophes, augmente le risque de transmission autochtone de ce variant.

Variants à suivre (VOI)

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

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

NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori[1], avec une fenêtre temporelle mobile de sept jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP, des passages aux urgences (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. Les estimations du nombre de reproduction SI-DEP sont obtenues à partir des données virologiques non corrigées pour l'effet des jours fériés, ce qui doit être pris en compte dans l'interprétation de l'évolution temporelle de cet indicateur.

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

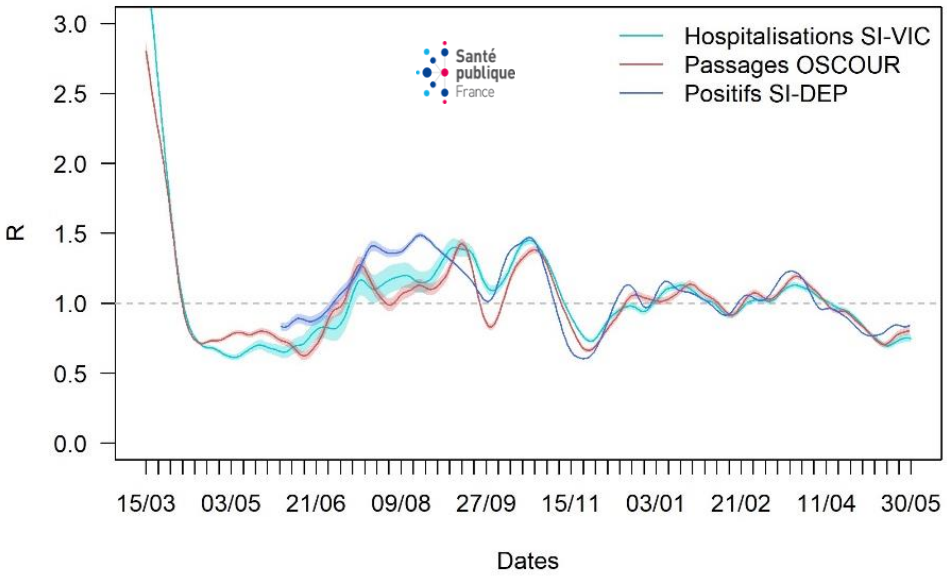
● **L'estimation du nombre de reproduction effectif en France métropolitaine était toujours significativement inférieure à 1 à partir des trois sources de données** (Tableau 2 et Figure 7).

Les estimations du nombre de reproduction effectif à partir des données virologiques (SI-DEP) sont obtenues à partir des données enregistrées et non corrigées pour les jours fériés. La dynamique de cet indicateur reflète l'évolution du taux d'incidence non corrigé. De ce fait, son interprétation doit être prudente cette semaine.

● L'estimation du nombre de reproduction effectif était significativement supérieure à 1 à partir des données virologiques (SI-DEP) en Nouvelle-Aquitaine, mais restait inférieure à 1 à partir des deux autres sources (Tableau 2). Dans les autres régions métropolitaines, les estimations du nombre de reproduction effectif étaient toutes inférieures à 1 à partir des trois sources de données.

● **À La Réunion**, l'estimation du nombre de reproduction était supérieure à 1 de façon non significative à partir des trois sources de données. Dans les autres régions d'outre-mer, les estimations du nombre de reproduction effectif étaient toutes inférieures à 1.

Figure 7. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP), des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), du 15 mars 2020 au 30 mai 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

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

Tableau 2. Nombre de reproduction effectif du 29 mai 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 30 mai 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	0,86 (0,84-0,88)	0,84 (0,76-0,92)	0,73 (0,65-0,82)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,89 (0,85-0,92)	0,85 (0,73-0,97)	0,89 (0,76-1,03)
	Bretagne	0,87 (0,83-0,90)	0,79 (0,63-0,96)	0,84 (0,67-1,01)
	Centre-Val de Loire	0,86 (0,82-0,89)	0,77 (0,63-0,91)	0,69 (0,57-0,84)
	Corse	0,72 (0,56-0,89)	NC	NC
	Grand Est	0,86 (0,83-0,88)	0,80 (0,70-0,90)	0,71 (0,61-0,81)
	Hauts-de-France	0,79 (0,77-0,81)	0,70 (0,62-0,79)	0,67 (0,60-0,75)
	Île-de-France	0,78 (0,76-0,79)	0,75 (0,70-0,80)	0,69 (0,64-0,74)
	Normandie	0,80 (0,78-0,83)	0,83 (0,71-0,97)	0,79 (0,68-0,92)
	Nouvelle-Aquitaine	**1,03 (1,00-1,06)**	0,92 (0,81-1,04)	0,85 (0,72-0,98)
	Occitanie	0,92 (0,89-0,95)	0,84 (0,75-0,95)	0,79 (0,67-0,91)
	Pays de la Loire	0,86 (0,83-0,89)	0,91 (0,77-1,06)	0,79 (0,66-0,94)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,82 (0,79-0,85)	0,81 (0,72-0,92)	0,85 (0,75-0,96)
	France métropolitaine	0,84 (0,84-0,85)	0,80 (0,77-0,83)	0,75 (0,72-0,78)
France ultramarine	Guadeloupe	0,76 (0,67-0,86)	0,87 (0,63-1,15)	0,74 (0,52-1,01)
	Guyane	0,90 (0,85-0,96)	0,99 (0,83-1,17)	0,90 (0,72-1,11)
	La Réunion	1,03 (0,97-1,09)	1,13 (0,93-1,34)	1,18 (0,95-1,43)
	Martinique	0,87 (0,69-1,06)	NA	NC
	Mayotte	0,48 (0,30-0,71)	NC	NC

NC : le nombre de reproduction n'est pas estimable de façon fiable en raison d'un nombre de cas insuffisant sur les sept derniers jours.
NA : données non disponibles pour cette région.

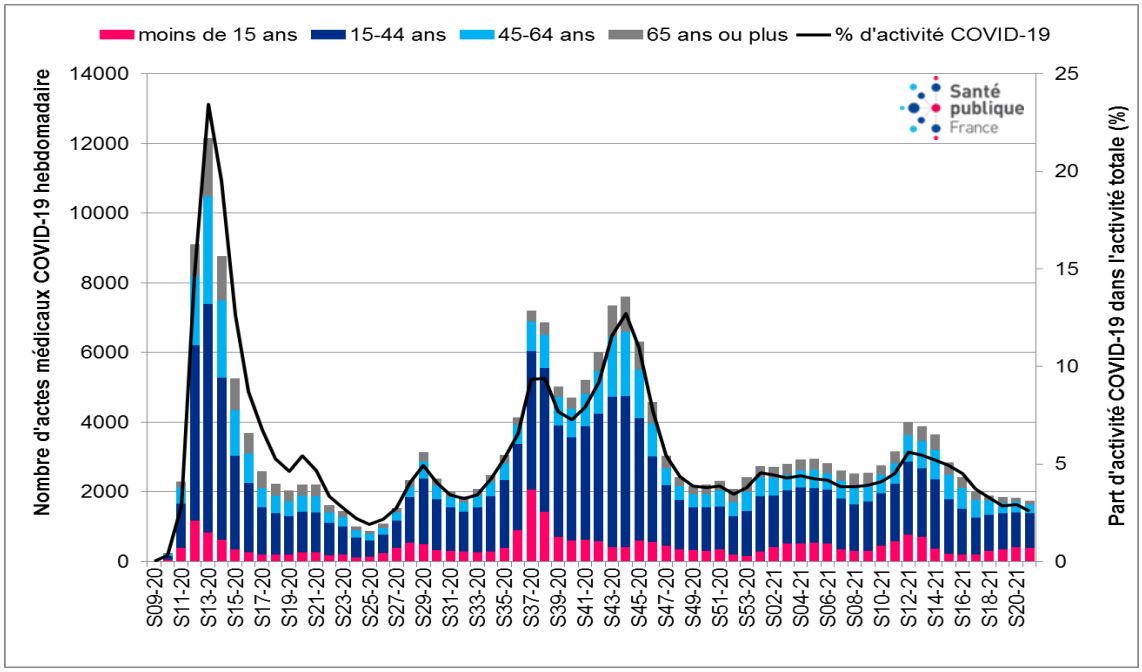
Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

ACTES MÉDICAUX DE L'ASSOCIATION SOS MÉDECINS

• Depuis le 03 mars 2020, **220 539 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 31 mai 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

• En semaine 21 (du 24 au 30 mai 2021), **1 761 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption au cours de la période. Ce nombre était **en légère baisse** par rapport à la semaine précédente (1 847 actes en S20, soit -5%) après six semaines consécutive de baisse et une semaine de stabilisation. La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était **en légère baisse** à 2,6% (*vs* 2,9% en S20) (Figure 8).

Figure 8. Nombre hebdomadaire d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 24 février 2020, France



Source : SOS Médecins

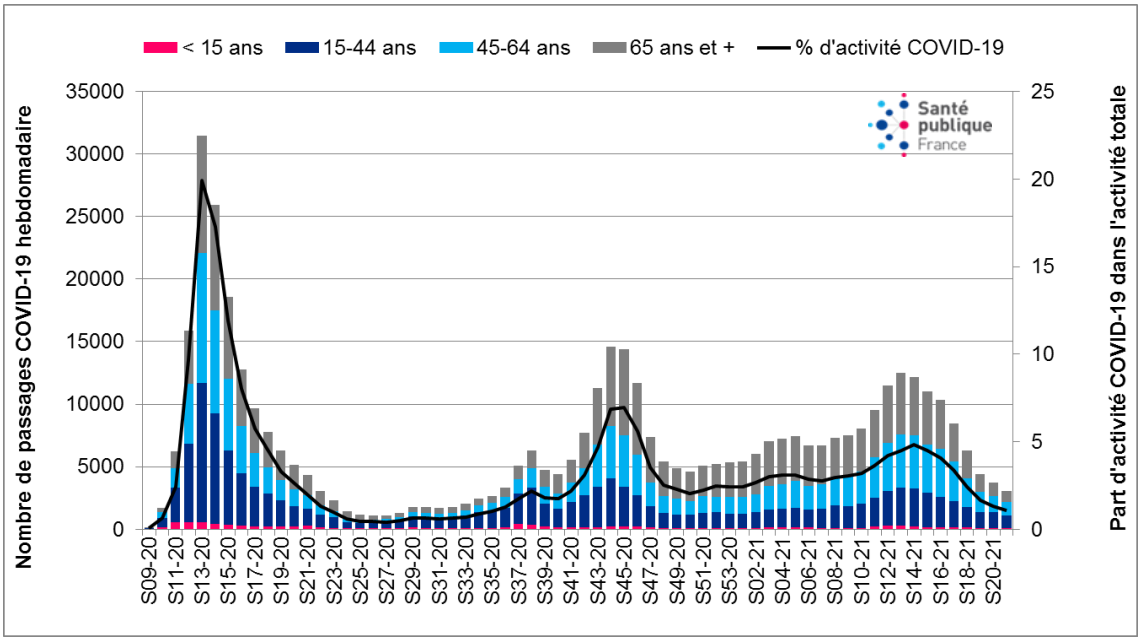
Pour en savoir + sur les données SOS Médecins consulter Géodes et le bulletin Sursaud

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

● Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020**, 494 184 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 1er juin 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

● **En semaine 21** (du 24 au 30 mai 2021), **3 266 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (contre 4 021 passages en S20, soit -19%). Il s'agit de la **septième semaine de baisse** consécutive (Figure 9). La part d'activité était de 1,1% en S21 (*vs* 1,4% en S20). Le pourcentage d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était en légère baisse (50% en S21 *vs* 52% en S20).

Figure 9. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 24 février 2020, France



Source : OSCOUR®

Pour en savoir + sur les données OSCOUR® consulter Géodes et le bulletin Sursaud

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

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

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

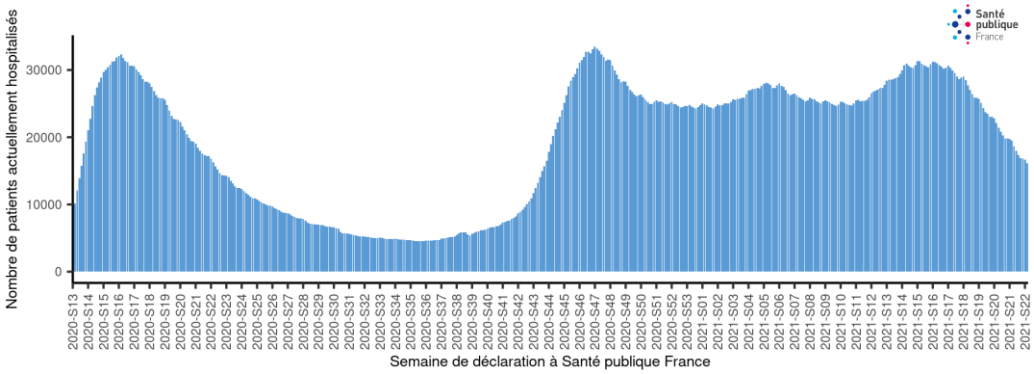
► Hospitalisations, admissions en services de soins critiques, décès

Patients actuellement hospitalisés et nombre total de décès

● Le 1er juin 2021, **16 146** patients COVID-19 étaient hospitalisés en France (*vs* 19 491 le 25 mai, soit -17%) (Figure 10), dont :

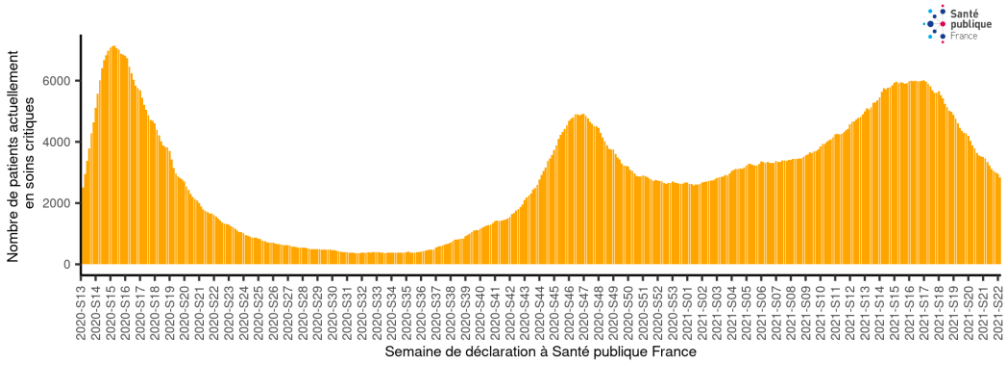
- **2 837** en services de soins critiques (*vs* 3 462 le 25 mai, soit -18%) (Figure 11 et Tableau 3). Parmi ceux-ci, 2 212 étaient en services de réanimation et 625 dans d'autres services de soins critiques (soins intensifs ou soins continus),
- **6 948** en hospitalisation conventionnelle (soit -23%),
- **5 966** en soins de suite et réadaptation et **395** en autres unités de soins.

Figure 10. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 1er juin 2021)



Source : SI-VIC

Figure 11. Nombre de patients COVID-19 en services de soins critiques, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 1er juin 2021)



Source : SI-VIC

● Parmi les 471 109 patients ayant été hospitalisés depuis le 1er mars 2020 (Tableau 3) :

- l'âge médian des patients était de 72 ans et 52% étaient des hommes ;
- **83 272** patients sont décédés : 73% étaient âgés de 75 ans et plus et 58% étaient des hommes.

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

	Le 1er juin 2021				Depuis le 1er mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Soins Critiques		Décès	
	N	%	N	%	N	%
Total	***16 146***		*2 837*		*83 272*	
Classes d'âge *						
Total	*16 019*		*2 819*		*82 824*	
0-14 ans	43	*<1*	6	*<1*	6	*<1*
15-44 ans	983	*6*	206	*7*	617	*<1*
45-64 ans	3 911	*24*	1 181	*42*	6 898	*8*
65-74 ans	4 050	*25*	1 080	*38*	14 440	*17*
75 et +	7 032	*44*	346	*12*	60 863	*73*
Régions *						
Total	*16 088*		*2 825*		*83 243*	
Métropole						
Auvergne-Rhône-Alpes	1 768	*11*	*290*	*10*	11 512	*14*
Bourgogne-Franche-Comté	671	*4*	*102*	*4*	4 768	*6*
Bretagne	480	*3*	*55*	*2*	1 625	*2*
Centre-Val de Loire	559	*3*	*91*	*3*	2 726	*3*
Corse	40	*<1*	*6*	*<1*	205	*<1*
Grand Est	1 256	*8*	*205*	*7*	10 088	*12*
Hauts-de-France	2 117	*13*	*382*	*14*	9 068	*11*
Île-de-France	4 181	*26*	818	*29*	20 197	*24*
Normandie	1 016	*6*	*144*	*5*	3 298	*4*
Nouvelle-Aquitaine	768	*5*	*127*	*4*	3 790	*5*
Occitanie	845	*5*	*168*	*6*	4 511	*5*
Pays de la Loire	453	*3*	*79*	*3*	2 680	*3*
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 487	*9*	*249*	*9*	7 940	*10*
Outre-mer						
La Réunion	*169*	*1*	*37*	*1*	210	*<1*
Martinique	*42*	*<1*	*12*	*<1*	96	*<1*
Mayotte	*6*	*<1*	*3*	*<1*	130	*<1*
Guadeloupe	*120*	*<1*	*27*	*<1*	285	*<1*
Guyane	*110*	*<1*	*30*	*1*	114	*<1*

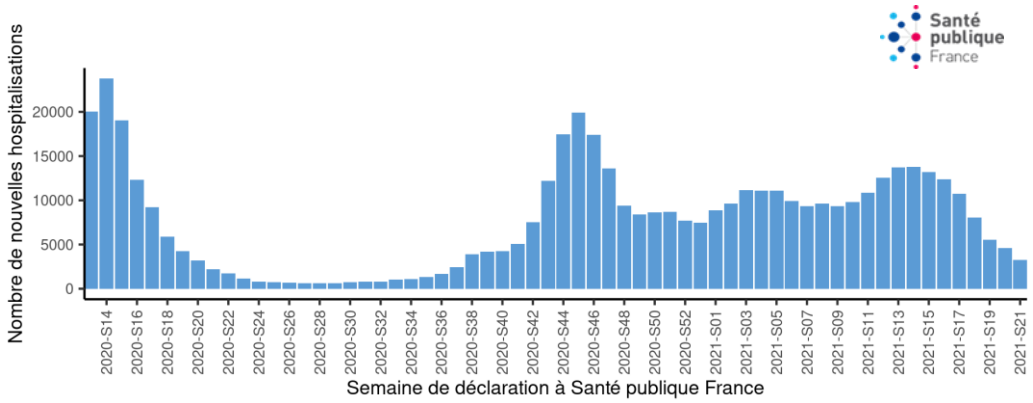
** L'information sur l'âge ou sur la région n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.*

Source : SI-VIC

Nouvelles hospitalisations en services conventionnels et en soins critiques

● La **diminution du nombre de déclarations** de nouvelles hospitalisations, observée depuis S15, s'est poursuivie en S21 : 3 246 *vs* 4 600 en S20, soit -29% (Figure 12). En S21, 89% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

Figure 12. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 30 mai 2021)



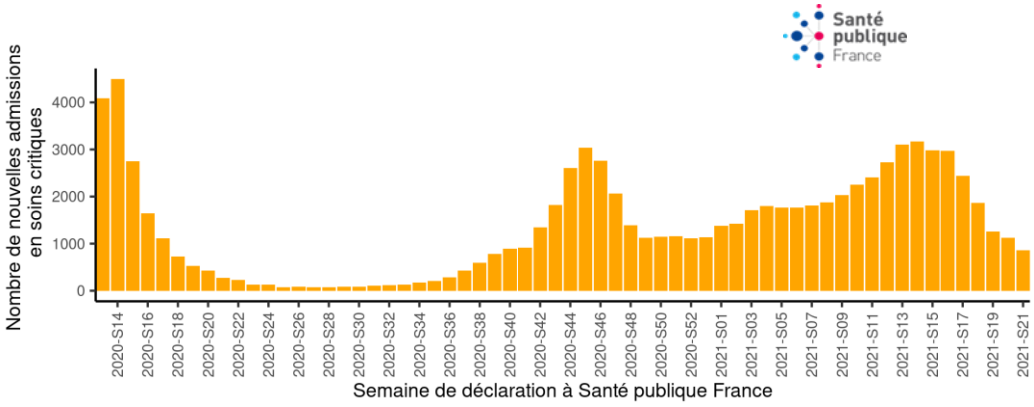
Source : SI-VIC

● En S21, le taux hebdomadaire d'hospitalisations par date de déclaration était de 4,8/100 000 habitants, contre 6,9 en S20.

● La **diminution du nombre de déclarations de nouvelles admissions en services de soins critiques** de patients COVID-19, observée depuis S15, s'est poursuivie en S21 : 856 contre 1 124 en S20, soit -24% (Figure 13). Parmi ces admissions :

- 95% des patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19 ;
- le nombre de nouvelles déclarations d'admission en services de réanimation était de 614 (*vs* 775 en S20, soit -21%).

Figure 13. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques, selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 30 mai 2021)



Source : SI-VIC

● Le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques par date de déclaration était de **1,3 pour 100 000 habitants** en S21 contre 1,7 en S20.

Données régionales

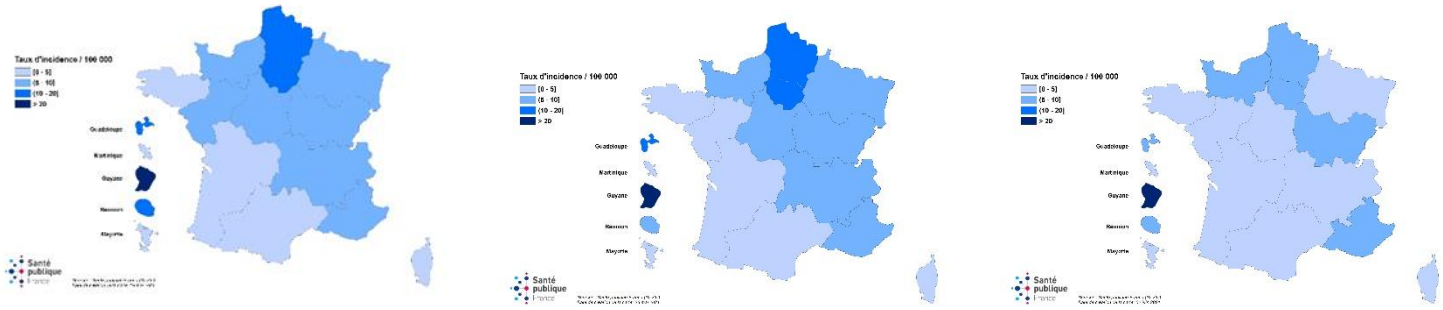
● En France métropolitaine, le taux hebdomadaire d'hospitalisations était en **diminution dans toutes les régions**.

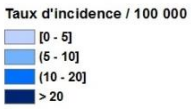
● En S21, les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Hauts-de-France** (6,7/100 000 habitants), **Île-de-France** (6,4), **Normandie** (5,8), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (5,7) et **Bourgogne-Franche-Comté** (5,3). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 4,1/100 000 habitants (Figure 14).

● **En Outre-mer, les plus forts taux d'hospitalisations en S21** étaient observés en **Guyane** (33,4/ 100 000 habitants), stable par rapport à S20 (-3%, soit -3 hospitalisations), à **La Réunion** (9,5), stable par rapport à S20 (+3 hospitalisations) et en **Guadeloupe** (9,0), en diminution par rapport à S20 (-44%, soit -27 hospitalisations). Le taux d'hospitalisation était en diminution en **Martinique** (-8 hospitalisations) et à **Mayotte** (-5 hospitalisations).

Figure 14. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 10 au 30 mai 2021 (S19 à S21, date de déclaration), France

Du 10 au 16 mai (S19) | Du 17 au 23 mai (S20) | Du 24 au 30 mai (S21)





Source : SI-VIC

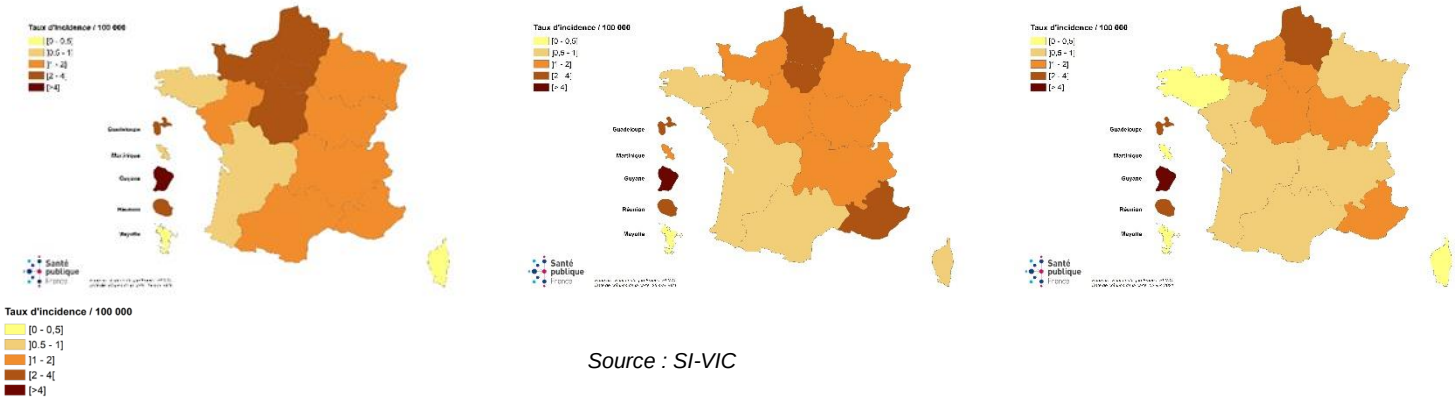
● **En France métropolitaine**, **le taux d'admissions en services de soins critiques** en S21 était en **diminution dans la majorité des régions.** Il était stable en **Bourgogne-Franche-Comté** (+3 hospitalisations), et **Pays de la Loire** (+2 hospitalisations).

● En S21, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en services de soins critiques** en métropole était rapporté dans les **Hauts-de-France** (2,1/100 000 habitants). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 1,9 pour 100 000 habitants (Figure 15).

● **En Outre-mer**, **les plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de soins critiques** en S21 étaient observés en **Guyane** (5,8/100 000 habitants, stable par rapport à S20) et en **Guadeloupe** (2,4, -4 hospitalisations). Il était de 2,0 à **La Réunion** (-6 hospitalisations), 0,3 en **Martinique** (-4 hospitalisations) et 0,0 à **Mayotte** (-1 hospitalisation).

Figure 15. Évolution du taux hebdomadaire d'admission en services de soins critiques de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 10 au 30 mai 2021 (S19 à S21, par date de déclaration), France

Du 10 au 16 mai (S19) | Du 17 au 23 mai (S20) | Du 24 au 30 mai (S21)



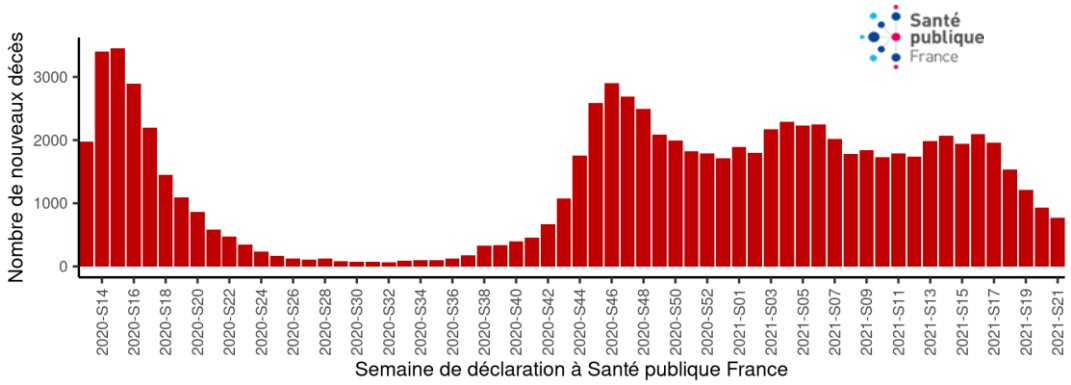
Source : SI-VIC

Nouveaux décès

● La diminution observée depuis S17 du nombre de déclarations de décès de patients COVID-19 survenus au cours d'une hospitalisation s'est poursuivie en S21 : **770** décès contre **931** en S20 (soit -17%) (Figure 16). En S21, 90% 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 diminution du nombre de décès en S20 (-21% par rapport à S19). Les données de S21 (-24% par rapport à S20) ne sont pas encore consolidées.

Figure 16. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 30 mai 2021)



Source : SI-VIC

● Le **taux hebdomadaire** de décès de patients COVID-19 était de **1,1 pour 100 000 habitants** en S21, contre 1,4 en S20.

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

►Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

Les données de mortalité en ESMS pour la semaine 21 ne sont pas totalement consolidées. Cependant, d'après les tendances des dernières semaines, le nombre de décès en ESMS reste stable à des niveaux faibles, la consolidation ne concerne que des variations à la marge du nombre hebdomadaire de décès (de l'ordre d'un ou deux décès en moins ou en plus).

● Entre le 1er mars 2020 et le 1er juin 2021, **109 691 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France, dont **83 272** survenus au cours d'une hospitalisation et **26 419** en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 30 mai 2021).

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

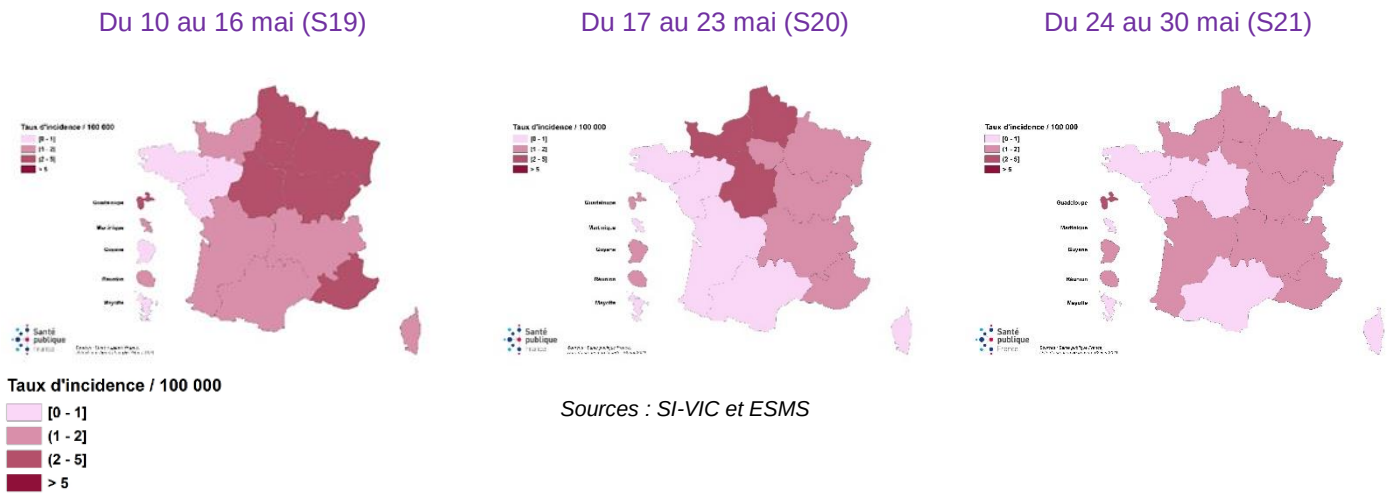
● Au niveau national, **le nombre hebdomadaire de décès était en diminution en semaine 21**, avec **797** décès, contre 964 en S20 (-17%). Le nombre de décès au cours d'une **hospitalisation** était en diminution (**770** en S21 contre 931 en S20). Le nombre de décès survenus en **ESMS** est resté stable depuis S13, à un niveau très bas (**27** décès signalés en S21).

● À l'échelle nationale, le **taux hebdomadaire de décès** était de **1,2 pour 100 000 habitants** en **S21** (contre 1,4 en S20).

● Le taux de décès en S21 était en diminution dans la majorité des régions. Il était stable ou en augmentation modérée en **Nouvelle-Aquitaine** (+5 décès), en **Guadeloupe** (+3 décès), en **Martinique** (+2 décès), à **Mayotte** (+2 décès) et à **La Réunion** (+1 décès).

● **En semaine 21**, le **plus fort taux de décès** par région rapporté à la population était observé en **Guadeloupe** (2,5/100 000 habitants). Les autres régions présentaient des taux de décès inférieurs à 2/100 000 habitants (Figure 17). En France métropolitaine, les plus forts taux de décès étaient observés dans les Hauts-de-France (1,9) et en Île-de-France (1,6).

Figure 17. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 10 au 30 mai 2021 (S19 à S21), par région, France



Sources : SI-VIC et ESMS

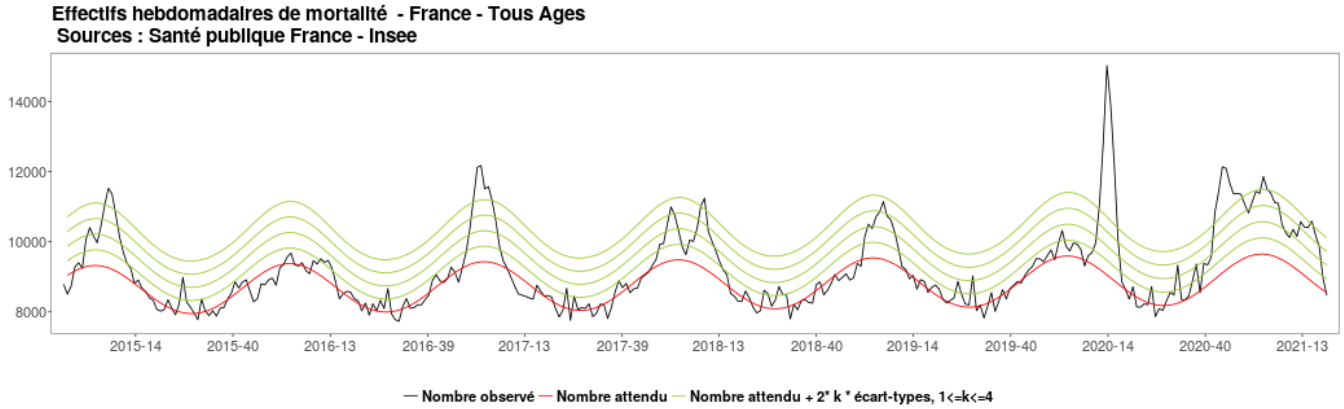
►Mortalité toutes causes

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

● **Au niveau national,** le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis S40-2020 (du 28 septembre au 04 octobre 2020) jusqu'à S18-2021. **Le nombre de décès était en baisse à partir de la semaine 17 et semble revenir dans les marges de fluctuation habituelle en semaines 19 et 20** (Figure 18).

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

Figure 18. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 36-2014 à la semaine 20-2021, France



Sources : Santé publique France, Insee

● Le nombre de décès était encore significativement supérieur à celui attendu dans les Hauts-de-France en semaine 19. En semaine 20, aucune région ne présentait un excès de décès à cette étape de consolidation des données.

N.B. : Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes, en particulier pour les semaines 16 à 20, 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

Pour en savoir + sur la mortalité toutes causes en Europe, consulter le site EuroMOMO

ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

Le suivi des personnes-contacts des cas de SARS-CoV-2 est assuré par les équipes de l'Assurance Maladie. Il vise à :

1) *limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas ;*
2) *détecter et briser les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes-contacts à risque et leur isolement ;*
3) *repérer d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle.*

Depuis le 26 avril 2021, les enfants faisant partie d'une classe fermée en raison du SARS-CoV-2 ne sont plus saisis en tant que personnes-contacts à risque dans ContactCovid si le contact à risque a eu lieu au sein de la classe.
La définition des contacts à risque est disponible sur le site de Santé publique France.

● En semaine 21, on observe une **diminution du nombre de cas et de personnes-contacts** enregistrés dans ContactCovid de plus de 20%. L'ensemble des autres indicateurs est stable. Une légère hausse des cas ayant fréquenté un ERP est constatée, en lien avec la levée partielle des mesures de freinage (Tableau 4).

Tableau 4. Indicateurs épidémiologiques du suivi des activités de traçage de la semaine 21 (du 24 au 30 mai 2021) et de la semaine 20 (du 17 au 23 mai 2021), France

Indicateurs ContactCovid	Semaine 21-2021	Semaine 20-2021	Tendance
Cas et personnes-contacts à risque			
Nombre de cas	61 309	83 703	↘ (-27%)
• Proportion des cas investigués	95%	96%	→
• Age moyen des cas	34 ans	34 ans	→
Nombre de personnes-contacts à risque	141 662	189 719	↘ (-25%)
• Proportion de personnes-contacts investiguées	96%	96%	→
• Age moyen des personnes-contact	29 ans	29 ans	→
Milieux fréquentés par les cas durant la période de contagiosité			
Nombre de cas liés au milieu scolaire	5126	6 585	↘ (-22%)
• % des cas de 18 ans et plus	14%	20%	↘
Nombre de cas liés à une réunion privée	437	540	↘
Nombre de cas liés au milieu sportif	385	281	↗
Nombre de cas liés à un restaurant (hors professionnel)	47	27	↗
Nombre de cas liés à un bar	25	7	↗
Délais			
Délai moyen entre date de début des signes et prélèvement diagnostique (56,4% des cas)	2,1 jours	2,0 jours	→
Nombre de personnes-contacts par cas			
Nombre moyen de contacts par cas	2,2	2,2	→
% de cas ne rapportant aucun contact à risque	38,7%	39,0%	→
% de cas rapportant plus de 5 personnes-contacts à risque	10,3%	10,3%	→
Chaînes de transmission			
Proportion de nouveaux cas connus auparavant comme personnes-contacts à risque	28,9%	29,0%	→
Proportion de personnes-contacts à risque devenues des cas en semaine n-1	10,5%	10,2%	→
• si cas index symptomatique	12,7%	12,4%	→
• si cas index asymptomatique	6 ,9%	6,5%	→
• si cas index domiciliaire	15,3%	15,7%	→
• si cas index extra-domiciliaire	7,1%	6,3%	↗
Mobilité des cas			
Proportion de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence	4,9%	5,0%	→
Proportion de cas ayant voyagé dans un autre pays	1,5%	1,3%	→

Source : ContactCovid-Cnam

Les analyses détaillées seront prochainement disponibles sur le site de Santé publique France.

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

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

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

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

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

►En population générale

● Le 1er juin 2021, **26 219 555 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** en France et **12 470 680 sont complètement vaccinées** (données par date d'injection).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, **39,1% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 18,6% est complètement vaccinée** (Tableau 5).

L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la population adulte (âgée de 18 ans ou plus) est de 49,8% pour au moins une dose et 23,7% pour une vaccination complète.

Tableau 5. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 1er juin 2021, par région, France

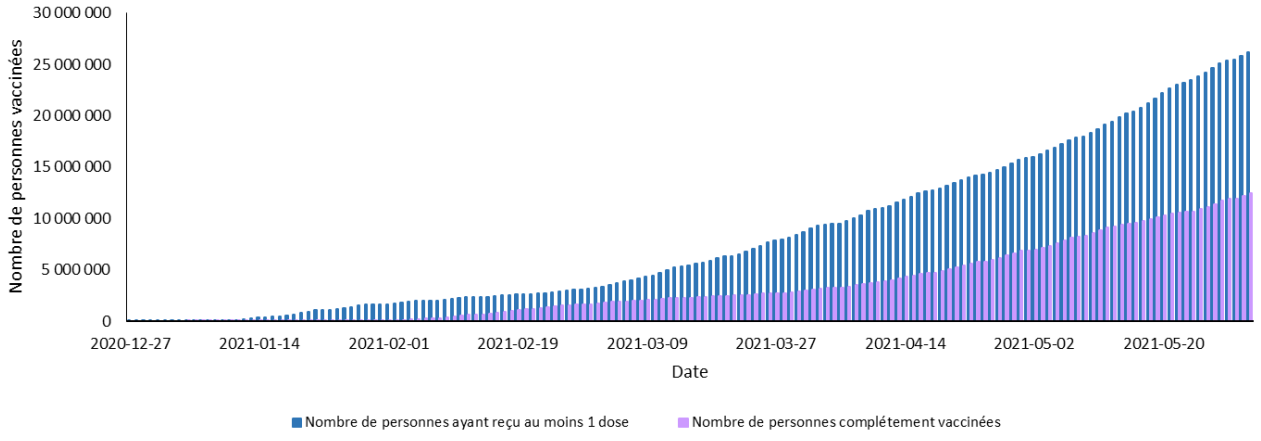
Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Vaccination complète (N)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	3 172 456	39,5	1 536 403	19,1
Bourgogne-Franche-Comté	1 115 709	40,1	565 074	20,3
Bretagne	1 404 718	42,1	679 036	20,3
Centre-Val de Loire	1 032 065	40,3	478 844	18,7
Corse	148 726	43,1	93 761	27,2
Grand Est	2 221 663	40,3	1 078 808	19,6
Hauts-de-France	2 429 462	40,7	1 063 453	17,8
Ile-de-France	4 536 760	36,9	1 853 789	15,1
Normandie	1 404 967	42,5	670 531	20,3
Nouvelle-Aquitaine	2 552 817	42,5	1 272 434	21,2
Occitanie	2 359 767	39,8	1 205 302	20,3
Pays de la Loire	1 523 284	40,1	679 955	17,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 979 970	39,2	1 108 422	21,9
France métropolitaine	**25 882 364**	**39,9**	**12 285 812**	**18,9**
Guadeloupe	37 697	10,0	17 089	4,5
Guyane	37 356	12,9	23 888	8,2
La Réunion	171 174	19,9	87 129	10,1
Martinique	48 254	13,5	33 379	9,3
Mayotte	27 348	9,8	15 195	5,4
Saint-Barthélemy	8 936	89,7	4 840	48,6
Saint-Martin	5 141	14,5	3 220	9,1
Non précisé	1 285	non applicable	128	non applicable
France entière	**26 219 555**	**39,1**	**12 470 680**	**18,6**

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

● **En une semaine** (du 26 mai au 1er juin 2021), **près de 2,5 millions de personnes ont reçu leur première dose** de vaccin, soit en moyenne **352 000 personnes vaccinées par jour** (Figure 19).

Au cours de cette semaine, près de 3,8 millions de doses ont été injectées (en premières ou secondes doses), soit 540 000 doses par jour en moyenne.

Figure 19. Nombres cumulés de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19, par jour de vaccination, France (données du 27 décembre 2020 au 1er juin 2021)



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

● Les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées **chez les personnes les plus âgées** (Tableau 6) du fait du ciblage prioritaire dont ils font l'objet dans la campagne de vaccination, selon la recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS). Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 79,9% (vaccination complète : 66,8%). S'agissant des personnes âgées de 75 à 79 ans, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 86,5% (vaccination complète : 72,4%). Pour les 80 ans et plus, elle s'élève à 76,4% (vaccination complète : 63,9%) et évolue peu par rapport à la semaine précédente (75,4% le 18 mai 2021). **Cette faible progression chez les personnes les plus âgées invite au renforcement des actions pour aller vers ces personnes, notamment au travers de la vaccination à domicile.**

Il convient de noter la progression de la couverture vaccinale chez les jeunes adultes alors que la vaccination est désormais proposée à l'ensemble des personnes de 18 ans et plus. **Plus de 20% des personnes âgées de 18 à 24 ans ont reçu une première dose de vaccin**.

Tableau 6. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 1er juin 2021, par classe d'âge, France

Classes d'âge	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Vaccination complète (N)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
18-24	1 098 420	20,3	231 971	4,3
25-29	866 453	23,3	235 419	6,3
30-39	2 264 574	27,3	614 242	7,4
40-49	3 247 262	37,8	878 466	10,2
50-59	5 021 619	57,1	1 766 987	20,1
60-64	2 815 869	68,6	1 192 181	29,1
65-69	2 847 423	73,0	1 322 115	33,9
70-74	2 934 485	84,4	1 964 266	56,5
75-79	1 918 798	86,5	1 604 523	72,4
80 ans et +	3 176 820	76,4	2 656 471	63,9
inconnu*	27 832	non applicable	4 039	non applicable
France	**26 219 555**	**39,1**	**12 470 680**	**18,6**

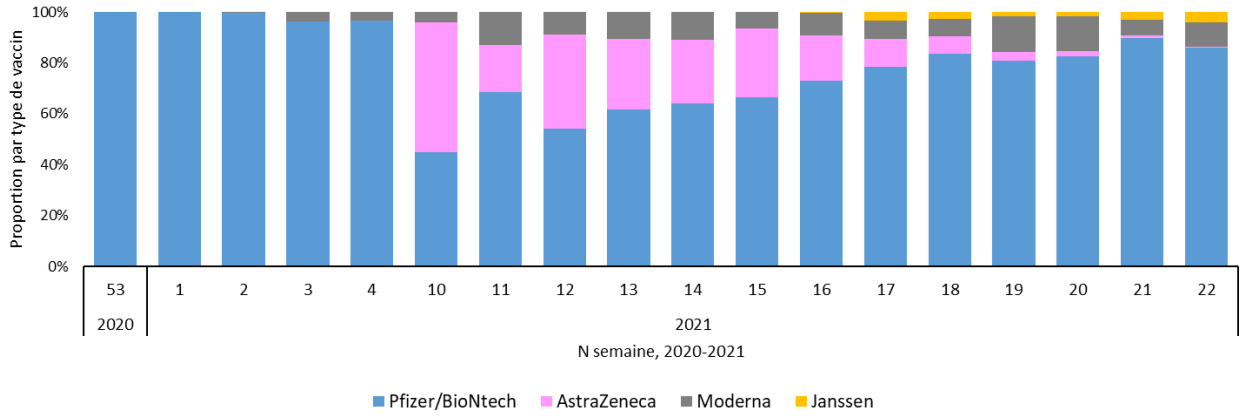
** Inconnu et incluant les personnes vaccinées et mentionnées comme âgées de moins de 18 ans*

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

● Les couvertures vaccinales pour au moins une dose sont de 36,8% pour les hommes et de 41,0% pour les femmes.

● La majorité des personnes vaccinées l'ont été avec le vaccin Pfizer/BioNTech et, dans une moindre mesure, avec le vaccin AstraZeneca (Figure 20).

Figure 20. Proportion de personnes vaccinées par type de vaccin pour la première dose en France (données du 27 décembre 2020 au 1er juin 2021)



►Résidents en Ehpad ou en USLD

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

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

►Professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD

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

● Au 1er juin 2021, il est estimé selon la méthode précédemment décrite que 397 463 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD auraient reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France (données par date d'injection). Ainsi, selon cette méthode, 85,0% des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD auraient reçu une première dose de vaccin et 313 382 seraient complètement vaccinés, soit 67,0% des professionnels.
Ces valeurs doivent être fiabilisées. En effet, des personnes de moins de 65 ans ont été vaccinées dans ces structures sans y exercer. Or, le mode de comptabilisation des vaccinations en Ehpad conduit à compter tous les vaccinés, y compris des bénévoles qui ont pu être vaccinés pour ne pas perdre de doses.

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

►Professionnels de santé

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

● **Au 1er juin 2021** (données par date d'injection), 2 179 929 personnes déclarées comme professionnels de santé dans Vaccin Covid ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 1 635 899 sont entièrement vaccinées. Sur la base de ces données, les couvertures vaccinales chez les professionnels de santé en exercice seraient ainsi estimées à 98,0% (au moins une dose) et 73,6% (complètement vaccinés).

● **Les couvertures vaccinales doivent être fiabilisées** dans plusieurs régions où les couvertures vaccinales pour au moins une dose sont supérieures à 99% (Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire).
La surestimation est très certainement liée au fait que des personnes ont été enregistrées comme professionnels de santé dans Vaccin Covid sans l'être réellement ou sans être en activité (par exemple, les agents non professionnels de santé travaillant en milieu hospitalier ou en ESMS, ou les professionnels de santé retraités).

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

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

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 personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (Access panel), de mars 2020 à mai 2021. Une information plus détaillée est disponible sur le site de Santé publique France.

► Adoption des mesures barrières

• **En vague 24 de l'enquête (17-19 mai 2021)**, hormis le respect systématique des 2 mètres de distance entre individus qui est resté stable (39%), l'adoption systématique des autres mesures en lien avec l'interaction sociale a significativement diminué par rapport à la vague précédente, ainsi que la proportion de personnes déclarant rester confinées à la maison (37% *vs* 42%), en lien avec l'allègement récent des restrictions mises en place par les pouvoirs publics.

• **Le port systématique du masque en public** qui reste la mesure déclarée la plus souvent respectée (82% en V24) ainsi que l'adoption des mesures d'hygiène restent à des niveaux stables.

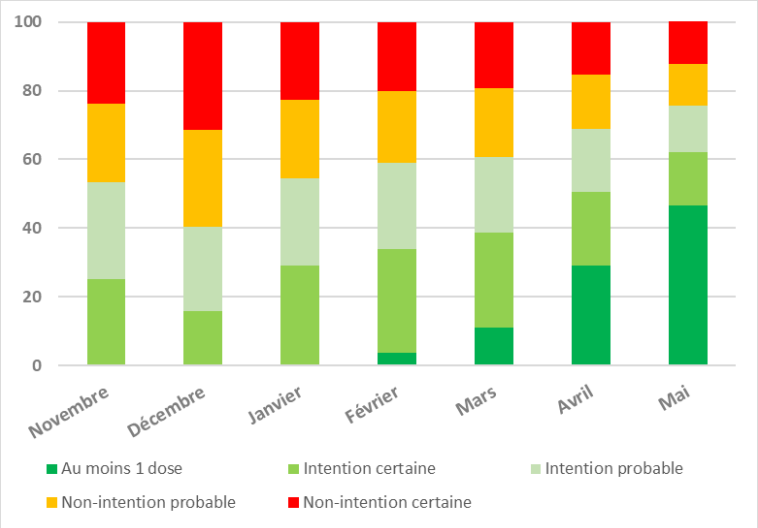
• **En vague 24,** les populations adoptant moins systématiquement les mesures de prévention sont le plus souvent les hommes, les jeunes de 18 à 34 ans et les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé *(motivation et compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé, Echelle Health Literacy Questionnaire, Dimension 5).*

►Acceptabilité de la vaccination contre la Covid-19

• **En vague 24** (17-19 mai 2021), **plus de la moitié (76%) des personnes interrogées répondait soit avoir reçu une 1re dose de vaccin (47%) soit vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la Covid-19 dès que cela serait possible**. Ce résultat est significativement supérieur à celui retrouvé en vague 23 (69%) (Figure 21). La proportion de participants déclarant ne pas avoir l'intention de se faire vacciner passait ainsi de 31% lors de la précédente vague de l'enquête (21-23 avril 2021) à 24%. Cette évolution de l'adhésion à la vaccination touche toutes les classes d'âge. Seuls 47% de parents d'enfants interrogés auraient l'intention de faire vacciner leurs enfants si un vaccin était disponible.

Depuis janvier 2021, les hommes, les plus de 65 ans, les CSP+, les personnes déclarant une bonne situation financière et les personnes qui perçoivent la Covid-19 comme grave déclarent être le plus souvent vaccinés et favorables à la vaccination.

Figure 21. Évolution de la vaccination et des intentions de se faire vacciner contre la Covid-19 (% pondérés). Enquête CoviPrev (vague 24 : 17-19 mai 2021), France métropolitaine

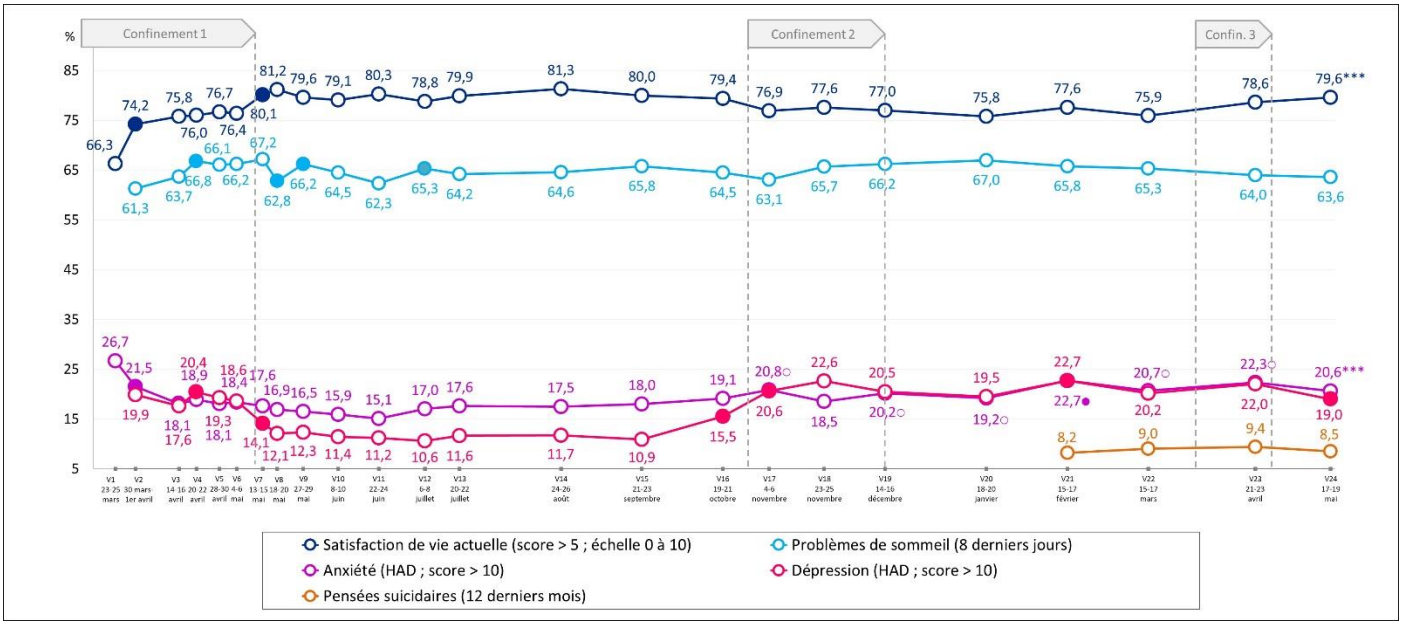


►Santé mentale

● **En vague 24 (17-19 mai)**, pour la première fois depuis octobre 2020 (vague 16), **une diminution significative des états dépressifs était observée** (- 3 points par rapport à la vague précédente) (Figure 22). **Aucune évolution significative n'était observée sur les autres indicateurs.**

Les prévalences des états anxieux et dépressifs, des problèmes de sommeil et des pensées suicidaires restaient supérieures à celles observées hors épidémie (Baromètre santé 2017) et le niveau de satisfaction de vie inférieur. Au total, 30% des personnes interrogées présentaient un état anxieux ou dépressif.

Figure 22. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2021



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

● En vague 24, les personnes déclarant des **antécédents de trouble psychologique,** une **situation financière très difficile,** les **inactifs** et les **étudiants** présentaient des prévalences **significativement plus élevées** d'anxiété, de dépression, de problèmes de sommeil et de pensées suicidaires.

Les résultats détaillés de la vague 24 de CoviPrev sont disponibles sur le site de Santé publique France.

SITUATION INTERNATIONALE

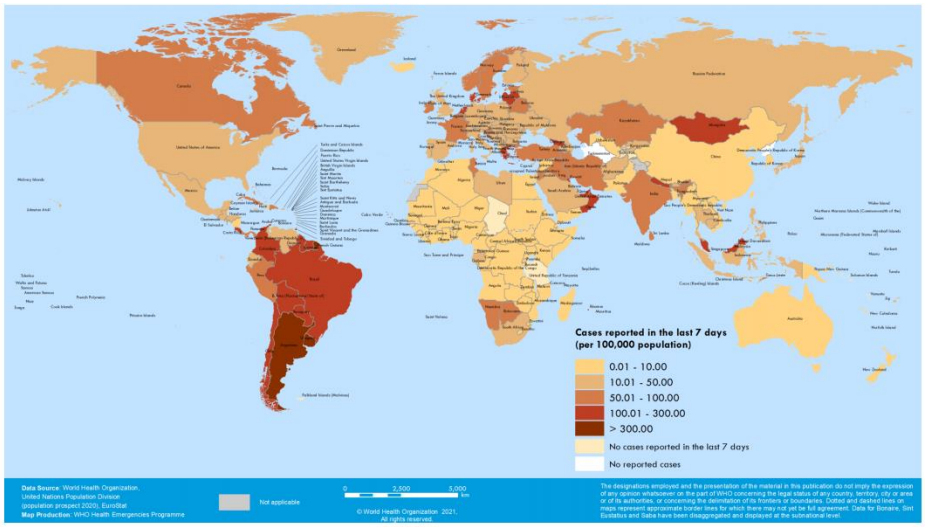
Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **170 426 245 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés dans le monde – **et 3 548 628 décès** – au 31 mai 2021. En semaine 21, plus de **3,5 millions** de nouveaux cas et **78 000** décès ont été signalés, ce qui constitue une baisse respective de -15% et de -7% par rapport à la semaine précédente.

►Foyers majeurs

• En semaine 21, les foyers majeurs de l'épidémie se situaient dans les zones **Asie du Sud-Est** (1 516 572 cas et 29 477 décès rapportés) et **Amériques** (1 198 427 cas et 31 286 décès). Ces régions étaient à l'origine de respectivement 43% et 34% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 37% et 40% des nouveaux décès en semaine 21 (Figure 23 et Tableau 7).

• Les pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas en S21 étaient : l'Inde (1 364 668 nouveaux cas), le Brésil (420 981), l'Argentine (219 910), les États-Unis (153 587) et la Colombie (150 517).

Figure 23. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 21 (du 24 au 30 mai 2021)



Source : OMS

►Tendances

• En semaine 21, le nombre de nouveaux cas était en baisse en Asie du Sud-Est et en Europe. Il augmentait dans les régions Afrique et Pacifique occidental. Les décès augmentaient en Afrique (+11%).

Tableau 7. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 21 (du 24 mai au 30 mai 2021)

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+52 710	+1 198 427	+1 516 572	+430 945	+212 568	+139 234
Tendance	+22% ↗	-2% →	-24% ↘	-26% ↘	-1% →	+6% ↗
Décès rapportés	+1 143	+31 286	+29 477	+11 113	+3 556	+2 090
Tendance	+11% ↗	-1% →	-8% ↘	-17% ↘	-18% ↘	-2% →

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

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

Pour en savoir + sur la situation internationale :

Dans le monde : OMS - *Weekly Epidemiological Update* **En Europe** : ECDC - *Weekly Surveillance Report*

SOURCES DES DONNÉES

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

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

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

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

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

SI-DEP (Système d'information de dépistage) : plateforme sécurisée avec enregistrement systématique des résultats des laboratoires de tests pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le SARS-CoV-2 (depuis le 13 mai 2020) et pour le criblage de suspicions de variants (depuis le 25 janvier 2021).

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

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

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

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

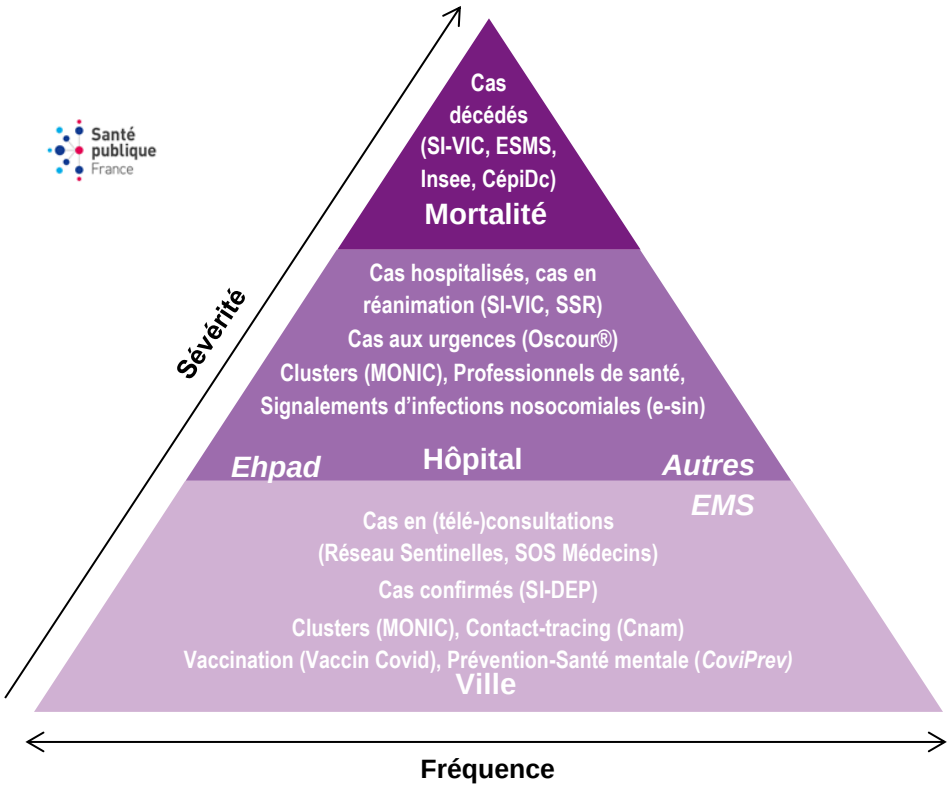
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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 monitorage 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.



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 : Nicolas Méthy, Fanny Chéreau, Christine Campese, Vincent Fournier, Didier Che

Systèmes de surveillance : Pauline Adam, Anne-Sophie Barret, Jonathan Bastard, Sybille Bernard-Stoeklin, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Bruno Coignard, Jean-Claude Desenclos, Enguerrand Du Roscoät, Julien Durand, Myriam Fayad, Adeline Feri, Laure Fonteneau, Anne Fouillet, Lucie Fournier, Laurence Guldner, Katia Hamdad, Rémi Hanguehard, Eline Hassan, Marion Hulin, Yann Le Strat, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Daniel Levy-Bruhl, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Anna Maisa, Frédéric Moisan, Oriane Nassary, Michael Padget, Gaëlle Pedrono, Camille Pelat, Alessandro Pini, Elisabeth Pinto, Johnny Platon, Candice Roudier, Claire Sauvage, Cécile Sommen, Benjamin Taisne, Sophie Vaux

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

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

Diffusion
Santé publique France
12, rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice
Tél : +33 (0)1 41 79 67 00 / www.santepubliquefrance.fr

Date de publication
03 juin 2021

Citer ce document
COVID-19. Point épidémiologique hebdomadaire. N°66, 03 juin 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 35 p.