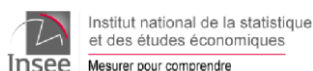


**Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 :** médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, Cnam, Inserm,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



# COVID-19

## Point épidémiologique hebdomadaire n°59 du 15 avril 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 14 avril 2021.**

### ► Points clés

**En semaine 14, maintien des indicateurs à un niveau très élevé avec une tension hospitalière persistante**

- Stabilisation du taux d'incidence prenant en compte le lundi férié
- Diminution du nombre de dépistages mais augmentation du taux de positivité
- Stabilisation des nouvelles hospitalisations et des admissions en services de soins critiques
- Nombre de patients actuellement en hospitalisation et en services de soins critiques toujours en progression
- Augmentation de la mortalité liée à la COVID-19
- Métropole : régions Île-de-France, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur toujours très touchées
- Outre-mer : augmentation des taux d'incidence et de positivité dans les Antilles et en Guyane

### Variants

- Proportion de suspicions de variants préoccupants (VOC) par RT-PCR de criblage :
  - suspicions de variant 20I/501Y.V1 majoritaires en métropole à 83,0%
  - suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 stables à 3,8%

### Prévention

- Vaccination : 11 366 175 personnes ayant reçu au moins une dose (couverture vaccinale : 16,9%)
- 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 14 (du 05 au 11 avril 2021)

	S14	S13*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	230 770	275 249	NI **
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	9,2%	7,5%	+1,7 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	3 672	3 920	-6%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	12 505	12 868	-3%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	13 754	13 717	0%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	3 175	3 109	+2%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres ESMS)	2 112	2 033	Non consolidée

\* Données consolidées

\*\* Non interprétable : l'évolution entre ces semaines n'est pas interprétable du fait de la forte baisse de l'activité de dépistage en lien avec le lundi férié de la semaine 14. Afin de prendre en compte l'effet du jour férié sur cet indicateur, des analyses complémentaires ont été réalisées et sont présentées p.7.

#### Du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 13 avril 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	99 508
---	--------

## ► Point de situation en semaine 14 (du 05 au 11 avril 2021)

En semaine 14 (du 05 au 11 avril 2021), les indicateurs épidémiologiques se maintenaient à un niveau très élevé, avec une stabilisation de la majorité des indicateurs. Un ralentissement de la circulation virale est observé en particulier dans les départements où des mesures de restrictions renforcées avaient été mises en œuvre les 20 et 27 mars 2021. Néanmoins, la tension hospitalière se poursuit sur l'ensemble du territoire métropolitain et la mortalité est toujours en hausse, évolution attendue du fait de l'intensité de l'épidémie ces dernières semaines. Les régions les plus touchées en semaine 14 étaient toujours l'Île-de-France, les Hauts-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dans ce contexte, l'adhésion aux mesures de prévention individuelles, le respect des mesures de freinage collectives ainsi que l'accélération de la vaccination restent des enjeux majeurs pour faire face au niveau de circulation encore très élevé du virus.

Au niveau national, **230 770 nouveaux cas** ont été confirmés, soit près de **33 000 cas en moyenne** chaque jour. **Du fait de la forte baisse de l'activité de dépistage (-31%), en lien avec le lundi férié de S14, l'évolution des données non corrigées entre les semaines 13 et 14 n'était pas interprétable.** Des analyses complémentaires ont donc été réalisées pour prendre en compte l'effet du jour férié sur les indicateurs de surveillance. **Suite à ces ajustements, le taux d'incidence (408 pour 100 000 habitants) était stable (-0,6% par rapport à la semaine 13) après quatre semaines d'augmentation, tandis que le taux de dépistage (4 438 pour 100 000 habitants) diminuait (-18,6%). Le taux de positivité (9,2%) augmentait en S14 (vs 7,5% en S13).** L'arrêt des campagnes de dépistage en milieu scolaire a également pu avoir un impact sur les taux de dépistage dans le contexte de la fermeture des établissements.

**Le taux hebdomadaire d'hospitalisation était stable en S14 mais le nombre de patients COVID-19 hospitalisés restait très élevé, avec plus de 31 000 personnes hospitalisées** au 13 avril. Le taux d'admission en services de soins critiques était également stable en S14 (+2% par rapport à S13), le nombre de personnes hospitalisées dans ces services atteignant **5 969 patients** le 13 avril.

**Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus** était toujours significativement supérieur à celui attendu au niveau national, et **dans huit régions** en semaine 13. **Le nombre de décès liés à la COVID-19** (survenus à l'hôpital et en ESMS) a augmenté en S13 (+10%).

Depuis la semaine 10, les 75 ans et plus connaissent le taux d'incidence le plus bas, restant néanmoins à un niveau élevé malgré l'augmentation progressive de la couverture vaccinale dans cette classe d'âge, ce qui reflète une circulation intense du virus dans l'ensemble de la population.

L'analyse des résultats des tests de criblage des variants préoccupants indique une prédominance nette de la proportion de suspicions de variant **20I/501Y.V1, qui représentait 83%** des tests criblés en S13 en France. La proportion de suspicions de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 restait stable à 4%.**

Au 13 avril 2021, **11 366 175 personnes avaient reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19, soit **14% de la population en France**. Il est estimé que **98% des résidents d'Ehpad ou d'USLD** ont reçu une première dose de vaccin, et 75% les deux doses.

**La limitation des contacts et des déplacements ainsi que l'adoption systématique des gestes barrières sont indispensables pour tous.** Il demeure primordial que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. L'accélération de la campagne de vaccination 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 .....	14
IMPACT DES MESURES DE RESTRICTIONS SANITAIRES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE .....	19
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS .....	22
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX .....	27
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®).....	30
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif » .....	31
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER .....	33
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ .....	44
VACCINATION CONTRE LA COVID-19 .....	49
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE .....	58
SITUATION INTERNATIONALE .....	59
SYNTHÈSE .....	63
SOURCES DES DONNÉES.....	69

Retrouvez les dernières données concernant :

- la **surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques** dans le PE du **25 mars 2021** ;

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

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

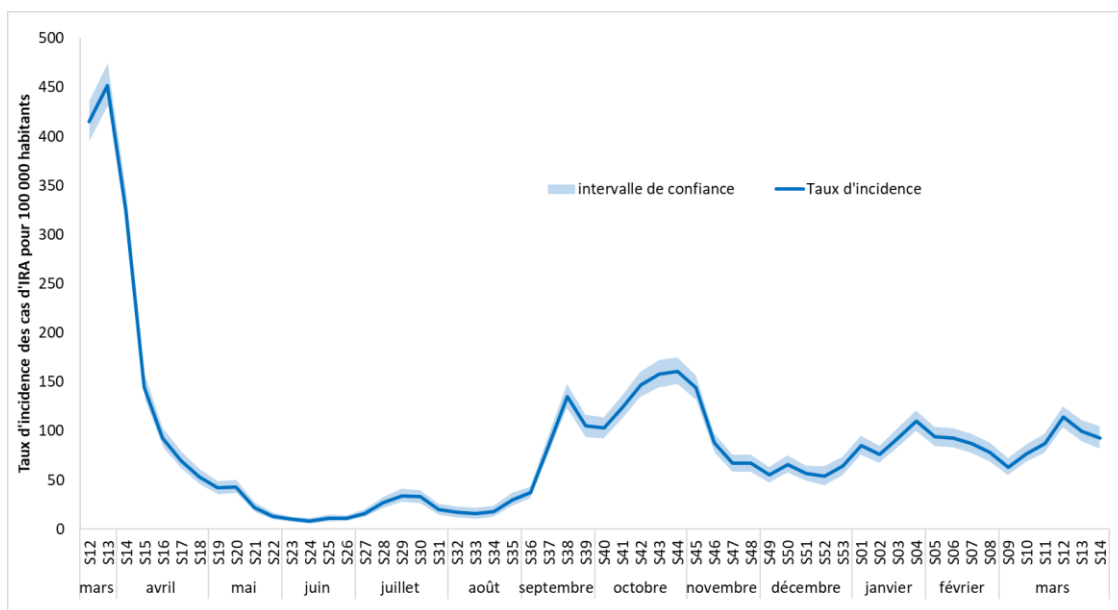
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes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

- En semaine 14 (du 05 au 11 avril 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 93 pour 100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [81-105] en France métropolitaine, en **légère diminution** par rapport à la semaine 13 : 100/100 000 habitants (IC95% : [89-111]) (Figure 1).

- Sur les 16 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA en S14, un seul prélèvement s'est avéré positif pour le SARS-CoV-2, trois étaient positifs pour un rhinovirus, trois pour un virus respiratoire syncytial (VRS) et deux pour un métapneumovirus. Aucun virus grippal n'a été détecté.

- Depuis la semaine 37-2020, sur les 1 061 prélèvements naso-pharyngés effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés, 304 (29%) étaient positifs pour un rhinovirus, 144 (14%) pour le SARS-CoV-2, 60 (6%) pour un métapneumovirus et 52 (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**



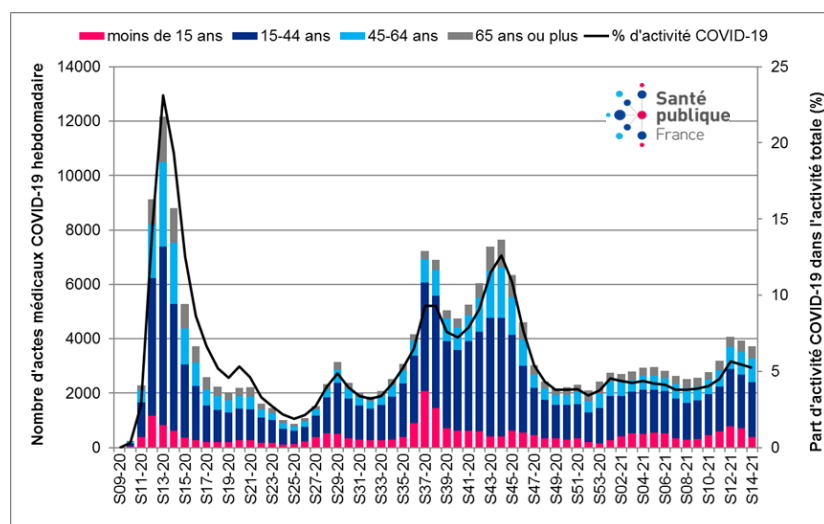
Semaine 14 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

## ► Associations SOS Médecins

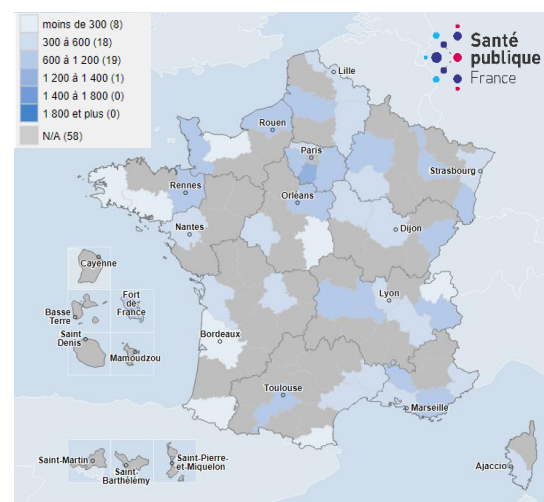
- Depuis le 03 mars 2020, **205 799 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 11 avril 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- En semaine 14 (du 05 au 11 avril 2021), **3 672 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur la période. Ce nombre était **en légère baisse** par rapport à la semaine précédente (3 920 actes en S13, soit -6%).
- L'analyse par classe d'âge montre une **baisse chez les enfants de moins de 15 ans** (-47%, soit -331 actes), une **stabilité** chez les **15-44 ans** (+1%, soit +26 actes) et les **75 ans et plus** (+3%, soit +5 actes) et une **légère hausse** chez les **45-64 ans** (+7%, soit +55 actes).  
La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge** était de 4% chez les 0-4 ans, 6% chez les 5-14 ans, 54% chez les 15-44 ans, 23% chez les 45-64 ans, 6% chez les 65-74 ans et 5% chez les 75 ans et plus (contre respectivement 6%, 12%, 50%, 20%, 6% et 5% en S13).
- **Au niveau régional**, les actes médicaux pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en baisse dans toutes les régions en dehors de la Corse (+39%, soit +10 actes) et du Centre-Val de Loire (+30%, soit +23 actes).
- La majorité des actes a été enregistrée en Île-de-France (22%), Auvergne-Rhône-Alpes (13%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (11%), Grand Est (10%) Hauts-de-France (9%), et Nouvelle-Aquitaine (9%).
- La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était **stable** à 5,3% (5,5% en S13) (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 14-2021, 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 par SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir [définition de cas](#))

Les indicateurs SI-DEP de la semaine 14 (du 05 au 11 avril) incluent le lundi de Pâques – ce jour férié étant marqué par une forte diminution de l'activité de dépistage –, alors que la période de référence S13 (du 29 mars au 04 avril) ne l'inclut pas. Pour pallier l'effet des jours fériés sur le calcul des indicateurs de suivi de l'épidémie de Covid-19 – notamment les taux d'incidence et de dépistage, des correctifs de ces données, présentées dans le Point épidémiologique de cette semaine, permettent un meilleur suivi de la dynamique de l'épidémie.

## ► Prise en compte des jours fériés dans la construction des indicateurs épidémiologiques basés sur les tests biologiques

La production quotidienne d'indicateurs épidémiologiques sur une période de sept jours consécutifs repose sur la nécessité d'inclure l'ensemble des jours d'une semaine dans le calcul de ces indicateurs, étant donné que le volume des tests réalisés est variable d'un jour à l'autre au cours d'une semaine (saisonnalité hebdomadaire). **Cependant, lorsqu'un jour férié correspond à une journée d'activité comprise entre le lundi et le vendredi, les indicateurs de taux d'incidence et de taux de dépistage calculés sur sept jours glissants peuvent être affectés assez fortement.** En effet, l'activité d'un jour férié est assez proche de celle d'un dimanche. Ainsi, le nombre de personnes testées au cours des sept jours (et parmi elles les personnes testées positives) est mécaniquement plus faible que pour une période de sept jours ne comprenant pas de jour férié. **Les taux d'incidence et de dépistage sont donc plus faibles et la baisse observée, qui s'explique par une activité moindre, peut laisser penser à tort à un ralentissement voire à une diminution du nombre d'infections ou de dépistage.**

Pour réduire l'impact des jours fériés sur la valeur des indicateurs épidémiologiques, et ceci afin de limiter les problèmes d'interprétation de leurs évolutions temporelles, une méthode développée par Public Health England a été utilisée. Cette méthode repose sur deux hypothèses : 1/ un jour férié est considéré comme étant équivalent à un dimanche et 2/ le premier jour ouvré après un jour férié est considéré comme un lundi. L'hypothèse qu'un jour férié soit équivalent à un dimanche (en ce qui concerne les activités de déclaration) revient à remplacer la proportion de tests réalisés, associée au jour férié, à la proportion associée au dimanche. Le taux d'incidence corrigé du jour férié est donc plus élevé que le taux d'incidence non corrigé du jour férié. Lorsque le jour férié est un mardi, un mercredi ou un jeudi, le même type de correction s'applique. En revanche, lorsqu'un vendredi est férié, on peut lui attribuer la proportion associée à un dimanche, mais on ne considèrera pas le samedi comme un lundi. Une seule correction sur le vendredi est appliquée. Si le samedi est férié, on le considère comme un dimanche et si un dimanche est férié, aucune correction n'est appliquée. D'autres situations peuvent survenir (deux jours fériés consécutifs) et des attributions sont appliquées en fonction de ces situations, selon les jours de la semaine concernés.

La prise en compte des jours fériés a également un impact sur les taux de dépistage. En revanche, **le taux de positivité est inchangé puisque la même correction est appliquée au numérateur** (soit le nombre de personnes testées positives) **et au dénominateur** (soit le nombre de personnes testées dans la semaine).

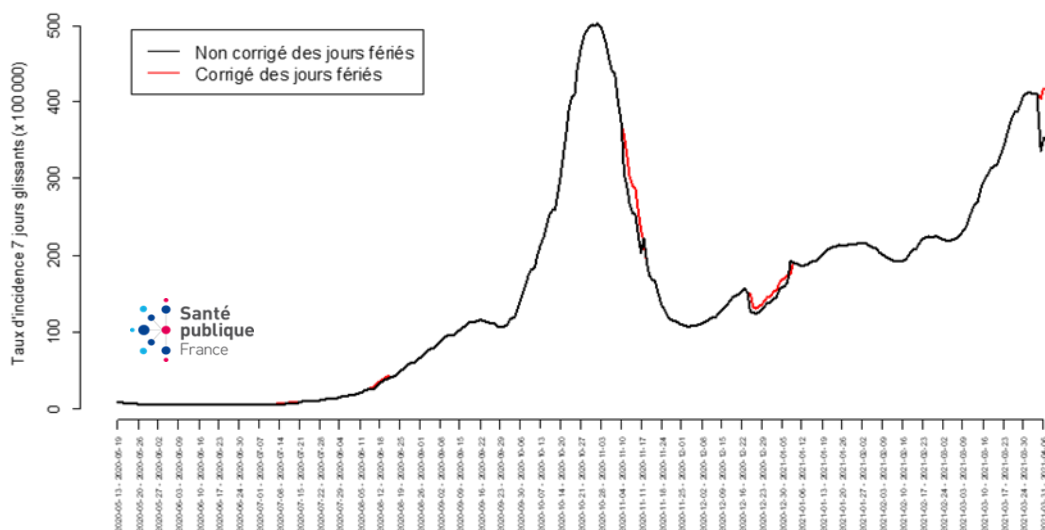
Une [note méthodologique](#) décrivant plus précisément cette méthode est disponible sur le site internet de Santé publique France.

<sup>1</sup> <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4372-y>

La figure 4 illustre le taux d'incidence sur sept jours glissants rapporté à 100 000 habitants en France en prenant en compte ou non les jours fériés. Les différences entre la courbe noire et la courbe rouge sont visibles lors de la présence de jours fériés (31/05/2020, 01/06/2020, 14/07/2020, 15/08/2020, 01/11/2020, 11/11/2020, 25/12/2020, 01/01/2021, 05/04/2021). **Ce dernier jour férié inclus dans la semaine 14 a un fort impact sur les indicateurs épidémiologiques SI-DEP, notamment les taux d'incidence et de dépistage.**

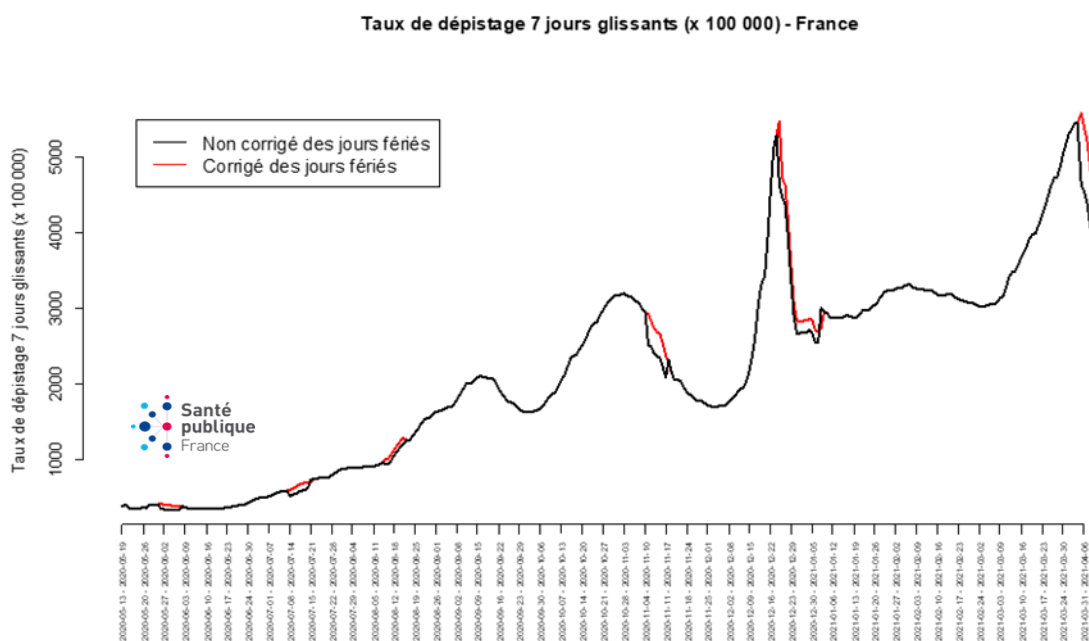
La figure 5 illustre le taux de dépistage sur sept jours glissants rapporté à 100 000 habitants en France en prenant en compte ou non les jours fériés.

**Figure 4 : Taux d'incidence sur 7 jours glissants en France, avec correction (courbe rouge) ou non (courbe noire) des jours fériés (données au 14 avril 2021)**



Source : SI-DEP

**Figure 5 : Taux de dépistage sur 7 jours glissants en France, avec correction (courbe rouge) ou non (courbe noire) des jours fériés (données au 14 avril 2021)**

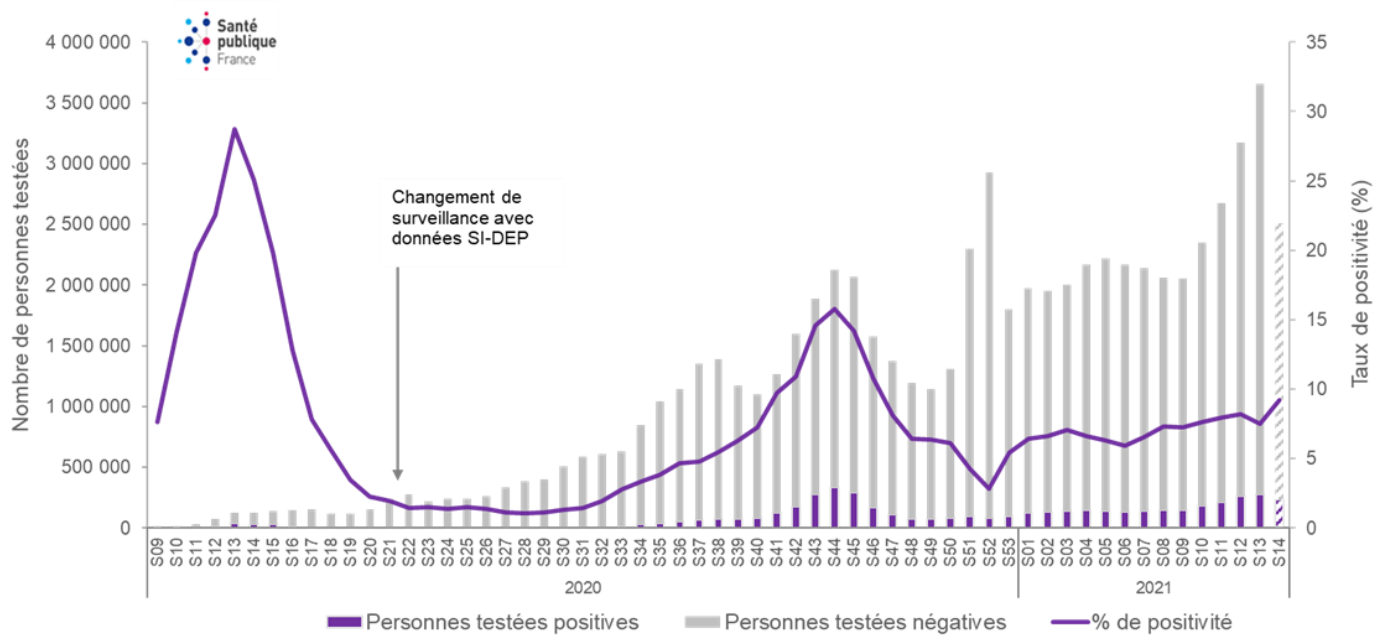


Source : SI-DEP

## ► Au niveau national : cas confirmés, taux d'incidence, de positivité et de dépistage (données non corrigées)

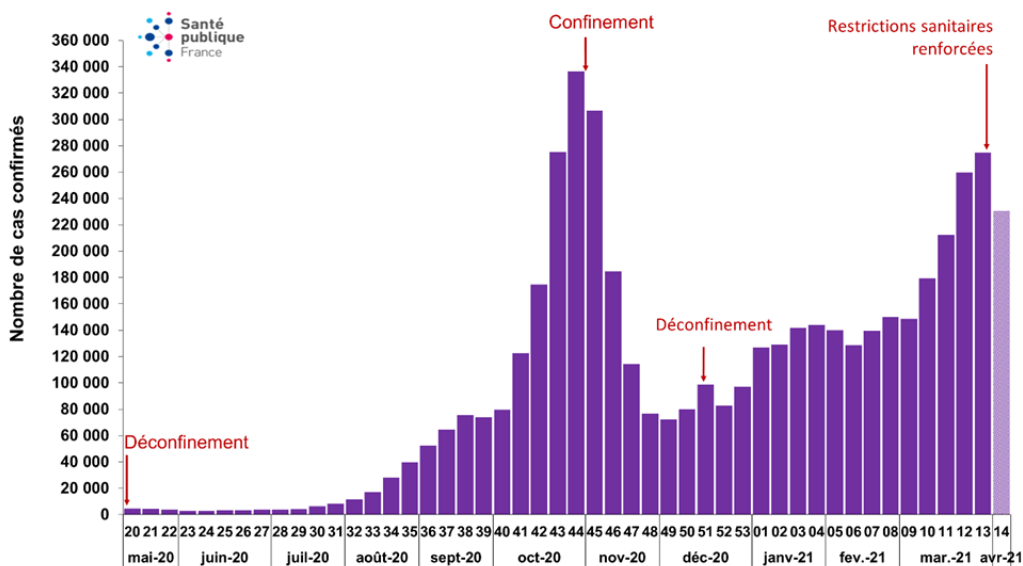
- En semaine 14, 2 511 261 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 3 658 375 en S13, soit -31%), et 230 770 **nouveaux cas confirmés** ont été rapportés (Figures 6 et 7).
- Au 14 avril 2021, **un total de 5 149 834 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

**Figure 6. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 14 avril 2021) (données non corrigées pour S14)**



Sources S09-S19-020 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20-2020 : SI-DEP

**Figure 7. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement) rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 11 avril 2021, France (données au 14 avril 2021) (données non corrigées pour S14)**



Source : SI-DEP

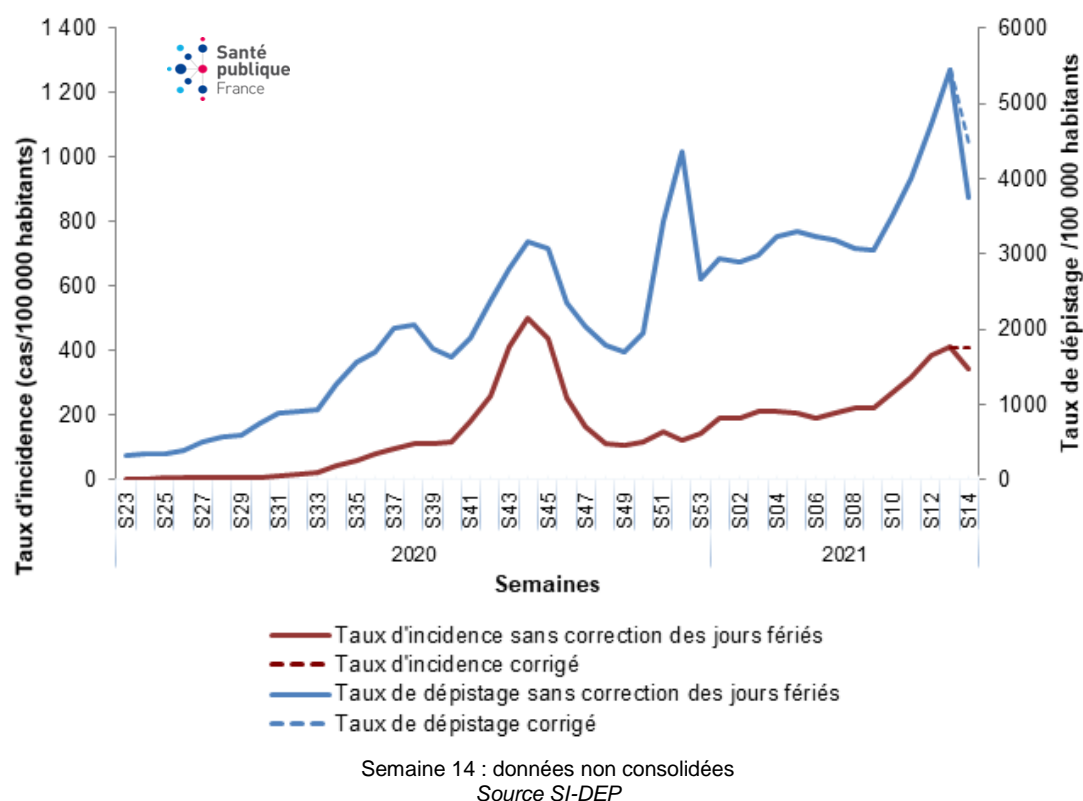


- En S14, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **9,2%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), **en hausse** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (+1,7 point) (Figure 6), particulièrement chez les plus jeunes. La hausse la plus importante était observée chez les 0-14 ans (+3,4 points) suivis par les 15-44 ans (+1,6 point), les 45-64 ans (+1,2 point), les 65-74 ans (+0,6 point). Une légère diminution était observée chez les 75 ans et plus (-0,3 point).

- Le **taux d'incidence non corrigé** des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de 344/100 000 habitants en S14, en diminution par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (410 cas/100 000 habitants en S13, -16%). **En prenant en compte l'effet du jour férié, le taux d'incidence corrigé était stable : 408/100 000 habitants soit +0,6%** (Figure 8).

- Le **taux de dépistage non corrigé** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de 3 742/100 000 habitants, en diminution par rapport à celui de S13 (5 451/100 habitants, -31%). **En tenant compte de l'effet du jour férié, le taux de dépistage corrigé était de 4 439/100 000 habitants, en diminution de -18,6% par rapport S13** (Figure 8).

**Figure 8. Évolution des taux d'incidence et de dépistage par semaine, avec ou sans correction, depuis la semaine 23-2020, France (données au 14 avril 2021)**



## ► Au niveau régional\*

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](#).

### En métropole

● **Au niveau régional, les taux d'incidence** les plus élevés ont été observés en Île-de-France, Hauts de France et Provence-Alpes-Côte d'Azur et étaient en diminution :

- En **Île-de-France**, le taux d'incidence non corrigé était de 555/100 000 habitants et le taux corrigé était de 639 (vs 682 en S13, soit -6%).
- Dans les **Hauts-de-France**, le taux d'incidence non corrigé était de 405/100 000 habitants et le taux corrigé était de 474 (vs 506 en S13, soit -6%).
- En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le taux d'incidence non corrigé était de 393/100 000 habitants et le taux d'incidence corrigé était de 475 (vs 506 en S13, soit -6%).

Dans le **Grand Est**, le **taux d'incidence non corrigé était de 297/100 000 habitants** et le taux d'incidence corrigé était de 354, en augmentation par rapport à celui de S13 (320, soit +10%).

● **Les taux de dépistage** les plus élevés ont été observés en Île-de-France, Provence-Alpes Côtes d'azur et Grand Est :

- En **Île-de-France**, le taux non corrigé était de 4 714/100 000 habitants et le taux corrigé était de 5 429 (vs 7 052 en S13, soit -23%).
- En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le taux non corrigé était de 4 408/100 000 habitants et le taux corrigé était de 5 325 (6 229 vs en S13, soit -15%).
- Dans le **Grand Est**, le taux non corrigé était de **4 115/100 000 habitants**. Le taux corrigé était de 4 907, en diminution par rapport à celui de S13 (5 880, soit -17%)

● **Les taux de positivité** étaient les plus élevés en **Île-de-France** (11,8%, en augmentation : +2,1 points), en **Auvergne-Rhône-Alpes** (10,2%, en augmentation : +2,2 points) et **Hauts-de-France** (10,2%, en augmentation : +1,9 point).

**Tableau 1. Taux d'incidence et de dépistage observés et corrigés par région pour la semaine 14 (du 05 au 11 avril 2021), France (données au 14 avril 2021)**

Régions	Taux d'incidence observé	Taux d'incidence corrigé	Taux de dépistage observé	Taux de dépistage corrigé
Auvergne-Rhône-Alpes	344	404	3 370	3 962
Bourgogne-Franche-Comté	305	360	3 143	3 709
Bretagne	182	212	2 898	3 381
Centre-Val de Loire	290	340	3 063	3 601
Corse	139	165	4 092	4 845
Grand Est	297	354	4 115	4 907
Hauts-de-France	405	474	3 982	4 656
Ile-de-France	555	639	4 714	5 429
Normandie	315	364	3 550	4 113
Nouvelle-Aquitaine	198	235	3 005	3 582
Occitanie	264	314	3 513	4 180
Pays de la Loire	270	314	3 363	3 904
Provence-Alpes-Côte d'Azur	393	475	4 408	5 325
Guadeloupe	163	195	1 371	1 643
Martinique	243	289	2 121	2 523
Guyane	141	161	1 665	1 902
La Réunion	116	134	2 904	3 351
Mayotte	48	55	1 126	1 273
Saint Martin	20	23	2 839	3 346
<b>France entière</b>	<b>344</b>	<b>408</b>	<b>3 742</b>	<b>4 438</b>

\* La semaine 13 n'incluant pas de jour férié, les données de S13 ne sont pas corrigées.

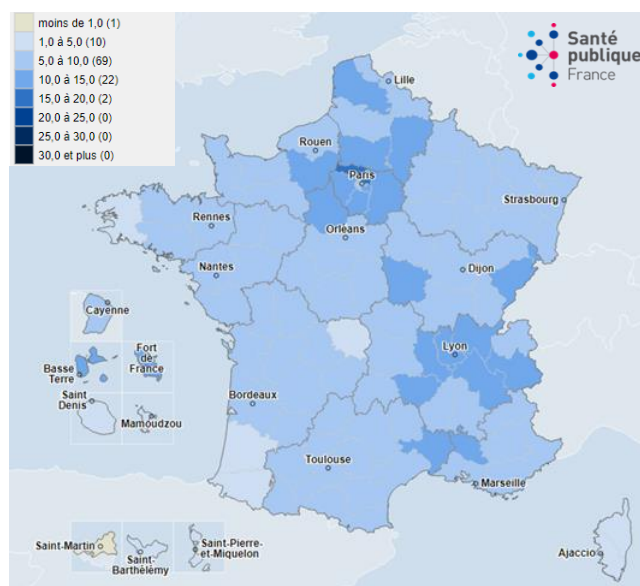
## En Outre-mer

- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient **en augmentation** en S14, avec un taux d'incidence non corrigé de 163/100 000 habitants et taux corrigé de 195 (vs 113 en S13); et un taux de positivité de 11,9% (vs 9,8% en S13).
- **En Martinique**, les indicateurs étaient **en augmentation** en S14, avec un taux d'incidence non corrigé de 243/100 000 habitants et taux corrigé de 289 (vs 203 en S13); et un taux de positivité de 11,5% (vs 10% en S13).
- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient **en diminution**, avec un taux d'incidence de 20/100 000 habitants et un taux corrigé de 23 (vs 51 en S13) et un taux de positivité de 0,7% (vs 1,9% en S13).
- **En Guyane**, les indicateurs étaient en augmentation en S14, avec un taux d'incidence non corrigé de (141/100 000 habitants et taux corrigé de 161 (vs 84 en S13); et un taux de positivité de 8,5% (4,7% en S13).
- **À Mayotte**, les indicateurs étaient **en diminution** en S14, avec un taux d'incidence non corrigé de 48/100 000 habitants et taux corrigé 55 (vs 63 en S13) et un taux de positivité de 4,3% (vs 5% en S13).
- **À La Réunion**, le taux d'incidence non corrigé était de 116/100 000 habitants et le taux corrigé de 134 en augmentation par rapport à celui de S13 (117). Le taux de positivité était stable à 4% (vs 4,3% en S13).

► Au niveau départemental en métropole

- Le **taux d'incidence corrigé** était, en semaine 14, au-dessus du seuil de 250/100 000 habitants dans 78 départements (74 en S13). Les taux d'incidence corrigés les plus élevés étaient observés en Île-de-France dans les départements de la Seine-Saint-Denis (792) ; du Val-d'Oise (782), du Val-de-Marne (694), de la Seine-et-Marne (620) et l'Essonne (602).
- En S14, les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage corrigés** (pour 100 000 habitants) étaient : Paris (7210), Bouches-du-Rhône (6 173), Moselle (5 776), Bas-Rhin (5 734), Hauts-de-Seine (5 525) et Val-de-Marne (5 358).
- Le **taux de positivité** était supérieur ou égal à 10% dans 21 départements en S14 (7 en S13). Les taux les plus élevés étaient rapportés en Île-de-France dans les départements de la Seine-Saint-Denis (16%), du Val-d'Oise (15%), de l'Essonne (14%), de la Seine-et-Marne et du Val-de-Marne (13%) (Figure 9).

**Figure 9. Taux de positivité (%) pour le SARS-CoV-2 du 05 au 11 avril 2021, par département, France (données au 14 avril 2021)**



Source : SI-DEP

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

## ► 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) (sans distinction) ou de conclure à l'absence de variant préoccupant (VOC).

- **Au niveau national**, en semaine 14, sur les 261 727 tests de première intention positifs (tests RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, **48% étaient associés à un test de criblage** lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 124 552 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **83,0%** (103 439) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1** (contre 82% en S13) et **3,8%** (4 795) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** (contre 4,2% en S13).

- La proportion de tests positifs criblés variait peu selon la classe d'âge : de 45% chez les 20-29 ans à 54% chez les plus de 80 ans et plus (Tableau 2).

- La proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 était comprise entre 77% chez les 90 ans et plus et 84% chez les 10-19 ans.

- La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 variait de 3,2% chez les 90 ans et plus à 4,2% chez les 40-49 ans.

**Tableau 2. 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 14 avril 2021)**

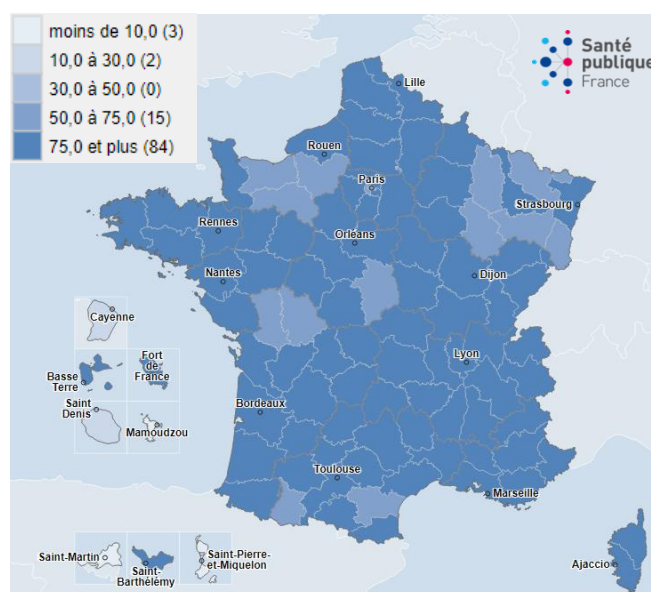
Âge (ans)	Nb de tests (RT-PCR et TAG)	Nb de tests positifs (RT-PCR et TAG)	PCR de criblage		20I/501Y.V1		20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3	
			N	%*	N	%**	N	%**
0-9	150 566	11 216	5 830	52,0	4 654	79,8	188	3,2
10-19	330 992	35 812	17 307	48,3	14 542	84,0	583	3,4
20-29	440 853	44 967	20 141	44,8	16 624	82,5	791	3,9
30-39	440 093	43 045	19 356	45,0	16 221	83,8	750	3,9
40-49	402 643	43 064	20 239	47,0	16 968	83,8	845	4,2
50-59	357 112	36 954	18 043	48,8	15 125	83,8	744	4,1
60-69	248 105	23 321	11 520	49,4	9 592	83,3	443	3,9
70-79	155 730	13 051	6 606	50,6	5 366	81,2	254	3,8
80-89	97 682	7 284	3 913	53,7	3 112	79,5	147	3,8
90 et plus	49 354	2 914	1 570	53,9	1 213	77,3	50	3,2
Inconnu	702	99	27	27,3	22	81,5	0	0,0
Tous	2 673 832	261 727	124 552	47,6	103 439	83,1	4 795	3,9

\* 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 69 départements et **supérieure à 90% dans 14** d'entre eux (Figure 10).
- En métropole, **quatre départements** avaient une **proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 supérieure à 10%**. Cette proportion était toujours particulièrement élevée en Moselle (25,9% vs 30,4% en S13) ainsi que dans la Creuse et les Vosges (11%) et en Meurthe-et-Moselle (10,9%) (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 (77,6%), à La Réunion (59,7%) et à Mayotte (50%). On note également une **forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1** en Martinique (98,3%), en Guyane (15,8%) et à La Réunion (15,7%) (Figures 10 et 11).

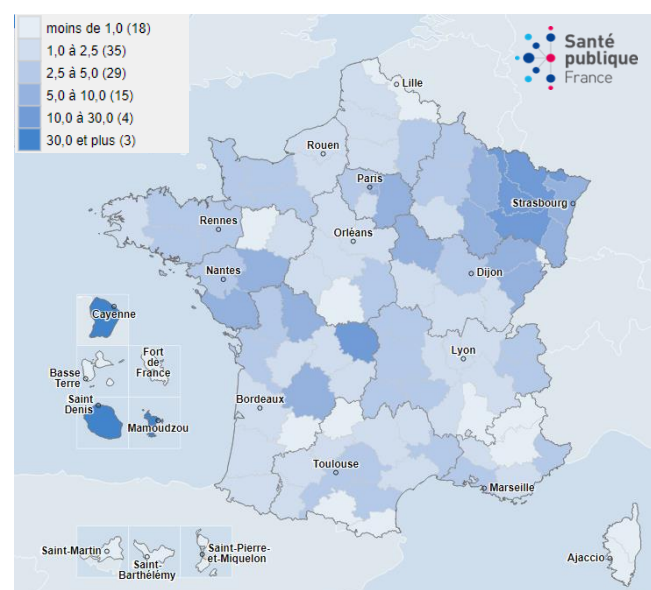
**Figure 10. Proportion (%) de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1 parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 14 avril 2021)**



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

Source : SI-DEP

**Figure 11. Proportion (%) de suspicions de variant préoccupant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 14 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 #5 et #6

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) et 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 #5 du 16 mars 2021 (résultats consolidés)

Pour cette enquête Flash #5, les LBM participants devaient transmettre 20% des prélèvements positifs du jour de l'enquête pour les laboratoires ayant plus de 20 prélèvements positifs ou la totalité des prélèvements positifs du jour pour les laboratoires ayant moins de 20 prélèvements positifs. En complément, en lien avec une investigation en cours autour de Lannion concernant l'émergence d'un nouveau variant appartenant au clade<sup>1</sup> 20C, le protocole de l'enquête Flash #5 a été adapté pour les laboratoires préleveurs (publics ou privés) de la région Bretagne qui devaient transmettre la totalité de leurs prélèvements positifs.

- L'enquête Flash #5 du 16 mars 2021 a porté au final sur **2 860 prélèvements provenant de 13 régions de France** (Tableau 3).
- L'enquête Flash #5 confirme la **prédominance du variant préoccupant 20I/501Y.V1 (81,9% des séquences interprétables)**. Les variants préoccupants 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3 ont été également détectés mais en proportion plus faible (6,8% et 0,3% des séquences interprétables, respectivement).
- **Ces résultats confirment l'hétérogénéité régionale de la circulation des trois variants préoccupants connus** (Tableau 3) : le variant 20I/501Y.V1 est particulièrement présent en Occitanie et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (> 90% des séquences interprétables) et le variant 20H/501Y.V2 est plus présent dans le Grand Est (18%) et en Auvergne-Rhône-Alpes (12%). Pour la Guadeloupe, les résultats restent encore peu 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.

<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 clade 20I/501Y.V1 représentait plus de 70% des résultats quelle que soit la classe d'âge**, avec une présence plus marquée (> 80%) chez les 0-59 ans (Tableau 4). La diffusion de ce variant semble devenir plus homogène au sein de la population. Le variant préoccupant 20H/501Y.V2 a été identifié de façon également homogène dans toutes les classes d'âge.

## Enquête Flash #6 du 30 mars 2021 (premiers résultats)

*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 ayant plus de 20 prélèvements positifs 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 un peu plus de **2 000 prélèvements**. Les résultats présentés ici concernent l'analyse des **séquences issues de 1 371 (>60%) prélèvements provenant des 13 régions de France métropolitaine** (Tableau 5).

- L'enquête Flash #6 confirme la **prédominance du variant préoccupant 20I/501Y.V1 (83,1% des séquences interprétables)**. Les variants préoccupants 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3 ont été également détectés mais en proportions plus faibles (respectivement 6% et 0,3% des séquences interprétables). Ces proportions étaient globalement stables par rapport à celles de l'enquête Flash #5. 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 semble devenir plus 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 6).

- **La circulation des trois variants préoccupants connus** (Tableau 5) **semble devenir plus homogène sur le territoire**. Le variant 20I/501Y.V1 reste particulièrement présent en Occitanie et en Provence-Alpes-Côte d'Azur et Centre-Val de Loire (> 90% des séquences interprétables) ; le variant 20H/501Y.V2 est plus présent en Bourgogne-Franche-Comté (10%) et en Île-de-France (13,7%). Pour la Corse et la Normandie, les résultats ne sont pas exploitables en raison du faible nombre de prélèvements inclus.

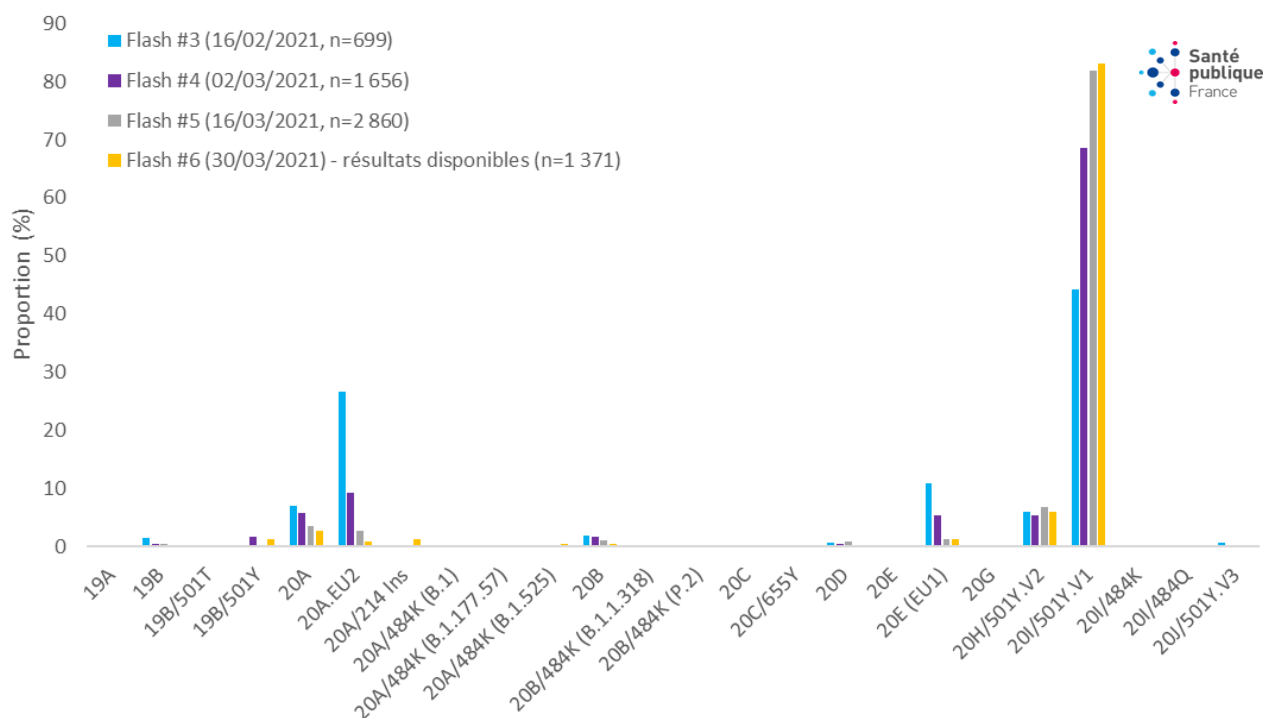
## ► Évolution des différents clades et variants au cours des enquêtes Flash #3 à #6 du 16 février 2021 au 30 mars 2021

- 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 16 montre la forte augmentation de la proportion du variant préoccupant 20I/501Y.V1 entre février et mars 2021, proportion qui semble aujourd'hui se stabiliser. Il en est de même pour la proportion du variant 20H/501Y.V2 (Flash #3 : 6,0% ; Flash #4 : 5,5% ; Flash #5 : 6,2% ; Flash #6 : 6%) et pour le variant 20J/501Y.V3 (Flash #3 : 0,6% ; Flash #4 : 0,1% ; Flash #5 : 0,4% ; Flash #6 : 0,3%).

Parmi les prélèvements inclus dans les enquêtes Flash, la proportion du variant à suivre 19B/501Y était en diminution lors de l'enquête Flash #5 mais s'est rapprochée, lors de l'enquête Flash #6, de celle de l'enquête Flash #4 (1,4%). Le variant en cours d'évaluation 20A/214 Ins était en légère augmentation entre Flash #5 (0,1%) et Flash #6 (1,4%), de même que le variant à suivre 20A/484K (B.1.525 ; Flash #5 (0,04%) et Flash #6 (0,5%)).

Tous les autres lignages étaient stables ou en diminution.

**Figure 12. Évolution des résultats de séquençage par clade, Enquêtes Flash #3 à #6, données au 13 avril 2021, France**



- L'enquête Flash #7, basée sur un échantillonnage de prélèvements aléatoires, a été conduite le 13 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 3. Résultats de séquençage, par région du laboratoire préleveur, enquête Flash #5, 16 mars 2021, France (n= 2 860 prélèvements)**

Régions du laboratoire préleveur	Prélèvements totaux (N)	Clade 19A (%)	Clade 19B (%)	Variant 19B/501Y (%)	Clade 20A (%)	Variant 20A/214 Ins (%)	Variant 20A/484K (B.1.525) (%)	Clade 20A.EU2 (%)	Clade 20B (%)	Variant 20B/484K (P.2) (%)	Clade 20C (%)	Variant 20C/655Y (%)	Clade 20D (%)	Clade 20E (EU1) (%)	Clade 20I/501Y.V1 (%)	Variant 20I/484K (%)	Variant 20I/484Q (%)	Clade 20H/501Y.V2 (%)	Clade 20J/501Y.V3 (%)	Total (%)
ARA	283	-	1,1	-	2,9	-	-	3,6	0,7	-	-	-	0,7	1,5	77,0	-	-	12,0	0,4	100
BFC	65	-	1,5	-	-	-	-	3,1	7,7	-	-	-	-	3,1	75,4	-	-	7,7	1,5	100
BRE	599	-	1,1	-	2,0	0,4	0,2	2,7	1,6	-	-	-	3,1	1,6	83,8	-	-	3,4	-	100
CVL	64	-	-	-	1,8	-	-	7,0	-	-	-	-	1,8	-	89,5	-	-	-	-	100
GE	135	0,8	-	-	7,5	-	-	4,5	-	-	-	-	-	-	68,4	-	0,8	18,0	-	100
GUA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HDF	104	-	-	-	4,0	-	-	12,9	5,0	1,0	-	-	-	-	72,3	2,0	-	1,0	2,0	100
IDF	994	-	0,5	0,1	5,1	-	-	1,4	0,4	-	0,1	-	0,6	1,1	83,0	-	-	7,3	0,4	100
NOR	98	1,0	-	-	-	-	-	2,1	1,0	-	-	-	-	6,3	80,2	-	-	8,3	1,0	100
NA	83	-	1,3	-	2,5	-	-	-	1,3	-	-	-	-	2,5	84,8	-	-	7,6	-	100
OCC	50	-	-	-	6,1	-	-	-	2,0	-	-	-	-	-	91,8	-	-	-	-	100
PDL	120	-	-	-	6,4	-	-	3,6	-	3,6	-	0,9	-	2,7	77,3	-	-	5,5	-	100
PACA	249	-	-	0,4	0,8	-	-	2,1	0,4	-	-	-	-	0,8	91,7	-	-	3,8	-	100
NR	14	-	-	-	-	-	-	28,6	-	-	-	-	-	14,3	57,1	-	-	-	-	100
<b>Total général</b>	<b>2 860</b>	<b>0,1</b>	<b>0,6</b>	<b>0,1</b>	<b>3,6</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>2,8</b>	<b>1,0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,9</b>	<b>1,4</b>	<b>81,9</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>6,8</b>	<b>0,3</b>	<b>100</b>

**Tableau 4. Résultats de séquençage, par classe d'âge, enquête Flash #5, 16 mars 2021, France (n= 2 860 prélèvements)**

Classes d'âge (ans)	Prélèvements totaux (N)	Clade 19A (%)	Clade 19B (%)	Variant 19B/501Y (%)	Clade 20A (%)	Variant 20A/214 Ins (%)	Variant 20A/484K (B.1.525) (%)	Clade 20A.EU2 (%)	Clade 20B (%)	Variant 20B/484K (P.2) (%)	Clade 20C (%)	Variant 20C/655Y (%)	Clade 20D (%)	Clade 20E (EU1) (%)	Clade 20I/501Y.V1 (%)	Variant 20I/484K (%)	Variant 20I/484Q (%)	Clade 20H/501Y.V2 (%)	Clade 20J/501Y.V3 (%)	Total (%)
0-9	109	-	-	-	5,1	-	-	2,0	-	-	-	-	1,0	-	85,9	-	-	6,1	-	100
10-19	371	-	0,9	0,3	3,6	-	-	1,5	-	0,3	-	-	0,9	2,1	82,6	-	-	7,5	0,3	100
20-29	442	-	0,5	-	2,0	0,3	-	2,5	0,5	0,3	0,3	-	1,0	1,0	84,9	-	-	6,5	0,3	100
30-39	414	0,3	0,5	-	4,0	-	-	3,7	0,3	0,3	-	-	0,8	-	85,4	-	-	3,7	1,1	100
40-49	439	-	0,5	-	4,5	0,3	-	2,3	0,8	-	-	-	1,0	1,5	82,4	-	-	6,5	0,3	100
50-59	403	0,3	0,3	0,3	2,4	-	0,3	1,3	0,3	0,3	-	0,3	1,3	1,3	83,1	-	-	8,3	0,3	100
60-69	266	-	1,2	-	3,6	-	-	3,2	3,6	-	-	-	1,2	1,2	77,8	0,4	0,4	7,3	-	100
70-79	196	-	1,1	-	4,4	-	-	3,9	2,8	0,6	-	-	-	2,8	72,8	-	-	11,1	0,6	100
80-89	129	-	-	-	4,2	-	-	3,4	2,5	-	-	-	-	3,4	79,0	0,8	-	6,7	-	100
> 90	52	-	-	-	6,5	-	-	13,0	2,2	-	-	-	-	4,3	71,7	-	-	2,2	-	100
Non renseigné	39	-	-	-	6,1	-	-	9,1	6,1	-	-	-	-	3,0	72,7	-	-	3,0	-	100
<b>Total général</b>	<b>2 860</b>	<b>0,1</b>	<b>0,6</b>	<b>0,1</b>	<b>3,6</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>2,8</b>	<b>1,0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,9</b>	<b>1,4</b>	<b>81,9</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>6,8</b>	<b>0,3</b>	<b>100</b>

**Tableau 5. Résultats de séquençage, par région du laboratoire préleveur, enquête Flash #6, 30 mars 2021, France (n= 1 371 prélèvements)**

Région du laboratoire préleveur	Prélèvements totaux (N)	Clade 19A (%)	Clade 19B (%)	Variant 19B/501Y (%)	Clade 20A (%)	Variant 20A/214 Ins (%)	Variant 20A/484K (B.1) (%)	Variant 20A/484K (B.1.177.57) (%)	Variant 20A/484K (B.1.525) (%)	Clade 20A.EU2 (%)	Clade 20B (%)	Variant 20B/484K (B.1.1.318) (%)	Variant 20B/484K (P.2) (%)	Clade 20C (%)	Clade 20D (%)	Clade 20E (EU1) (%)	Clade 20I/501Y.V1 (%)	Variant 20I/484K (%)	Clade 20H/501Y.V2 (%)	Clade 20J/501Y.V3 (%)	Total (%)
ARA	173	-	-	1,9	2,5	1,9	1,3	1,3	0,6	3,1	0,6	-	0,6	-	-	3,1	79,9	-	3,1	-	100
BFC	32	-	-	-	3,3	-	-	-	-	3,3	-	-	-	-	-	6,7	76,7	-	10,0	-	100
BRE	106	-	-	1,0	1,0	3,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85,1	-	8,9	1,0	100
CVL	82	-	-	1,3	-	1,3	1,3	-	2,6	2,6	-	-	-	-	-	-	91,0	-	-	-	100
COR	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GE	39	-	2,8	-	2,8	-	-	-	-	-	2,8	-	-	-	-	-	86,1	-	5,6	-	100
HDF	47	-	-	-	-	4,7	2,3	-	-	4,7	-	-	-	-	-	2,3	86,0	-	-	-	100
IDF	300	0,3	0,3	0,3	6,8	0,3	-	0,3	1,0	0,7	0,3	-	-	0,3	0,7	-	74,5	-	13,6	0,3	100
NOR	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NA	181	-	-	3,0	1,2	1,8	-	-	-	-	-	2,4	-	-	-	5,5	84,2	-	1,8	-	100
OCC	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1	-	-	-	-	-	95,8	-	2,1	-	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	189	-	-	3,2	1,6	-	-	-	-	0,5	1,1	-	-	-	-	-	90,9	-	2,1	0,5	100
<b>Total</b>	<b>1 371</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>1,4</b>	<b>2,8</b>	<b>1,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,2</b>	<b>0,5</b>	<b>1,0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>1,4</b>	<b>83,1</b>	<b>0,1</b>	<b>6,0</b>	<b>0,3</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

**Tableau 6. Résultats de séquençage, par classe d'âge, enquête Flash #6, 30 mars 2021, France (n= 1 371 prélèvements)**

Classes d'âge (ans)	Prélèvements totaux (N)	Clade 19A (%)	Clade 19B (%)	Variant 19B/501Y (%)	Clade 20A (%)	Variant 20A/214 Ins (%)	Variant 20A/484K (B.1) (%)	Variant 20A/484K (B.1.177.57) (%)	Variant 20A/484K (B.1.525) (%)	Clade 20A.EU2 (%)	Clade 20B (%)	Variant 20B/484K (B.1.1.318) (%)	Variant 20B/484K (P.2) (%)	Clade 20C (%)	Clade 20D (%)	Clade 20E (EU1) (%)	Clade 20I/501Y.V1 (%)	Variant 20I/484K (%)	Clade 20H/501Y.V2 (%)	Clade 20J/501Y.V3 (%)	Total (%)
0-9	57	-	-	-	1,9	-	-	-	1,9	3,7	1,9	1,9	-	-	-	1,9	79,6	-	7,4	-	100
10-19	181	-	-	1,2	3,5	1,7	-	-	-	1,2	-	-	-	-	-	1,2	88,4	-	2,9	-	100
20-29	178	0,6	0,6	1,2	1,8	0,6	0,6	-	0,6	1,2	1,2	-	-	-	0,6	-	85,1	-	5,4	0,6	100
30-39	197	-	-	3,8	2,7	2,7	-	0,5	1,1	-	0,5	-	-	-	-	1,1	80,6	-	6,5	0,5	100
40-49	193	-	0,5	2,2	2,7	1,6	-	-	-	0,5	-	-	0,5	-	0,5	1,6	81,1	-	8,6	-	100
50-59	204	-	-	1,0	2,0	0,5	0,5	0,5	1,0	0,5	0,5	0,5	-	-	-	0,5	85,7	0,5	5,6	0,5	100
60-69	135	-	-	-	3,9	1,6	0,8	0,8	-	0,8	-	0,8	-	-	-	3,9	79,1	-	7,8	0,8	100
70-79	98	-	-	1,1	2,2	-	2,2	-	-	-	-	1,1	-	-	-	2,2	84,6	-	6,6	-	100
80-89	82	-	-	-	2,6	2,6	-	-	-	3,9	-	-	-	1,3	-	2,6	82,9	-	3,9	-	100
> 90	46	-	-	-	9,8	2,4	-	-	2,4	2,4	2,4	-	-	-	-	-	75,6	-	4,9	-	100
<b>Total</b>	<b>1 371</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>1,4</b>	<b>2,8</b>	<b>1,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,2</b>	<b>0,5</b>	<b>1,0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>1,4</b>	<b>83,1</b>	<b>0,1</b>	<b>6,0</b>	<b>0,3</b>	<b>100</b>



# IMPACT DES MESURES DE RESTRICTIONS SANITAIRES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

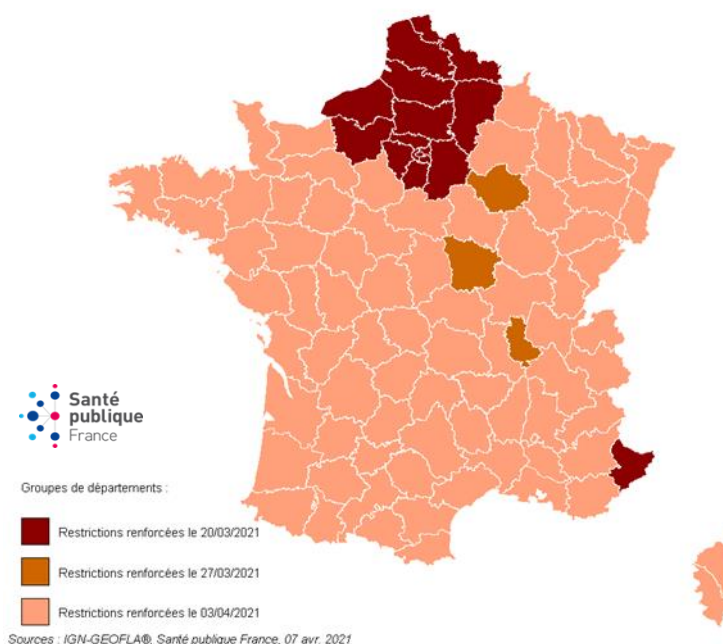
- Le 20 mars 2021, des mesures de restrictions sanitaires renforcées ont été mises en place dans 16 départements (21,2 millions d'habitants). Ces mesures ont été élargies à trois autres départements le 27 mars (2,4 millions d'habitants) et ont été étendues le 03 avril 2021 à l'ensemble de la France métropolitaine (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* sept à dix jours après sa mise en place. **Compte tenu de ces délais, les données à date permettent a priori d'observer les premiers effets des mesures de restrictions mises en place à partir du 20 et du 27 mars mais nécessitent toutefois d'être interprétées avec prudence, notamment du fait des délais de consolidation des données.**

Les départements ont donc été classés en trois groupes (Figure 13) :

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



- En S14, une forte diminution de l'activité de dépistage est observée dans les trois groupes dès le lundi de Pâques, qui se poursuit sur le reste de la semaine (-33 % par rapport à la S13 pour le groupe 1, -36 % pour le groupe 2, -30 % pour le groupe 3) (Figure 14). Cette dynamique, influençant directement les autres indicateurs virologiques, est particulièrement prononcée chez les moins de 20 ans.

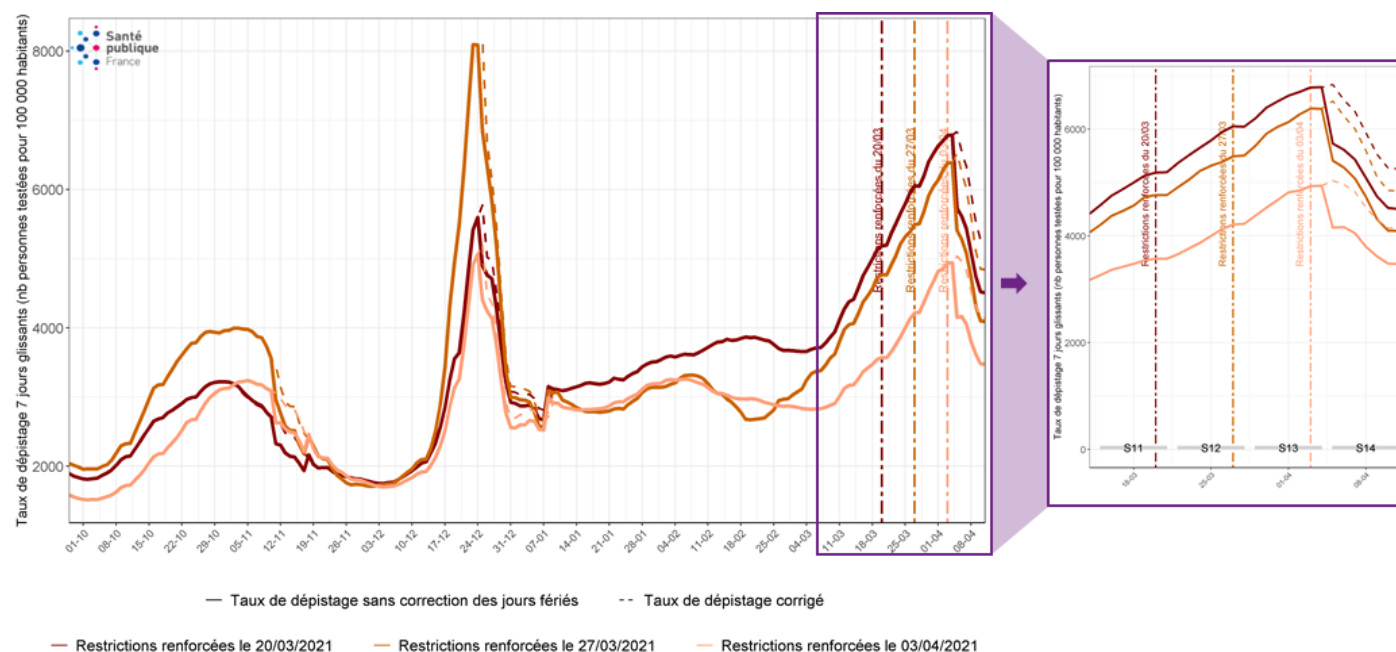
- Après une augmentation continue du **taux d'incidence** des cas confirmés depuis la mi-février 2021, l'indicateur s'est stabilisé dans le **groupe 1** dès S12 puis a commencé à diminuer en S13 (Figure 14). En S14 (du 05 au 11 avril), il était en légère diminution mais restait toutefois à un niveau très élevé.

<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 les **deux autres groupes de départements**, le **taux d'incidence s'est stabilisé en fin de S13**. En S14, il était en diminution dans le groupe 2 et stable dans le groupe 3 (Figure 19).
- Après une hausse du taux de positivité dans les trois groupes de départements en S13, cet indicateur semble diminuer en S14 dans le groupe 1 et se stabiliser dans les groupes 2 et 3.

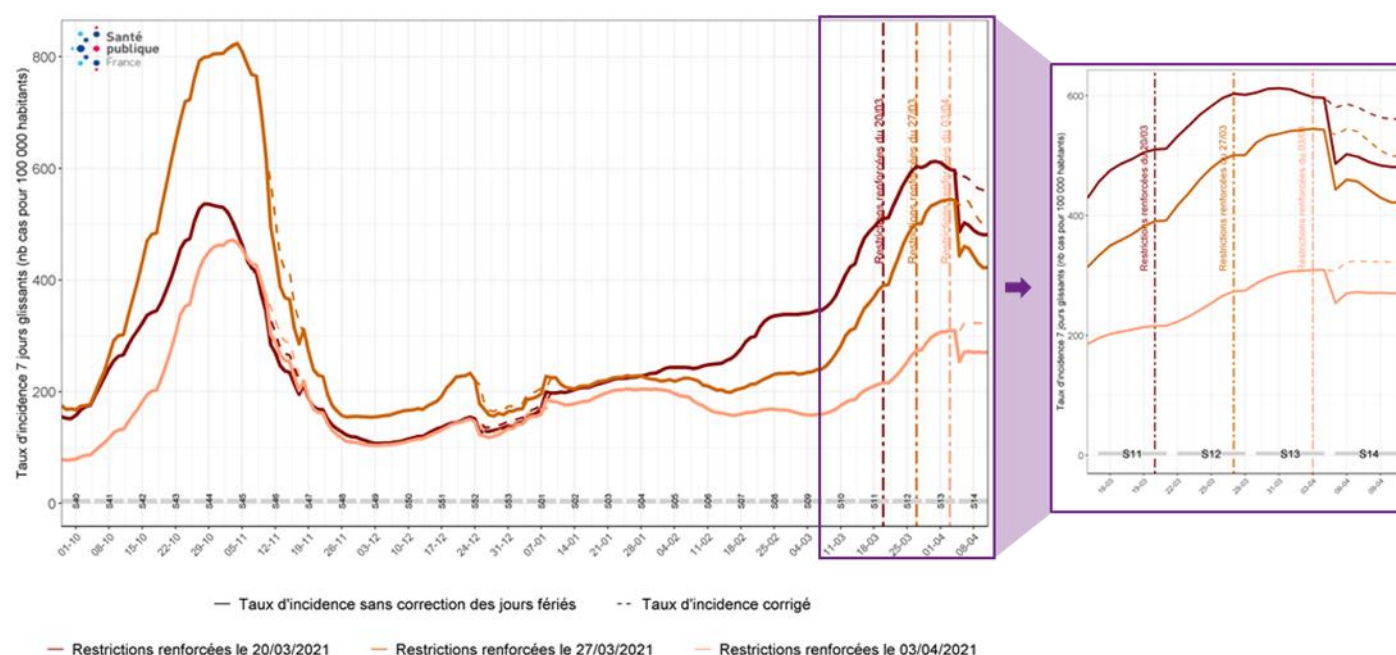
Ces évolutions restent toutefois à confirmer dans les jours à venir, ces indicateurs devant être interprétés avec prudence compte tenu des évolutions récentes de l'activité de dépistage et de la présence d'un jour férié dans le calcul des indicateurs pour S14.

**Figure 14. Évolution du taux de dépistage sur sept jours glissants par groupe de départements, du 28 septembre 2020 au 11 avril 2021, France métropolitaine (données au 14 avril 2021)**



Source : SI-DEP

**Figure 15. Évolution du taux d'incidence sur sept jours glissants des cas confirmés par groupe de départements, du 28 septembre 2020 au 11 avril 2021, France métropolitaine (données au 14 avril 2021)**



Source : SI-DEP

## Conclusion

En S14, les taux d'incidence estimés pour les trois groupes de départements se situent toujours à des niveaux très élevés (481/100 000 habitants pour le groupe 1, 423/100 000 habitants pour le groupe 2 et 271/100 000 habitants pour le groupe 3)<sup>2</sup>.

Dans le groupe de départements où les mesures renforcées ont été mises en place à partir du 20 mars 2021 (groupe 1), le taux d'incidence des cas confirmés est en diminution depuis la fin de la semaine 13.

**Le taux d'incidence est en diminution depuis la semaine 14 dans le groupe de départements où ces mesures ont été mises en place le 27 mars 2021.**

L'évolution de la circulation virale dans ces deux groupes de départements peut correspondre aux effets bénéfiques des restrictions renforcées qui ont été mises en place spécifiquement dans ces zones, soit sept à dix jours après leur mise en place.

**Dans le groupe 3, le taux d'incidence se stabilise depuis la fin de la semaine 13.** Cette évolution ne peut être directement liée aux mesures qui y ont été appliquées à compter du 03 avril 2021, mais pourrait être liée à un effet de résonance des mesures renforcées mises en œuvre antérieurement dans les groupes 1 et 2 et aux campagnes de communication relayées au plan national.

**La dynamique observée dans les groupes 1 et 2 est compatible avec l'hypothèse d'un effet bénéfique des mesures mises en place dans les départements concernés. L'évolution des indicateurs dans les prochains jours permettra d'observer si cette tendance se confirme dans les groupes 1 et 2, et s'amorce dans le groupe 3.**

<sup>2</sup> Données non corrigées. Taux d'incidence estimés après correction : 561 pour 100 000 habitants dans le groupe 1, 500 pour 100 000 habitants dans le groupe 2 et 322/100 000 habitants dans le groupe 3.

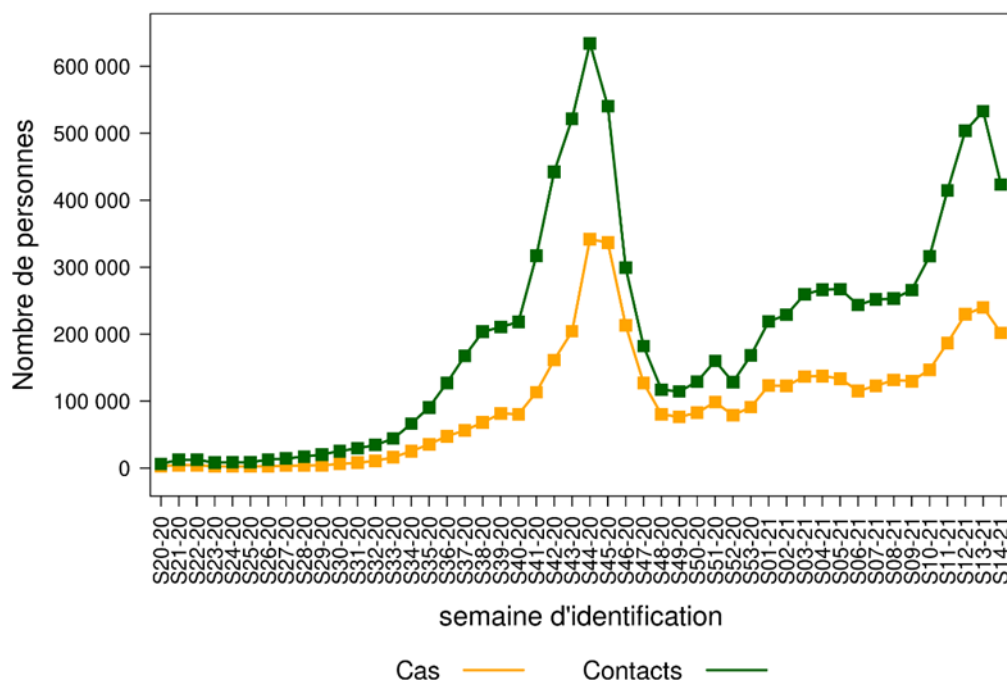
# ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

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 14, le **nombre total de nouveaux cas et de personnes-contacts à risque a diminué** (201 711 cas, soit -16,0%, et 423 478 personnes-contacts, soit -20,5%) (Figure 16).
- L'âge moyen des cas **était stable** (39 ans vs 38 ans en S13), mais celui des personnes-contacts à risque **était en augmentation** (30 ans vs 28 ans en S13). Parmi les personnes-contacts à risque, après cinq semaines de diminution, **la part des 65 ans et plus a de nouveau augmenté**, s'établissant à 5,7% (vs 4,5% en S13).

**Figure 16. Nombre de cas\* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine, du 13 mai 2020 au 11 avril 2021, France**

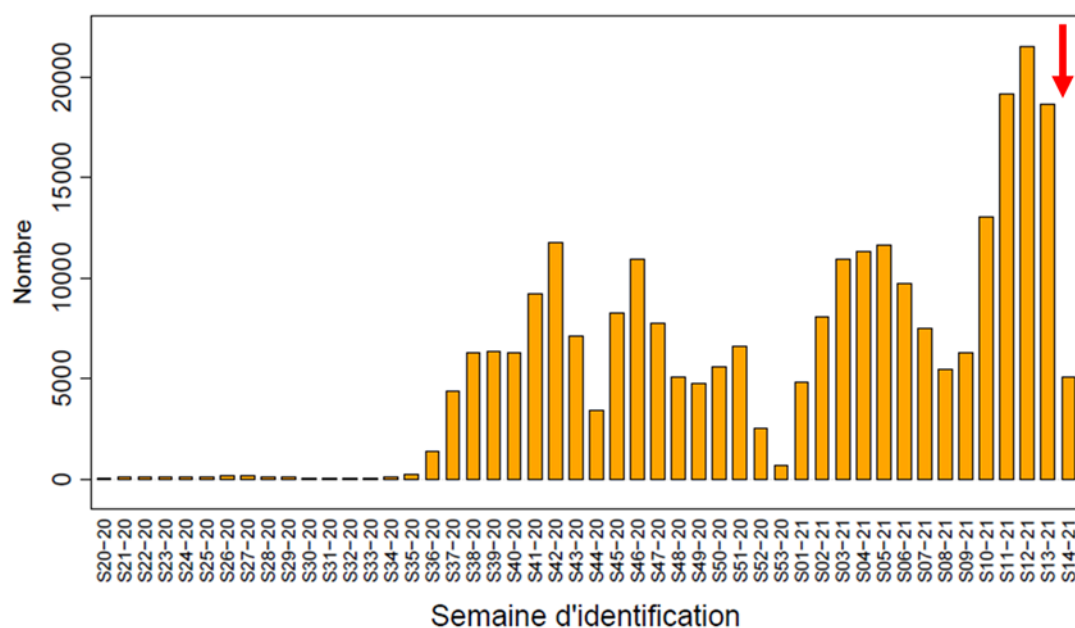


\* Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de la plateforme SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique.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

- 5 042 cas ayant eu un **lien avec le milieu scolaire** ont été rapportés en S14, soit -71,7% par rapport à S13, diminution qui peut être reliée à la mise en place de l'enseignement à domicile depuis le 06 avril (S14) (Figure 17). 53% de ces cas étaient des adolescents âgés de 10 à 18 ans et 27% étaient âgés de plus de 18 ans.

**Figure 17. Nombre de cas rapportés ayant fréquenté un milieu scolaire (avant ou après le début des signes), par semaine, du 13 mai 2020 au 11 avril 2021, France**



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

Source : ContactCovid - Cnam

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

- En S14, la **proportion de cas (90%) et de personnes-contacts à risque (86%) ayant pu être investigués par l'Assurance maladie était en légère baisse** (93% pour ces deux proportions en S13).
- 33,7% des personnes-contacts à risque ont été investiguées *via* le site Internet dédié (vs 35,5% en S13), sans être appelées directement.

## ► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

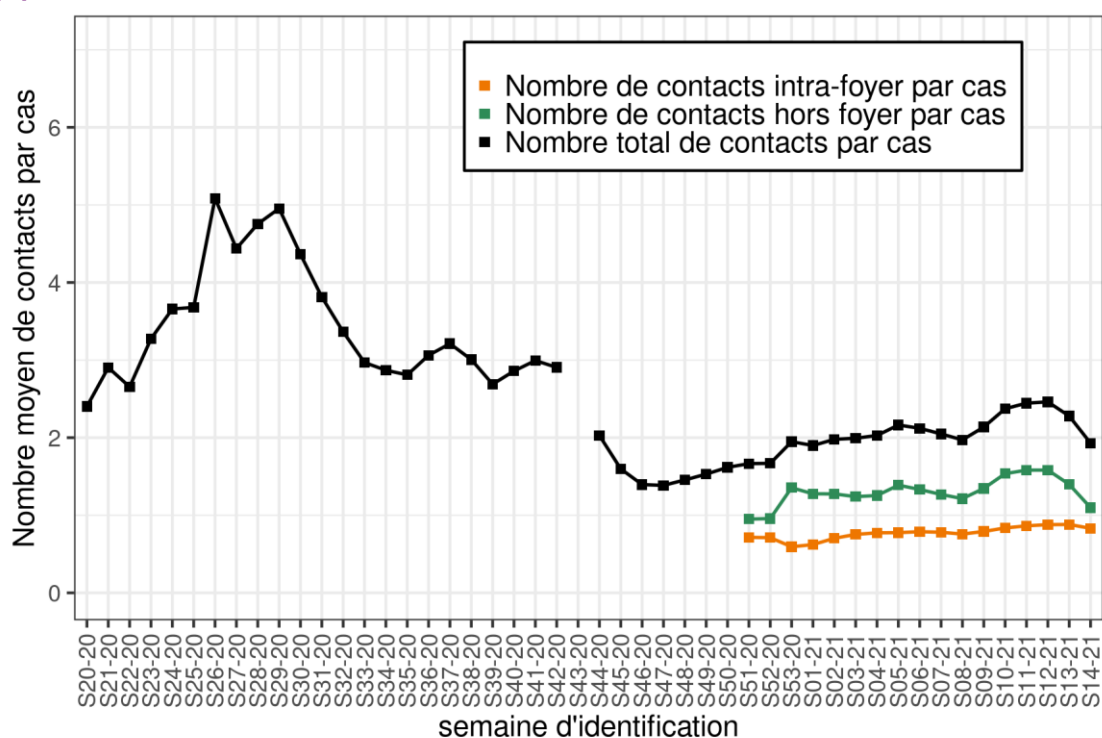
- En S14, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour diagnostic par RT-PCR ou tests antigéniques renseignées (soit 57,9% des cas), **le délai moyen de diagnostic était en légère hausse à 2,1 jours** (vs 1,9 jour en S13). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.



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

- En S14, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était en diminution à 1,9 (vs 2,5 en S12 et 2,3 en S13), mais restait plus élevé que lors du deuxième confinement de novembre (1,4 en S46-2020). Cette diminution concernait davantage les personnes-contacts à risque hors foyer (1,1 vs 1,4 en S13) que les personnes-contacts à risque intra-foyer (0,8 contre 0,9 en S13) (Figure 18).
- Le pourcentage de cas ne rapportant aucune personne-contact à risque était en augmentation à 43,2% (vs 41,2% en S13). Cette situation représentait 64,5% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 37,4% des cas âgés de 15 à 44 ans.
- Le pourcentage de cas rapportant plus de cinq personnes-contacts à risque était en diminution à 8,9% (vs 10,6% en S13). Cette situation représentait seulement 3,2% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 10,8% des cas âgés de 15 à 44 ans.
- 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 en augmentation pour la quatrième semaine consécutive, s'établissant à 3,4 jours en S13 (vs 2,4 jours en S10). Cette augmentation pourrait s'expliquer par le fait que les cas n'ayant pas déclaré de contact à risque en première intention sont rappelés par l'Assurance maladie : les personnes-contacts identifiées à cette occasion seraient ainsi identifiées plus tardivement.

**Figure 18. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas (intra-foyer, hors foyer et les deux confondus), par semaine, du 13 mai 2020 au 11 avril 2021, France**



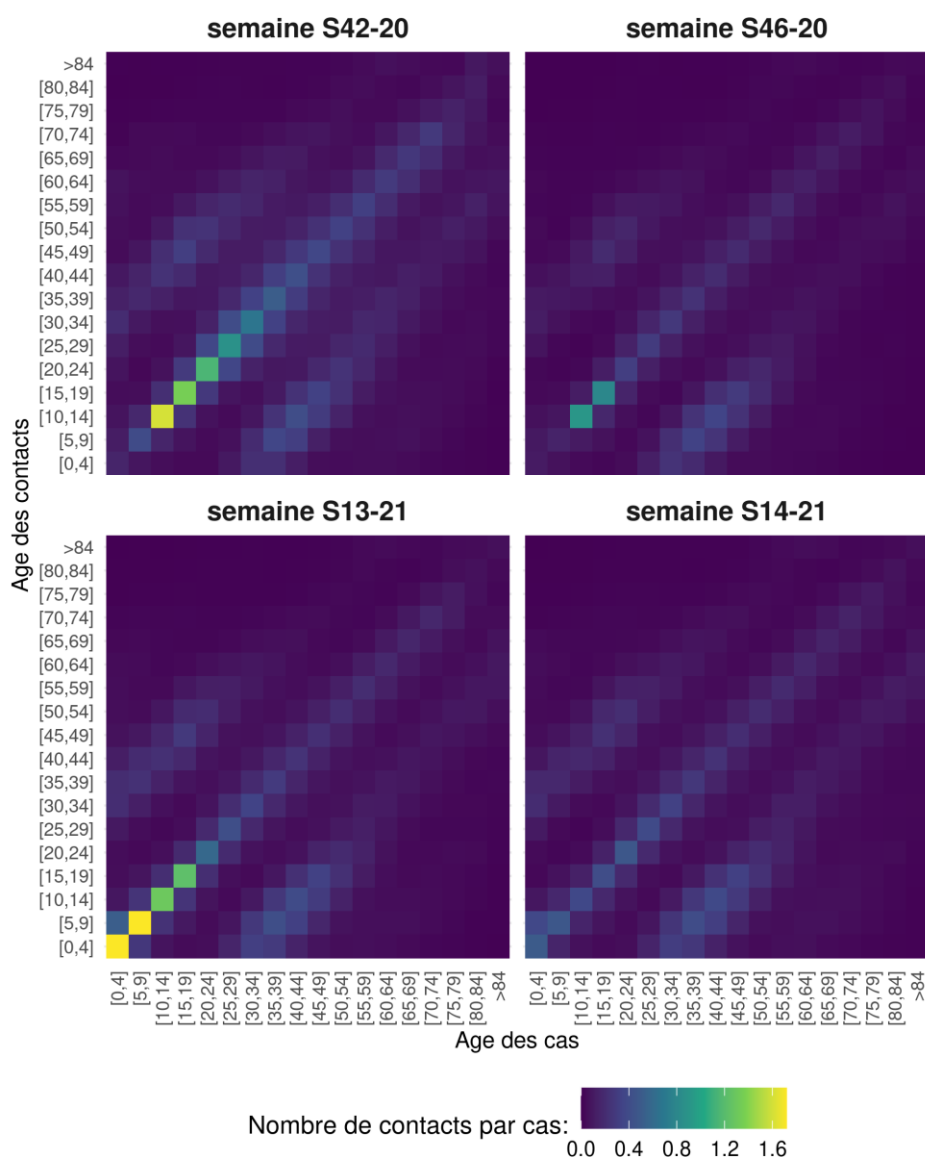
Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020. Les données sur le caractère intra-foyer des contacts à risque ne sont estimables qu'à partir de S51-2020. Les données en S14 ne sont pas consolidées.

Source : ContactCovid - Cnam

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

- Les cas âgés de moins de 65 ans avaient peu de contacts avec des personnes âgées de 65 ans et plus (< 7,6%). À l'inverse, plus de 25,1% des personnes-contacts des cas de plus de 65 ans avaient elles-mêmes plus de 65 ans.
- En S14, la baisse du nombre de contacts à risque par cas semblait la plus marquée chez les moins de 20 ans. Pour les autres classes d'âge de cas et de personnes-contacts, le nombre de contacts à risque était plus stable par rapport à S13, mais pourrait évoluer dans les semaines à venir avec l'effet des mesures de freinage (Figure 19).

**Figure 19. 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), 13 et 14-2021, France**



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

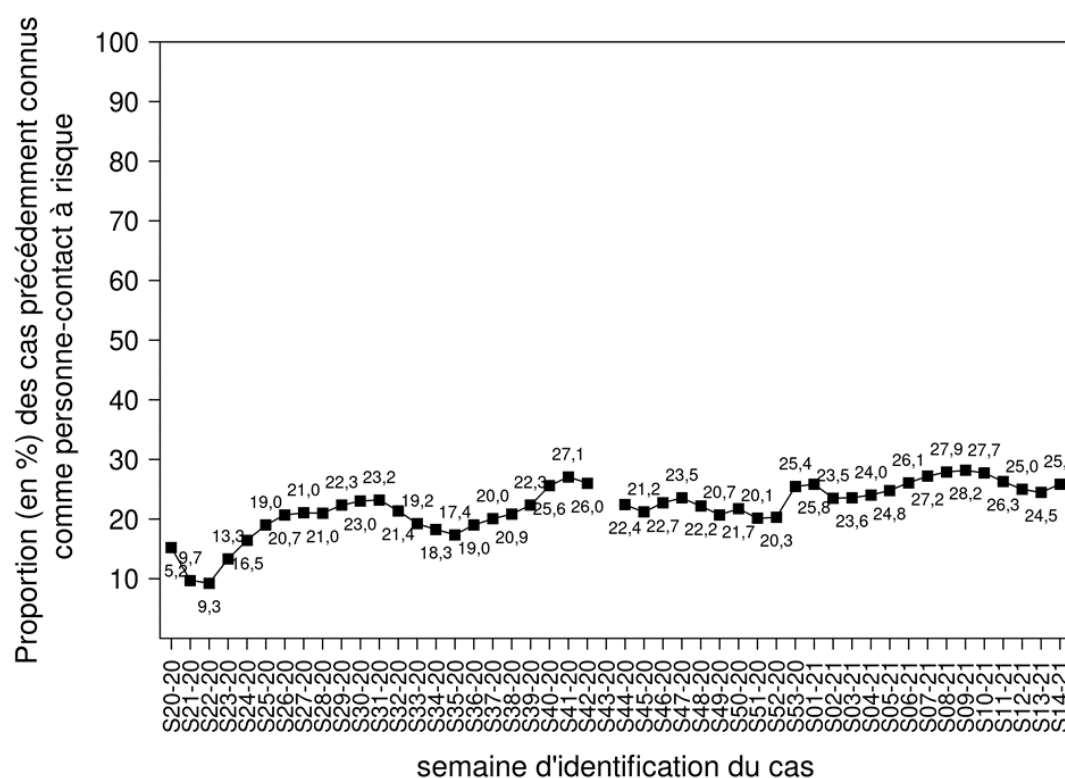
Valeurs calculées quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.

Source : ContactCovid – Cnam

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

- Au niveau national, après une diminution de quatre semaines, **la proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque d'un autre cas était de nouveau en augmentation** (25,9% en S14 vs 24,5% en S13 ; Figure 20).
- **La proportion des personnes-contacts devenues des cas poursuivait sa diminution** à 9,1% (personnes-contacts identifiées en S13, valeur non consolidée), contre 11,4% en S12 (valeur consolidée). Ce nombre était **plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques** (10,9%) que de cas asymptomatiques (5,9%), et **lorsque leur cas index appartenait au même foyer qu'elles** (16,2%) que lorsque cela n'était pas le cas (5,0%).

**Figure 20. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 11 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 S14, **le pourcentage de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence habituelle était en légère augmentation** (2,5% vs 2,2% en S13).
- Le pourcentage de cas ayant voyagé hors de France est resté stable (0,7% en S14 comme en S13).

# SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

• Du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 11 avril 2021, **30 142** 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 **18 252 (61%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (Ehpad et autres EHPA) **et 11 890 (39%) dans les autres ESMS** (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 8).

• Parmi les 30 142 signalements en ESMS, **204 781 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents (Tableau 7). Parmi les **26 145 décès survenus dans les établissements**, 25 847 (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 11 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>18 252</b>	8 653	1 107	2 130	<b>30 142</b>
<b>Chez les résidents</b>	Cas confirmés <sup>6</sup>	173 607	25 279	1 477	4 418	<b>204 781</b>
	Décès <sup>7</sup> hôpitaux	10 331	491	0	118	10 940
	Décès <sup>7</sup> établissements	25 847	250	0	48	<b>26 145</b>
<b>Chez le personnel</b>	Cas confirmés <sup>6</sup>	85 958	18 792	1 513	1 955	108 218

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

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

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

<sup>4</sup> Autres établissements

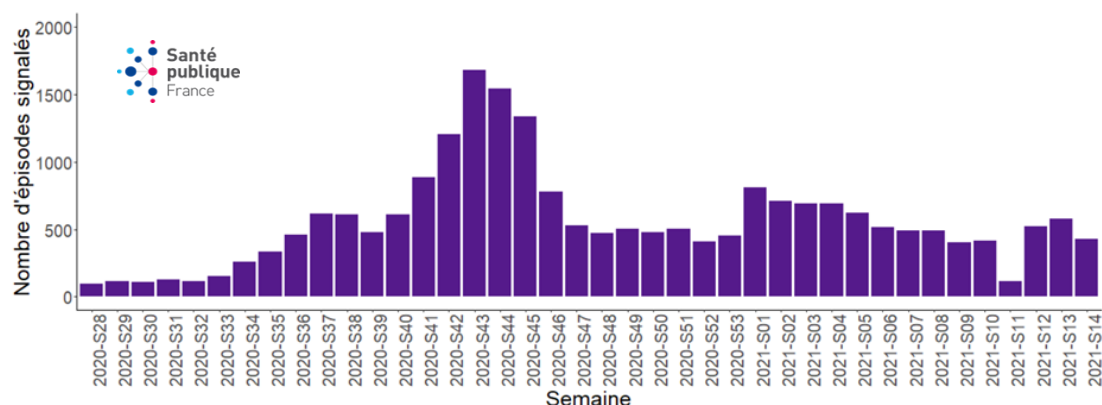
<sup>5</sup> Signalement d'au moins un cas de COVID-19 confirmé ou possible

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

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

• **De la semaine 05 à la semaine 11-2021, une diminution du nombre de signalements a été observée.** En semaines 13 et 14, 577 et 427 signalements ont été respectivement enregistrés. À noter que les données de la semaine 14 ne sont pas consolidées et qu'un **ratissage de saisie** pourrait expliquer la **tendance à la hausse observée en semaines 12 et 13** (Figure 21).

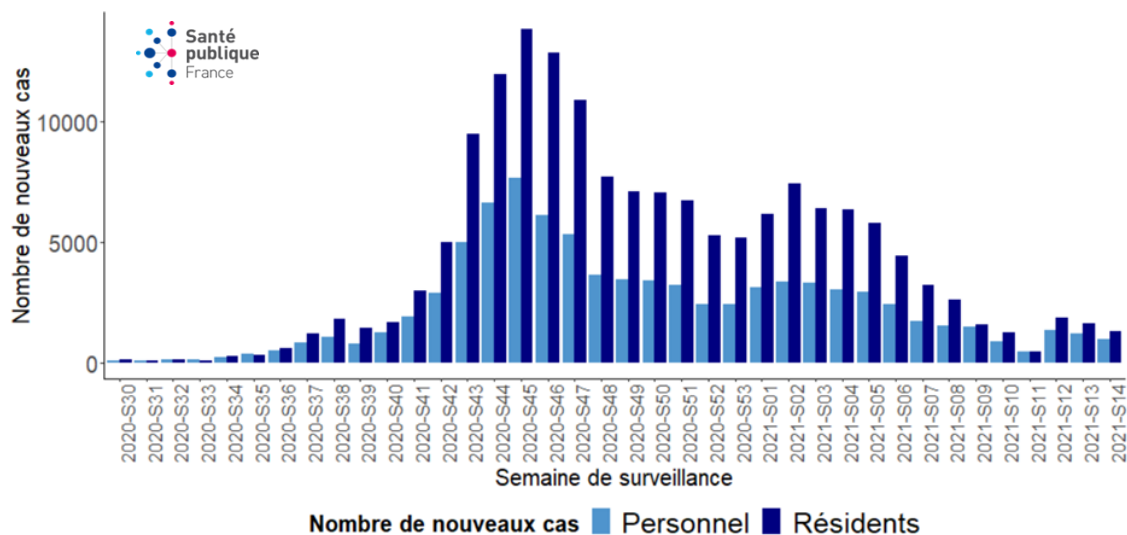
**Figure 21. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 en ESMS, par date de début des signes du premier cas, entre le 06 juillet 2020 et le 11 avril 2021, France**



S12 : rattrapage d'une sous-déclaration des épisodes en S11 en raison du déploiement de la nouvelle application permettant la collecte des données.  
S14 : données non consolidées.

- Le nombre de cas confirmés a augmenté en semaines 01 et 02-2021 puis s'est stabilisé autour de 9 300 cas jusqu'à début février. **Depuis la semaine 06, le nombre de cas confirmés est en diminution.** En semaine 13 et 14, 2 879 et 2 284 cas ont été respectivement enregistrés. À noter que les données de la semaine 14 ne sont pas consolidées (Figure 22).

**Figure 22. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 11 avril 2021, France**

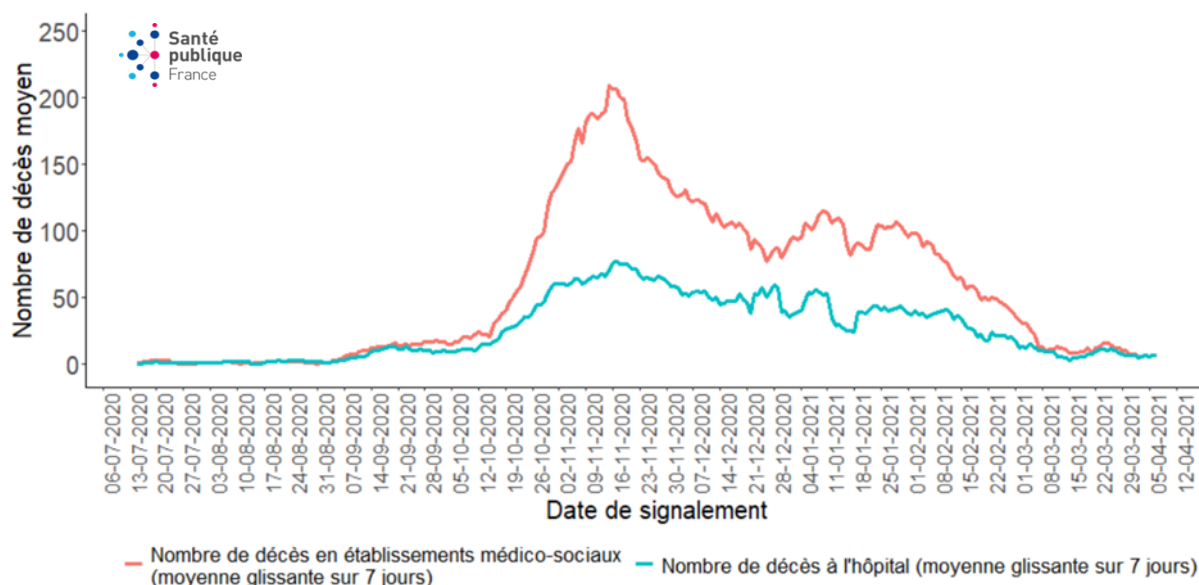


S12 : rattrapage d'une sous-déclaration des cas en S11 en raison du déploiement de la nouvelle application permettant la collecte des données.  
S14 : données non consolidées.



- Une **diminution du nombre de décès en établissement** est observée depuis la semaine 05-2021. En semaine 14, **46** décès ont été enregistrés contre 48 décès en semaine 13-2021 (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 23).

**Figure 23. Nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents en ESMS, par date de signalement du décès, rapportés entre le 15 juillet 2020 et le 11 avril 2021, France\***



\*Dernières données de décès le 08 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, **443 845 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 12 avril 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période) (Figure 24).

• En semaine 14 (du 05 au 11 avril 2021), **12 505 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (vs 12 868 passages en S13, soit -3%). Ce chiffre était **stable après quatre semaines de hausse consécutives** (+8% en S13 et +21% en S12) (Figure 24).

• La part d'activité (4,8% en S14 vs 4,5% en S13) ainsi que le nombre d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 (56% en S14 vs 54% en S13) étaient stables.

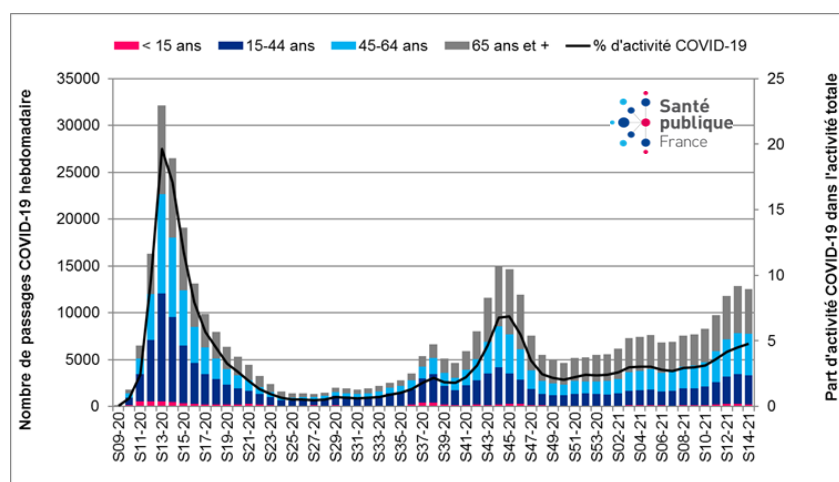
• Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en baisse chez les moins de 15 ans (-14%, soit -34 passages) et les 65 ans et plus (-5%, soit -264 passages), mais stables chez les 15-64 ans (-1%, soit -64 passages).

La répartition du nombre de passages par classe d'âge restait néanmoins comparable à la semaine précédente : 0-4 ans (1%), 5-14 ans (1%), 15-44 ans (25%), 45-64 ans (35%), 65-74 ans (18%), 75 ans et plus (20%) (Figure 24).

• Au niveau régional, les passages pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en baisse dans toutes les régions à l'exception de la Corse (+12%, soit +4 passages), la Guadeloupe (+44%, soit +31 passages) et la Guyane (+47%, soit +16 passages).

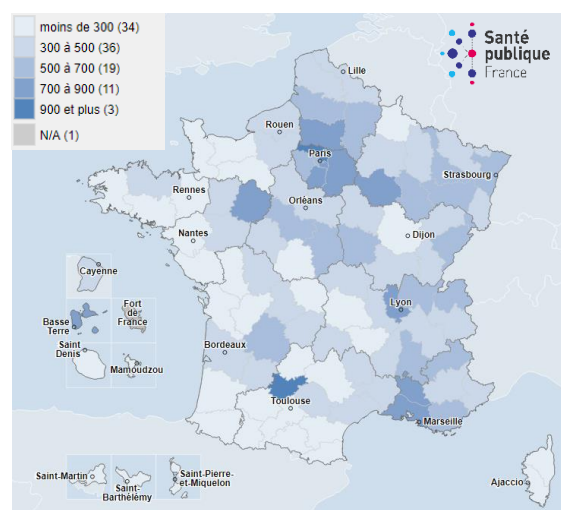
• En semaine 14, comme au cours des semaines précédentes, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité était enregistrée en Île-de-France (28%), Auvergne-Rhône-Alpes (14%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (13%).

**Figure 24. 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 25. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 14-2021, 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®) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. Le  $R$ -effectif estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ une à deux semaines auparavant (intégrant le délai entre la contamination et le test, et le fait que le calcul est effectué sur une période de sept jours). L'indicateur SI-DEP peut être instable, notamment lorsque l'incidence est faible, car il est influencé par les actions locales de dépistage. Les indicateurs calculés à partir des données de passages aux urgences et des hospitalisations sont plus stables, mais montrent des tendances plus tardives. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas. **Les valeurs de  $R$  ne doivent donc pas être interprétées de façon isolée, mais être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.**

• L'estimation du nombre de reproduction effectif en France métropolitaine au 10 avril 2021 était significativement inférieure à 1 **à partir des données virologiques** (SI-DEP) : **0,98** (IC95% [0,97-0,98]). À partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (OSCOUR®), l'estimation du nombre de reproduction effectif au 10 avril était significativement supérieure à 1 : **1,02** (IC95% [1,00-1,04]). Au 11 avril, l'estimation du nombre de reproduction à partir des **données d'hospitalisation pour COVID-19** (SI-VIC) était de **1,00** (IC95% [0,99-1,02]) (Tableau 8 et Figure 26).

## ► Régions métropolitaines

• Au 10 avril 2021, les estimations des nombres de reproduction à partir des **données virologiques** SI-DEP étaient significativement supérieures à 1 dans six régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire (Tableau 8). Les régions Bretagne, Corse et Normandie avaient des estimations supérieures à 1 mais de façon non significative.

• À partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (OSCOUR®), les estimations des nombres de reproduction au 10 avril étaient également supérieures à 1 de façon significative en Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les estimations étaient non significativement supérieures à 1 dans sept autres régions : Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Pays de la Loire.

• À partir des **hospitalisations de patients COVID-19** rapportées dans SI-VIC, l'estimation du nombre de reproduction au 11 avril était supérieure à 1 significativement en Auvergne-Rhône-Alpes et de façon non significative dans huit autres régions métropolitaines : Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Grand Est, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

• Seule la région Auvergne-Rhône-Alpes présentait des estimations du nombre de reproduction significativement supérieures à 1 dans les trois sources de données.

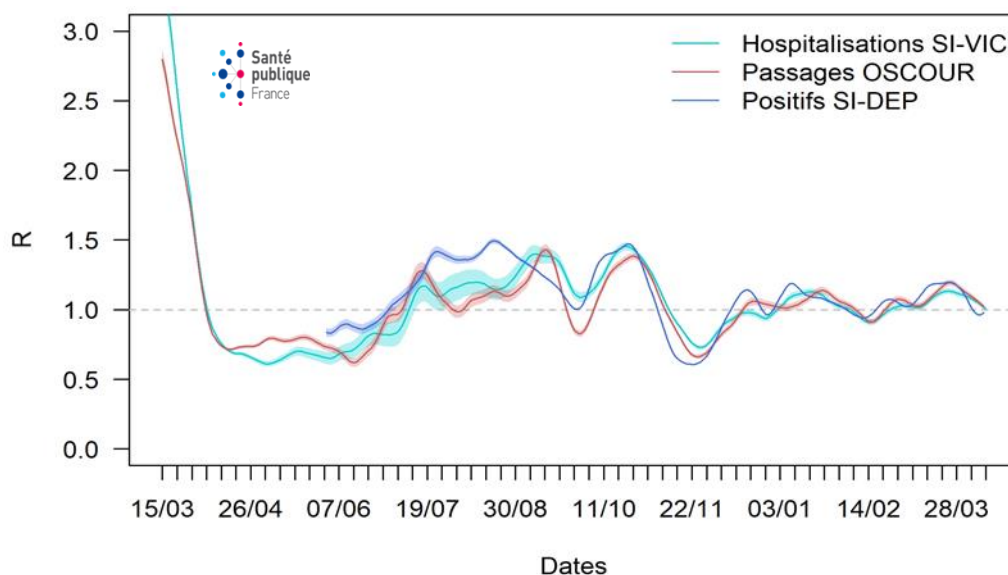
## ► Régions d'outre-mer

• Au 10 avril, les estimations du nombre de reproduction étaient **significativement supérieures à 1 en Guadeloupe et en Guyane** à partir des tests PCR ou des tests antigéniques positifs (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), ainsi qu'en **Martinique** à partir des tests PCR ou des tests antigéniques positifs (SI-DEP) (Tableau 8).

• Le nombre de reproduction estimé excédait 1 mais non significativement en Guadeloupe, Guyane et Martinique à partir des hospitalisations rapportées dans SI-VIC, ainsi qu'à La Réunion à partir des tests PCR ou des tests antigéniques positifs (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 26. 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 11 avril 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 8. Nombre de reproduction effectif du 10 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 11 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	<b>1,01 (1,00-1,02)</b>	<b>1,10 (1,05-1,15)</b>	<b>1,11 (1,06-1,17)</b>
	Bourgogne-Franche-Comté	<b>1,05 (1,03-1,08)</b>	1,08 (0,99-1,17)	1,07 (0,99-1,16)
	Bretagne	1,01 (0,99-1,04)	1,06 (0,94-1,19)	0,99 (0,88-1,10)
	Centre-Val de Loire	<b>1,02 (1,00-1,05)</b>	1,07 (0,97-1,18)	1,05 (0,96-1,15)
	Corse	1,00 (0,92-1,09)	1,12 (0,79-1,50)	0,83 (0,55-1,17)
	Grand Est	<b>1,05 (1,04-1,07)</b>	0,99 (0,93-1,06)	1,05 (0,99-1,12)
	Hauts-de-France	0,93 (0,92-0,94)	0,94 (0,88-0,99)	0,87 (0,82-0,92)
	Île-de-France	0,94 (0,93-0,95)	0,99 (0,95-1,02)	0,96 (0,93-0,99)
	Normandie	1,01 (0,99-1,03)	0,96 (0,87-1,06)	1,00 (0,91-1,08)
	Nouvelle-Aquitaine	<b>1,04 (1,02-1,05)</b>	1,06 (0,98-1,14)	1,05 (0,96-1,15)
	Occitanie	0,98 (0,97-1,00)	1,02 (0,95-1,09)	1,04 (0,97-1,11)
	Pays de la Loire	<b>1,05 (1,04-1,07)</b>	1,03 (0,94-1,13)	1,02 (0,93-1,11)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,92 (0,91-0,94)	<b>1,06 (1,01-1,12)</b>	1,01 (0,95-1,06)
	<b>France métropolitaine</b>	<b>0,98 (0,97-0,98)</b>	<b>1,02 (1,00-1,04)</b>	<b>1,00 (0,99-1,02)</b>
France ultramarine	Guadeloupe	<b>1,34 (1,23-1,45)</b>	<b>1,39 (1,13-1,68)</b>	1,07 (0,76-1,42)
	Guyane	<b>1,66 (1,51-1,82)</b>	<b>1,39 (1,03-1,80)</b>	1,07 (0,67-1,57)
	La Réunion	1,05 (0,99-1,12)	0,92 (0,74-1,12)	0,98 (0,77-1,21)
	Martinique	<b>1,26 (1,18-1,34)</b>	NA	1,01 (0,79-1,26)
	Mayotte	0,84 (0,71-0,98)	NC	NC

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

NA : données non disponibles pour cette région.

Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

# SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

Depuis mars 2020, l'outil SI-VIC a été déployé dans les hôpitaux afin de suivre l'hospitalisation des patients infectés par le SARS-CoV-2. Pour permettre un pilotage plus fin des tensions hospitalières, des évolutions ont été apportées à ce système. Le terme « réanimation », utilisé auparavant pour regrouper l'ensemble des services de soins critiques, est désormais remplacé par « soins critiques », ce qui permet de différencier le service de réanimation proprement dit des autres services appartenant à cet ensemble (comme les soins intensifs ou les soins continus). D'autre part, il est désormais possible de distinguer, parmi les patients hospitalisés porteurs du SARS-CoV-2, si l'hospitalisation est pour traitement de la COVID-19 ou si elle survient pour une autre raison chez une personne porteuse d'une infection à SARS-CoV-2. Ces nouvelles fonctionnalités sont analysables depuis le 25 janvier 2021.

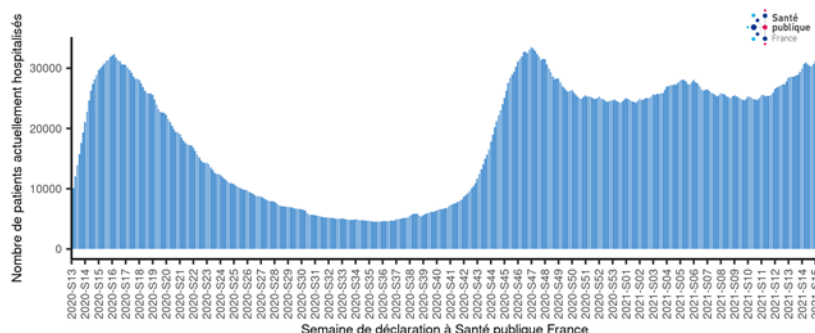
Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en services de soins critiques ou le décès d'un patient COVID-19 et la date de déclaration ou de mise à jour du statut du patient dans le système SI-VIC est fréquent. Les données par dates d'admission et de décès nécessitant en moyenne une semaine de consolidation,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

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

### Patients actuellement hospitalisés et nombre total de décès

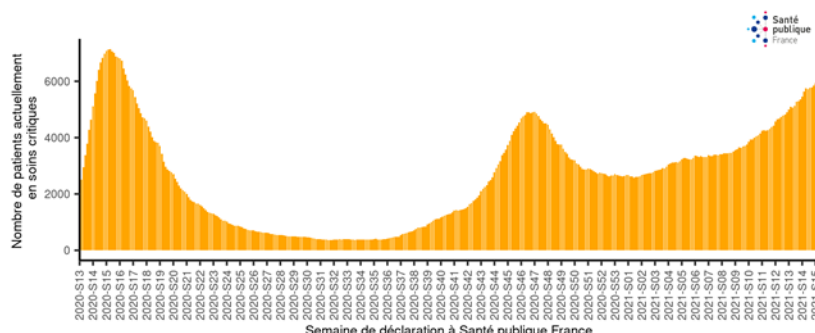
- Le 13 avril 2021, **31 287 patients COVID-19 étaient hospitalisés en France** (vs 30 700 le 06 avril, soit +2%) (Figure 27), dont :
  - **5 969 en services de soins critiques** (vs 5 644 le 06 avril, soit +6%) (Figure 28). Parmi ceux-ci, **4 503** étaient en services de **réanimation** et 1 466 dans d'autres services de soins critiques (soins intensifs ou soins continus) ;
  - **17 504** en hospitalisation conventionnelle (soit +1%) ;
  - **7 285** en soins de suite et réadaptation et **529** en autres unités de soins.

Figure 27. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 13 avril 2021)



Source : SI-VIC

Figure 28. Nombre de patients COVID-19 en services de soins critiques, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 13 avril 2021)



Source : SI-VIC



- Parmi les **418 042 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 ;
  - **73 363** patients sont décédés : 75% 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 13 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 13 avril 2021				Depuis le 1 <sup>er</sup> mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Soins Critiques		Décès	
	N	%	N	%	N	%
<b>Total</b>	<b>31 287</b>		<b>5 969</b>		<b>73 363</b>	
<b>Classes d'âge *</b>						
<b>Total</b>	<b>31 016</b>		<b>5 916</b>		<b>72 971</b>	
0-14 ans	86	<1	14	<1	5	<1
15-44 ans	1 986	6	443	7	505	<1
45-64 ans	7 374	24	2 322	39	5 769	8
65-74 ans	7 646	25	2 235	38	12 245	17
75 et +	13 924	45	902	15	54 447	75
<b>Régions *</b>						
<b>Total</b>	<b>31 226</b>		<b>5 952</b>		<b>73 335</b>	
<b>Métropole</b>						
Auvergne-Rhône-Alpes	3 845	12	682	11	10 399	14
Bourgogne-Franche-Comté	1 353	4	181	3	4 317	6
Bretagne	792	3	136	2	1 397	2
Centre-Val de Loire	1 146	4	205	3	2 337	3
Corse	93	<1	17	<1	179	<1
Grand Est	2 688	9	520	9	9 211	13
Hauts-de-France	3 687	12	705	12	7 778	11
Île-de-France	8 122	26	1 777	30	17 705	24
Normandie	1 601	5	230	4	2 797	4
Nouvelle-Aquitaine	1 344	4	265	4	3 300	4
Occitanie	1 843	6	415	7	3 871	5
Pays de la Loire	931	3	142	2	2 377	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 333	11	572	10	7 039	10
<b>Outre-mer</b>						
La Réunion	159	<1	41	<1	143	<1
Martinique	121	<1	24	<1	64	<1
Mayotte	15	<1	6	<1	124	<1
Guadeloupe	109	<1	23	<1	206	<1
Guyane	44	<1	11	<1	91	<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.

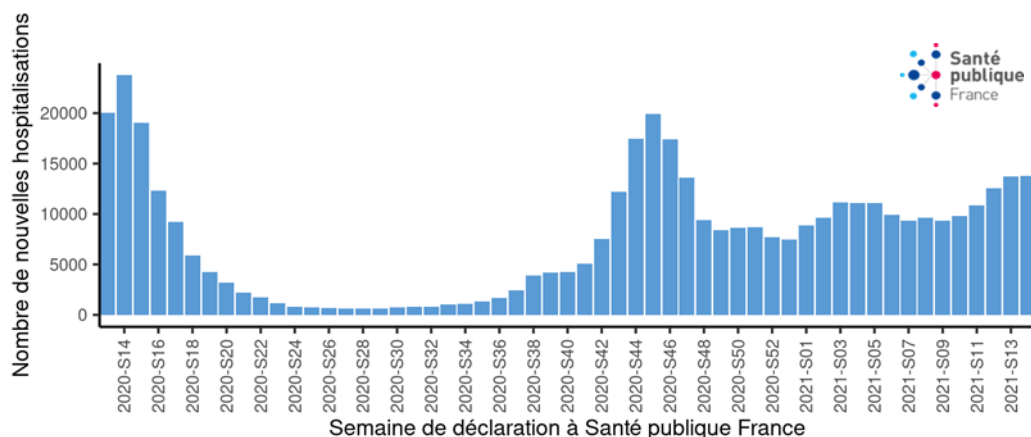
Source : SI-VIC

## Nouvelles hospitalisations et nouveaux décès

La forte sous-déclaration des hospitalisations observée le **lundi 05 avril, jour férié**, semble avoir été rattrapée les jours suivants (avec notamment une très forte augmentation des déclarations le **mercredi 07 avril**). Ainsi, sur la semaine calendaire, l'impact du jour férié semble être limité. Ces observations devront cependant être confirmées avec les données par date d'admission consolidées pour S14.

- Après avoir augmenté depuis S10, le nombre de déclarations de nouvelles hospitalisations s'est stabilisé en S14 : **13 754** en S14 contre **13 717** en S13, soit **+0%** (Figure 29). En S14, 92% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

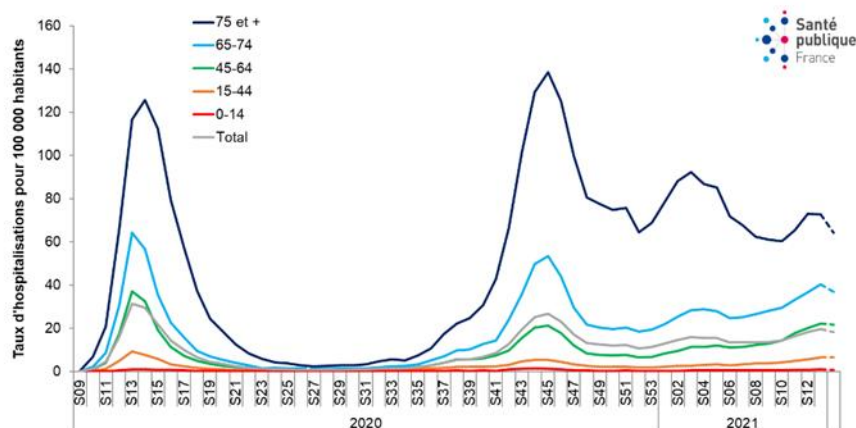
**Figure 29. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 11 avril 2021)**



Source : SI-VIC

- Après consolidation, les **données par date d'admission à l'hôpital** montrent que le nombre de nouvelles hospitalisations avait continué d'augmenter en S13 mais dans une moindre mesure (+7% par rapport à S12 vs +12% entre S11 et S12). Les données de S14 (-7% par rapport à S13) ne sont pas encore consolidées.
- Le **taux d'hospitalisation** par date d'admission a augmenté dans toutes les classes d'âge entre les semaines 01 et 03. Il a continué à augmenter chez les 15-74 ans jusqu'en S13. Chez les 75 ans et plus, il avait nettement diminué entre S03 et S10 (de 92,2 pour 100 000 en S03 à 60,2 en S10) avant d'augmenter à nouveau en S11 et S12 (72,9 en S12) et de se stabiliser en S13 (72,8). Les données de S14 ne sont pas encore consolidées (Figure 30).

**Figure 30. 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 13 avril 2021)**



S14 : données non consolidées

Source : SI-VIC

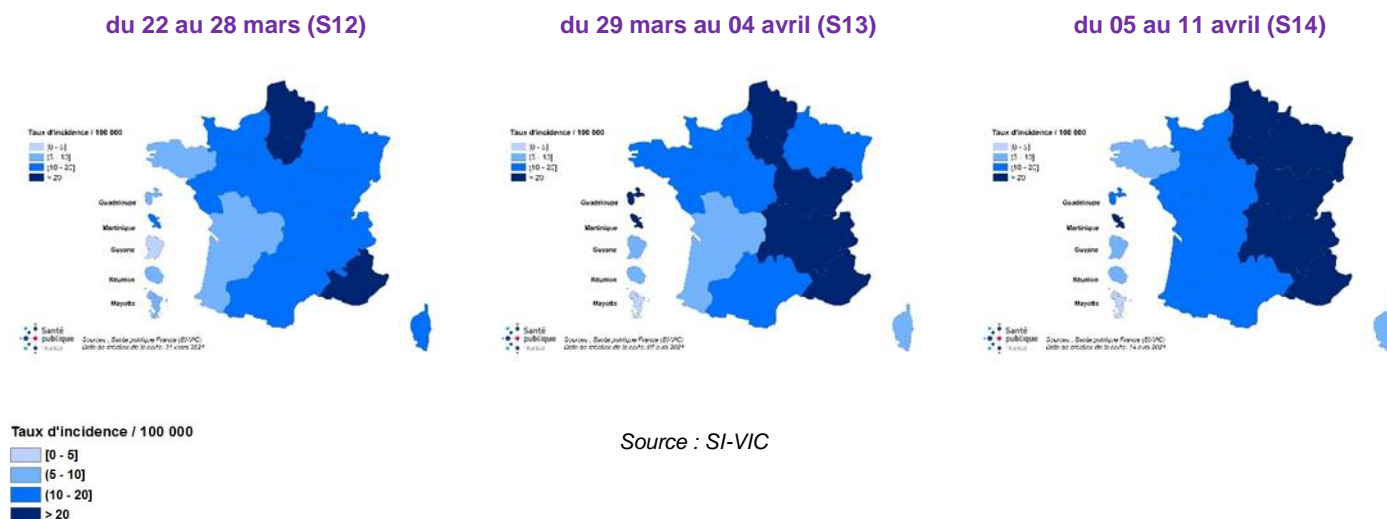
- En S14, le **taux hebdomadaire** d'hospitalisation par date de déclaration était de **20,5/100 000 habitants**, identique à celui observé en S13.

- En France métropolitaine en S14, le taux hebdomadaire d'hospitalisation était en **augmentation en Nouvelle-Aquitaine** (+18%), Grand Est (+11%), Occitanie (+4%), Normandie (+3%) et Auvergne-Rhône-Alpes (+2%). Il était stable ou en diminution dans les autres régions de France métropolitaine.

- Les **taux d'hospitalisation les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Île-de-France** (30,3/100 000 habitants), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (27,1), **Hauts-de-France** (26,2), **Bourgogne-Franche-Comté** (21,6), **Auvergne-Rhône-Alpes** (21,3) et **Grand Est** (20,9). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 19,3 pour 100 000 habitants (Figure 31).

- En Outre-mer, le **plus fort taux d'hospitalisation** était observé en **Martinique** (21,7/100 000 habitants), en légère hausse (+5% vs S13, soit +4 hospitalisations). Le **taux hebdomadaire d'hospitalisation** était en augmentation en Guyane (+81%, soit + 13 hospitalisations). Il était en baisse à La Réunion (-5%, soit -4 hospitalisations), à Mayotte (-23%, soit -3 hospitalisations) et en Guadeloupe (-41%, soit -32 hospitalisations).

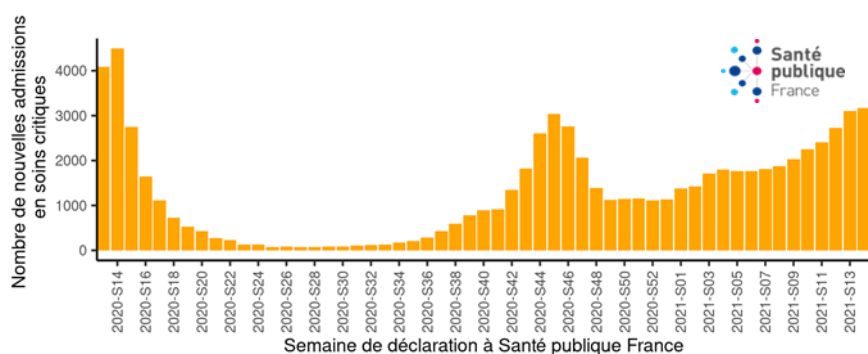
**Figure 31. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisation de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 22 mars au 11 avril 2021 (S12 à S14, date de déclaration), France**



- Après avoir augmenté depuis S08, le nombre de déclarations de **nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19** s'est stabilisé en S14 : **3 175** en S14 contre **3 109** en S13, soit **+2%** (Figure 32). 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 2 193 (vs 2 091 en S13, soit +5%).

**Figure 32. 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 11 avril 2021)**



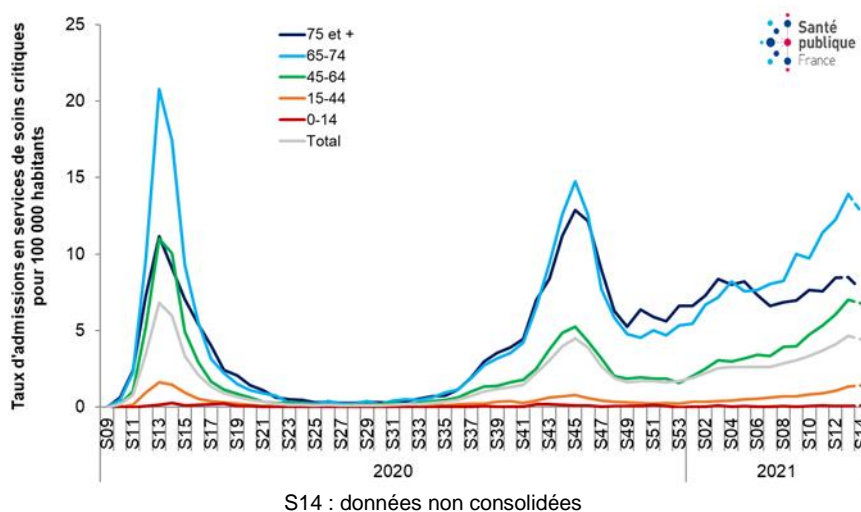
Source : SI-VIC

- Après consolidation, les **données par date d'admission en services de soins critiques** montrent que le nombre de nouvelles admissions avait continué d'augmenter en S13 (+13% par rapport à S12). Les données de S14 (-5% par rapport à S13) ne sont pas encore consolidées.

- **Chez les 75 ans et plus**, après une diminution entre S03 et S07 des taux d'admission en soins critiques par date d'admission, une **augmentation a été observée entre S07 et S12** (de 6,6 en S07 à 8,5 en S12). Ce taux est resté **stable en S13** (8,5) et ne peut être encore analysé pour S14 car les données ne sont pas consolidées.

**Dans les autres classes d'âge de 15 ans à 74 ans**, une **augmentation** des taux d'admission en soins critiques est observée **depuis la semaine 03** (Figure 33).

**Figure 33. Taux d'admission hebdomadaires de patients COVID-19 en services de soins critiques par classe d'âge selon la date d'admission, depuis le 02 mars 2020, France (données au 13 avril 2021)**

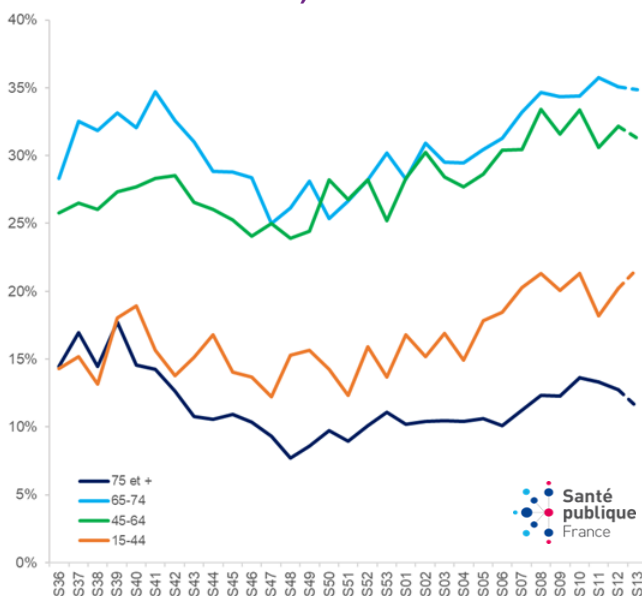


Source : SI-VIC

- La proportion de patients hospitalisés en services conventionnels transférés (ou directement admis) en service de soins critiques montre une **tendance à l'augmentation du risque d'être admis en soins critiques** depuis début décembre 2020. Cette tendance pourrait témoigner d'une plus grande sévérité des cas. L'augmentation tend à se stabiliser dans toutes les classes d'âge depuis S08 (Figure 34). Sur cette figure, du fait du délai de quelques jours entre l'hospitalisation et l'admission en services de soins critiques, les données de S13 ne sont pas encore consolidées.

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

**Figure 34. Évolution hebdomadaire de la proportion (%) de patients hospitalisés en services conventionnels qui ont été transférés (ou directement admis) en service de soins critiques, par classe d'âge, entre les semaines 36-2020 et 13-2021, France (données au 13 avril 2021)**



S13 : données non consolidées

Source : SI-VIC

• Le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques par date de déclaration était de **4,7/100 000 habitants** en S14 contre **4,6** en S13.

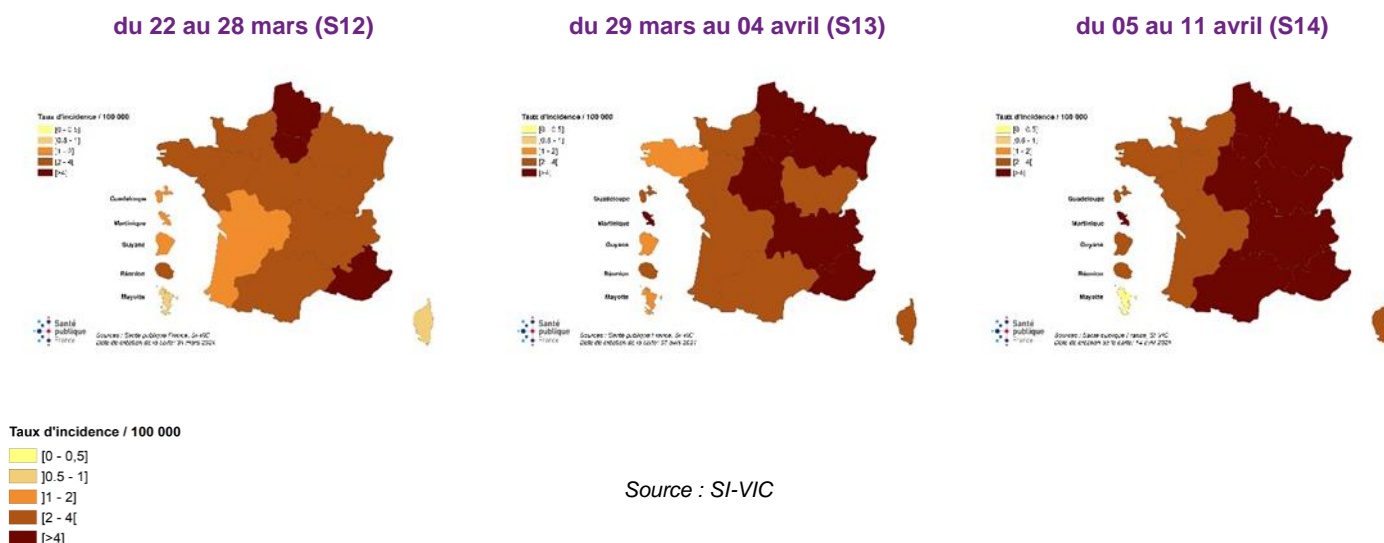
• En France métropolitaine, le **taux d'admission en services de soins critiques** en S14 était en **augmentation** en **Bourgogne-Franche-Comté** (+28%), **Occitanie** (+16%), **Bretagne** (+16%), **Auvergne-Rhône-Alpes** (+12%), **Corse** (+11%), **Grand Est** (+10%) et **Normandie** (+6%). Il était stable ou en diminution dans les autres régions de France métropolitaine.

Dans les régions **Nouvelle Aquitaine**, **Occitanie** et **Bretagne**, une part des admissions en services de soins critiques résulte d'évacuations sanitaires en provenance d'**Île-de-France**, de **Provence-Alpes-Côte d'Azur** et des **Hauts-de-France**.

• Les **plus forts taux hebdomadaires d'admission en services de soins critiques** en métropole étaient rapportés en **Île-de-France** (7,9/100 000 habitants), **Hauts-de-France** (6,0), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (5,2), **Auvergne-Rhône-Alpes** (5,1), **Grand Est** (4,5), **Centre-Val de Loire** (4,5), **Bourgogne-Franche-Comté** (4,4) et **Occitanie** (4,0). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 3,4 pour 100 000 habitants (Figure 35).

• En **Outre-mer**, le **taux hebdomadaire d'admission en services de soins critiques** en S14 tendait à se stabiliser en **Martinique** (5,6/100 000 habitants, + 11% soit +2 hospitalisations vs S13), à **La Réunion** (2,2/100 000 habitants, -5% soit -1 hospitalisation vs S13) et en **Guadeloupe** (2,1/100 000, inchangé par rapport à S13). En Guyane (2,1/100 000 habitants) et à Mayotte (0,4/100 000 habitants), les effectifs réduits des admissions en services de soins critiques ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

**Figure 35. Évolution du taux hebdomadaire d'admission en services de soins critiques de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 22 mars au 11 avril 2021 (S12 à S014, par date de déclaration), France**

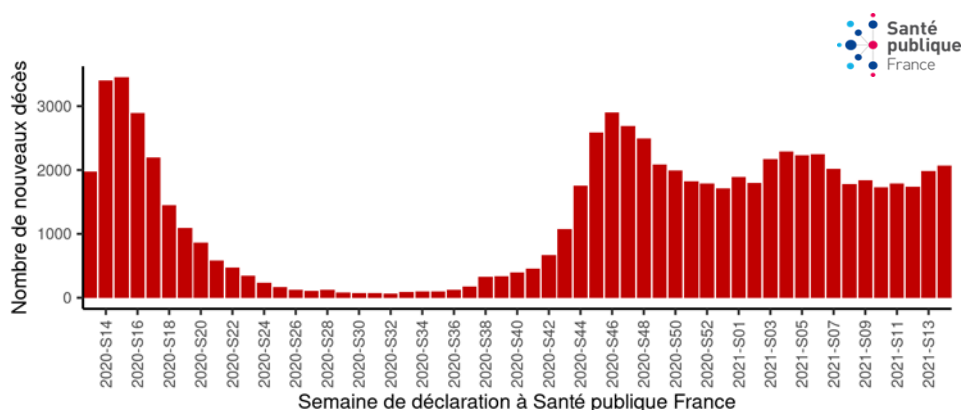




- Après une stabilisation entre S08 et S12, le nombre de **déclarations de décès** de patients COVID-19 survenus au cours d'une hospitalisation est **en augmentation depuis S13** : **2 066** décès en S14 contre **1 985** en S13 (soit +4%) (Figure 36). En S14, 89% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

- Après consolidation, les **données par date de survenue du décès à l'hôpital** montrent qu'après une baisse entre S04 et S10, le nombre de décès **a augmenté jusqu'en S13** (+16% par rapport à S12). Les données de S14 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 11 avril 2021)**



Source : SI-VIC

- Le **taux hebdomadaire** de décès de patients COVID-19 était de **3,1/100 000 habitants** en S14, contre 3,0 en S13.

- En métropole, le **taux hebdomadaire de décès** en S13 était en **augmentation** en **Occitanie** (+28%), **Bretagne** (+24%), **Nouvelle-Aquitaine** (+22%), **Centre-Val de Loire** (+17%), **Grand Est** (+14%), **Bourgogne-Franche-Comté** (+13%) et **Auvergne-Rhône-Alpes** (+7%). Il était stable ou en diminution dans les autres régions de France métropolitaine.

- Les **plus forts taux hebdomadaires de décès** en métropole étaient rapportés dans les **Hauts-de-France** (4,6 pour 100 000 habitants), en **Île-de-France** (4,1) et en **Bourgogne-Franche-Comté** (4,1). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 3,7 pour 100 000 habitants.

- En **Outre-mer**, les **plus forts taux hebdomadaires de décès** en S14, en augmentation par rapport à S13, étaient observés en **Martinique** (2,1 en S14 vs 1,1 en S13, soit +3 décès) et à **La Réunion** (1,3 en S14 vs 0,9 en S13, soit +3 décès). Il était en diminution dans les autres régions d'outre-mer.

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

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

- Entre le 05 octobre 2020 et le 13 avril 2021, parmi les **10 382 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19, 70% étaient des hommes**. Cette proportion a diminué entre les périodes septembre-décembre 2020 et janvier-mars 2021 (72% vs 68%,  $p < 0,001$ ). **L'âge médian des patients était également en légère diminution entre ces deux périodes, passant de 68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]) **à 66 ans** (IIQ : [56-73]) ( $p < 0,001$ ). **La proportion de patients âgés de 65 ans et plus a diminué de façon significative** (63% vs 55%,  $p < 0,001$ ). **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** (37% vs 31%,  $p < 0,001$ ). Au total, 137 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** ( $p < 0,05$ ). Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient, **pour les deux périodes, l'hypertension artérielle, l'obésité** ( $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg.m}^{-2}$ ) et le **diabète** (Tableau 10).

- Parmi les 8 031 patients pour lesquels l'information était renseignée, **47% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour**. Cette proportion restait comparable entre les deux périodes. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 8 320 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 reste en augmentation 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.

- **1 980 décès** ont été rapportés à ce jour (dont dix professionnels de santé) : 1 189 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 et 791 parmi les patients admis en janvier-avril 2021. **L'âge médian des personnes décédées était de 73 ans** (IIQ : [67-78]) ; **81% étaient âgées de 65 ans et plus et 95% présentaient au moins une comorbidité**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient **l'hypertension artérielle** (54%), **l'obésité** (42% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les **pathologies cardiaques** (37%). En raison d'un recul insuffisant, il n'est à ce jour pas possible de comparer, entre les deux périodes d'étude, les caractéristiques des patients décédés.

- Entre le 05 octobre 2020 et le 13 avril 2021, **6 216 sorties de réanimation** ont été rapportées, 3 374 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 et 2 842 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 13 avril 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France**

Classe d'âge	Septembre-Décembre 2020 (n=5 136)		Janvier-avril 2021 (n=5246)	
	n	%	n	%
0-14 ans	11	<1	14	<1
15-44 ans	288	6	412	8
45-64 ans	1 601	31	1 936	37
65-74 ans	1 927	38	1 853	36
75 ans et +	1 288	25	997	19
Non renseigné	21		34	
Comorbidités <sup>1</sup>	n	% <sup>2</sup>	n	% <sup>2</sup>
<b>Aucune</b>	554	11	660	13
<b>Au moins une comorbidité</b>	4 450	89	4 425	87
Hypertension artérielle	2 288	46	2 335	46
Obésité (IMC>=30) <sup>3</sup>	2 030	45	2 248	48
Diabète	1 580	32	1 416	28
Pathologie cardiaque	1 257	25	1 099	22
Pathologie pulmonaire	1 064	21	1 026	20
Pathologie rénale	444	9	410	8
Immunodépression	381	8	273	5
Cancer	364	7	312	6
Pathologie neuromusculaire	164	3	174	3
Pathologie hépatique	120	2	105	2
Autre	791	16	658	13
<b>Non renseigné</b>	132		161	

<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=4 489 sur la période septembre-décembre 2020 et n=4 714 sur la période janvier-avril 2021).

## ► Signalement d'infections à SARS-CoV-2 nosocomiales

Le signalement des infections associées aux soins, dématérialisé via l'outil e-SIN, a permis depuis mars 2020 aux établissements de santé de rapporter des cas (isolés ou groupés) de COVID-19 nosocomiaux, c'est-à-dire survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un ES. Ce dispositif permet d'alerter les ARS et les centres régionaux de prévention des infections associées aux soins (CPIAS) en région, ainsi que Santé publique France. Il reste déclaratif et ne tend pas à l'exhaustivité.

• Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et le 11 avril 2021, **4 495 signalements** (SIN) de cas de COVID-19 **nosocomiaux** ont été émis. Ils impliquaient **56 576 cas** : **34 589 patients** (**279 décès liés**), **21 975 professionnels** et **12 visiteurs**. Parmi les signalements nosocomiaux, **238 font mention d'un variant** : 176 pour 501Y.V1, 11 pour 501Y.V2, 8 pour 501YV2 ou 501YV3, 2 pour 20C/H655Y et 41 sans précision.

Ces signalements émanaient de **1 041 établissements**. Les types d'établissement ayant effectué le plus de signalements sont les centres hospitaliers (n=336, 32%), les établissements de médecine-chirurgie-obstétrique (n=234, 22%), et les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) (n=206, 20%).

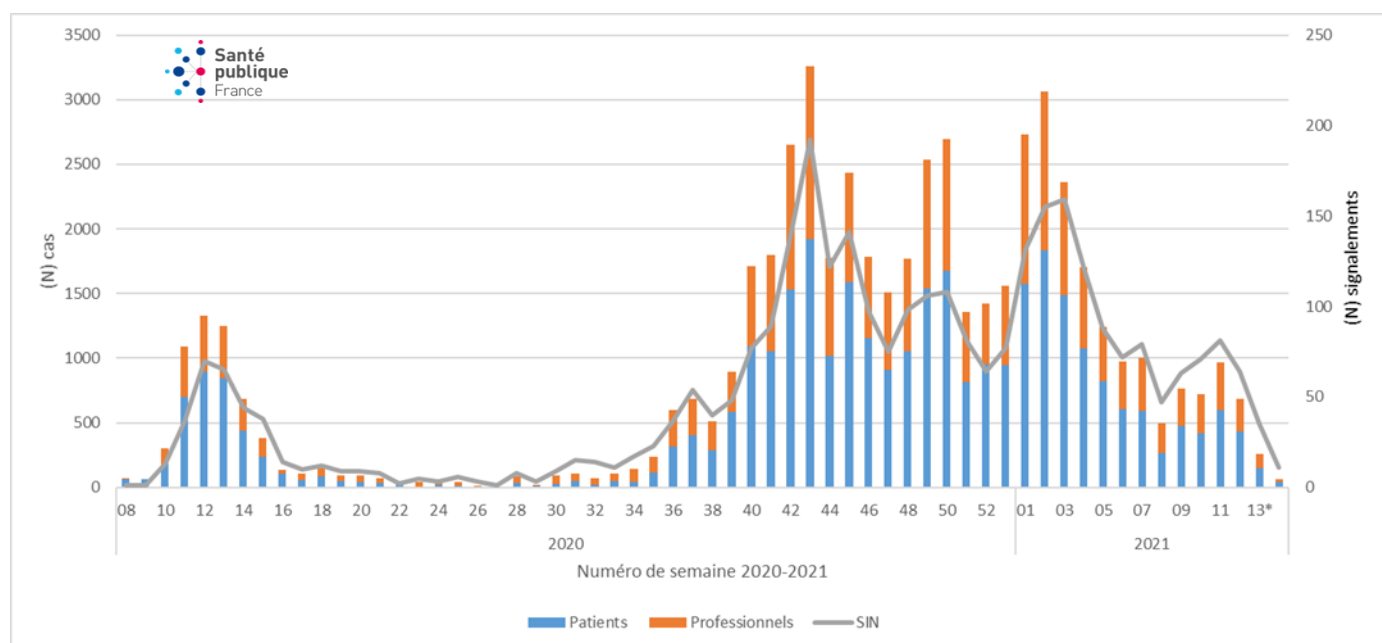
### Signalements de cas groupés

• Parmi les signalements nosocomiaux, **3 274 (73 %) correspondaient à des cas groupés** (au moins trois cas liés). Les **signalements de cas groupés** de COVID-19 nosocomiaux correspondaient à **54 956 cas** : 33 458 patients (244 décès liés), 21 487 professionnels et 11 visiteurs. Parmi les cas, la part des professionnels était relativement stable en semaine 12 (37% vs 38 % en S11 et 42% en S10). Les semaines 13 et 14 ne sont pas encore consolidées.

• Depuis la semaine 03-2021, le nombre de SIN de cas groupés suit une **tendance globale à la baisse**, intégrant une légère remontée entre les semaines 08-2021 et 11-2021 (Figure 37). Les semaines 13 et 14 ne sont pas consolidées.

• Lorsque l'information est disponible (n=2 333), le **cas index** est un patient pour plus de la moitié des épisodes (n= 1 357, 58 %), un professionnel pour 33 % (n=775) et un visiteur/la famille pour 6% (n=135) des épisodes. L'origine du cas groupé est parfois multifactorielle.

**Figure 37. Nombre de cas patients et professionnels et nombre de signalements de cas groupés nosocomiaux, par semaine du 1er cas, entre le 17 février 2020 et le 11 avril 2021, France (n= 3 274)**



\*Semaines 13 et 14 : données non consolidées

- Les signalements nosocomiaux de cas groupés proviennent essentiellement des services de médecine (n=1 361, 42%), de SSR (n=978, 30%) et des services de longue durée (SLD)/Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) (n=220, 7%), puis de chirurgie (n=280) et de psychiatrie (n=230).
- Au sein des services de médecine (n=1 361), la gériatrie représente la plus grande part (n=315, 23%) des cas groupés signalés. Les autres services de médecine (cardiologie, pneumologie...) représentent moins de 15% chacun.
- Parmi les 2 313 signalements (71% des signalements de cas groupés) pour lesquels l'information est disponible, les principales hypothèses formulées sont les suivantes : la découverte fortuite d'un cas (n=987, 43%), des mesures barrières non optimales (incluant les difficultés d'application des bonnes pratiques) (n=973, 42%), les pauses et transmissions entre les personnels (n=436, 19%), la transmission *via* les visiteurs/familles (n=421, 18%), l'utilisation des chambres doubles (n=334, 14%), et un patient déambulant (n=291, 13%).
- Pour les 2 939 signalements (90 % des signalements nosocomiaux de cas groupés) pour lesquels l'information est disponible, les principales mesures correctives décrites sont les suivantes : la mise en place de dépistages (n=2 487, 85 %), le renforcement des mesures barrières (n=1 331, 45 %), la mise en place de précautions complémentaires (n=512, 17 %) et l'installation d'un secteur COVID (n=505, 17 %).



# SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

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

En raison du déploiement en cours de la nouvelle application pour le signalement des cas et des décès de COVID-19 en ESMS (Cf. chapitre « Surveillance dans les établissements sociaux et médico-sociaux »), **les données de mortalité en ESMS sont incomplètes pour la semaine 11 et surestimées en semaine 12, suite à un rattrapage de saisie des signalements.**

- Entre le 1<sup>er</sup> mars 2020 et le 13 avril 2021, **99 508 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **73 363** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **26 145** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 11 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 augmentation en semaine 13**, avec 2 033 décès contre 1 848 en S12 (+10%). En semaine 14, bien que les données ne soient pas encore consolidées, une légère augmentation du nombre de décès était observée (2 112 décès en S14, soit +4% par rapport à S13).

- En ESMS : les données étant surestimées en S12 et non consolidées en S14, les tendances ne peuvent pas être interprétées.

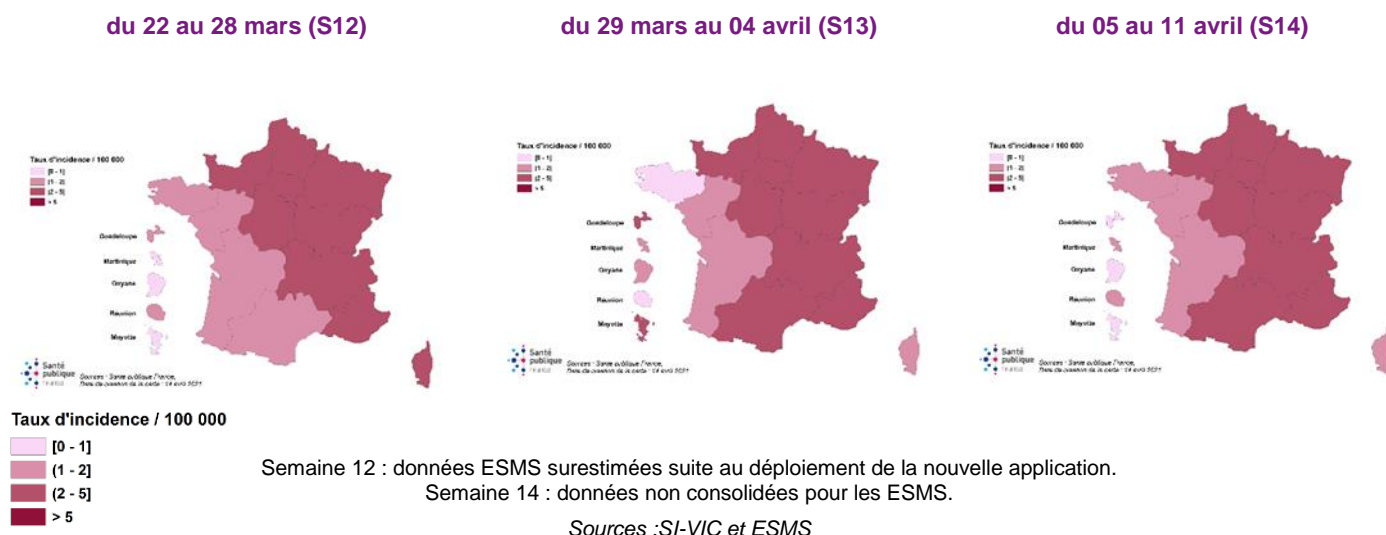
- En hospitalisation : après une tendance à la stabilisation depuis la semaine 08, puis une augmentation entre les semaines 12 et 13 (+14%), **le nombre de décès était en légère hausse en S14 (+4% entre S13 et S14).**

- À l'échelle nationale, le **taux hebdomadaire de décès** était de **3,0 pour 100 000 habitants en S13**. En S14 (données non consolidées), il était de 3,2 pour 100 000 habitants.

- En semaine 14** (données non consolidées pour les ESMS), les **plus forts taux de décès** par région rapportés à la population étaient observés dans les **Hauts-de-France** (4,7/100 000 habitants), en **Bourgogne-Franche-Comté** (4,2), en **Île-de-France** (4,2), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (3,9) et dans le **Grand Est** (3,8) (Figure 38).

- Entre les semaines 13 et 14, bien que les données ne soient pas consolidées, une **augmentation** du taux de décès était observée en **Occitanie** (+31%), **Bretagne** (+24%), **Nouvelle-Aquitaine** (+22%), **Centre-Val de Loire** (+20%), **Grand Est** (+15%) et **Bourgogne-Franche-Comté** (+15%). 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 22 mars au 11 avril 2021 (S12 à S14), 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, 43 697 certificats contenaient une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès renseignées (Tableau 11).

- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92,6% des personnes décédées avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 55% de ces décès.
- 55,2% de ces certificats de décès contenaient une mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée.

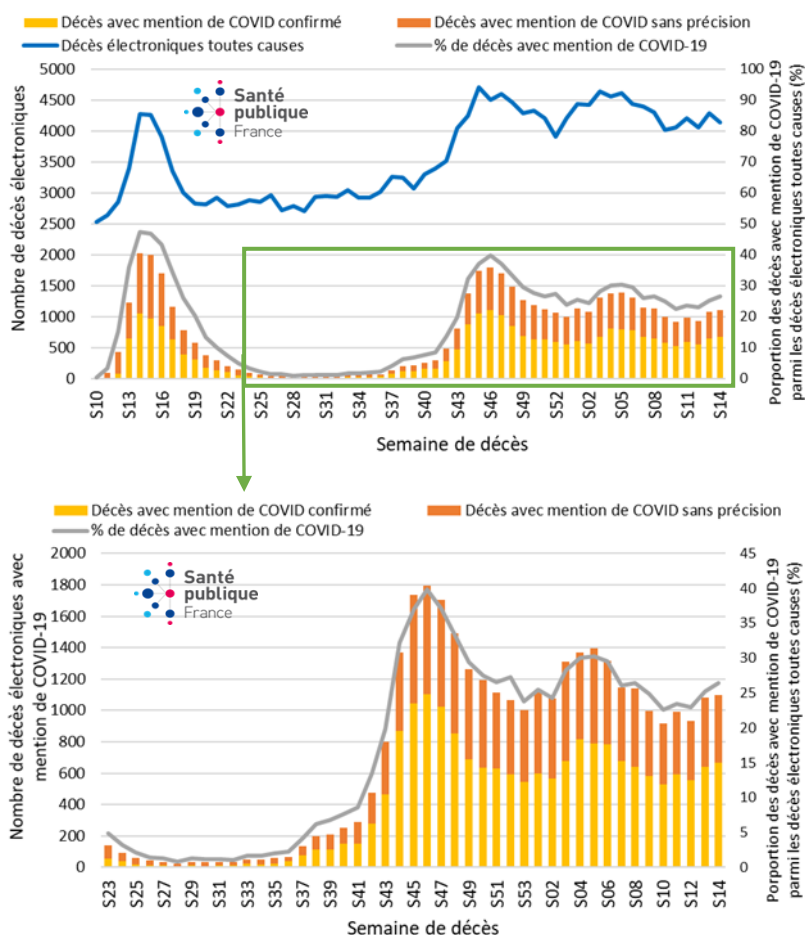
- Des comorbidités étaient renseignées pour 28 426 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 36% de ces décès et d'hypertension artérielle pour 22%.

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

- Pour la semaine 14 (du 05 au 11 avril 2021), **1 098 décès faisaient l'objet d'une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 26,5% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 39). Ce nombre de décès était **stable** par rapport à la semaine précédente (+16 décès, soit +1,5%). **La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 60,7%.**

- Parmi les 1 098 personnes décédées au cours de la semaine écoulée, dont le certificat contenait une mention de COVID-19, 792 (72%) étaient âgées de 75 ans et plus, 196 (18%) de 65 à 74 ans et 99 (9%) de 45 à 64 ans. Onze personnes décédées étaient âgées de 15 à 44 ans. Les effectifs étaient en légère hausse chez les personnes de plus de 75 ans (+5%).

**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 11 avril 2021, France (données au 13 avril 2021)**



Sources : Santé publique France, Inserm-CépiDc

**Tableau 11. 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 12 avril 2021, France (données au 13 avril 2021)**

Sexe	n	%
Hommes	23 929	55
Femmes	19 767	45

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ou non renseigné <sup>1</sup>		Avec comorbidités <sup>1</sup>		Total <sup>2</sup>	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	1	20	4	80	5	0
15-44 ans	82	32	178	68	260	1
45-64 ans	839	28	2 110	72	2 949	7
65-74 ans	1 959	30	4 529	70	6 488	15
75 ans ou plus	12 390	36	21 605	64	33 995	78
<b>Tous âges</b>	<b>15 271</b>	<b>35</b>	<b>28 426</b>	<b>65</b>	<b>43 697</b>	<b>100</b>

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	10 094	36
Hypertension artérielle	6 368	22
Diabète	4 630	16
Pathologie respiratoire	3 810	13
Pathologie rénale	3 745	13
Pathologies neurologiques *	2 464	9
Obésité	1 698	6
Immunodéficience	648	2

\* Ce groupe inclut les pathologies neurovasculaires et neuromusculaires

1. Pourcentages présentés en ligne ; 2. 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 S13-2021** (du 29 mars au 04 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 de la semaine 04 à la semaine 10, la mortalité est repartie à la hausse en semaine 11, s'est stabilisée en semaine 12 et s'est trouvée de nouveau en hausse en semaine 13** (Tableau 12 et Figure 40).

● La hausse du nombre de décès à partir de la semaine 11 est observée chez les personnes de 65 à 84 ans. Dans cette classe d'âge, le nombre de décès reste significativement supérieur à celui attendu jusqu'en semaine 13, alors que les effectifs sont revenus dans les marges de fluctuation habituelles depuis la semaine 09 chez les 85 ans ou plus.

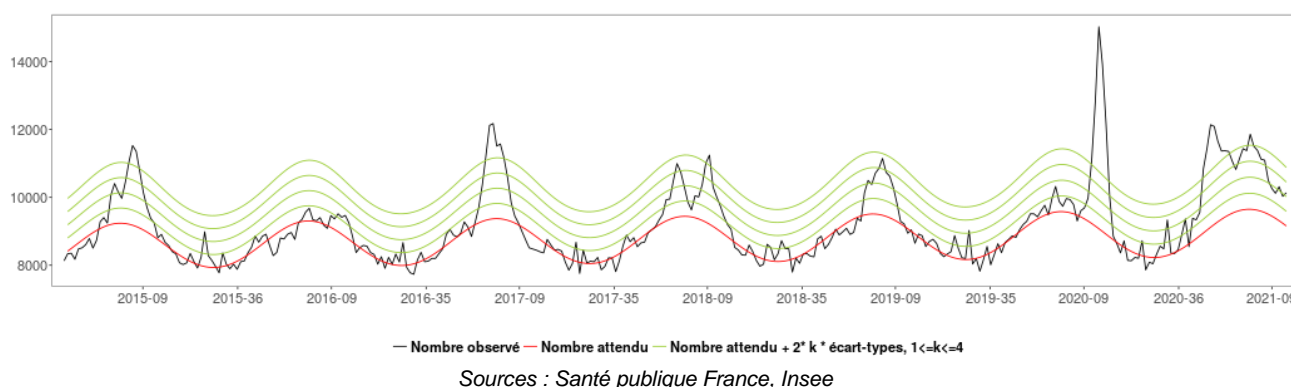
**Tableau 12. Estimation de la proportion (%) de l'excès de décès par rapport à la mortalité attendue, tous âges confondus, dans un échantillon de 3 000 communes, de la semaine 01 à la semaine 12-2021, France**

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

Estimations non consolidées pour les semaines 10 à 12

Sources : Santé publique France, Insee

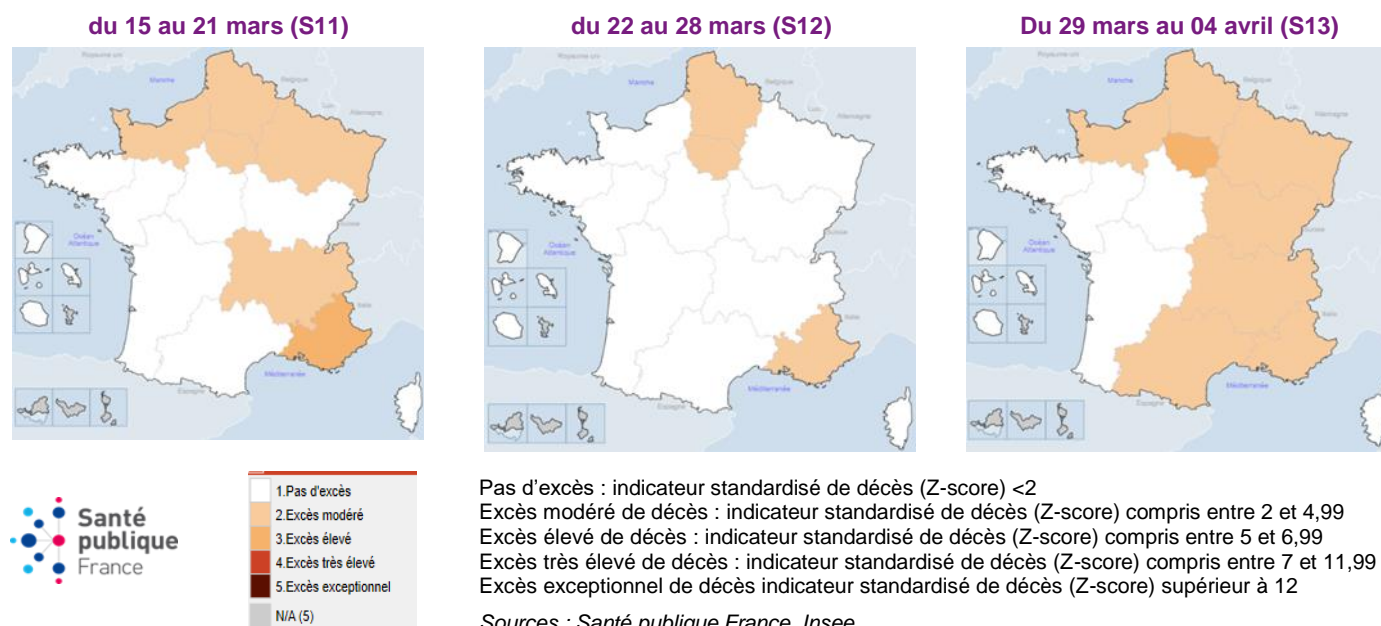
**Figure 40. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 36-2014 à la semaine 13-2021, France**



● Au niveau régional, le nombre de décès toutes causes confondues progressait de façon modérée en semaine 13 dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Normandie et Occitanie, avec des effectifs à la limite haute des marges de fluctuation habituelles. Dans les Hauts-de-France et en Île-de-France, le nombre de décès était toujours significativement supérieur à celui attendu jusqu'en semaine 13 et ne montrait pas de tendance à la diminution. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, le nombre de décès était également significativement supérieur à celui attendu jusqu'en semaine 13, mais semble avoir amorcé une diminution à partir de la semaine 10. Ces dynamiques restent à confirmer avec la consolidation des données.

● Au total, le nombre de régions avec un nombre de décès significativement supérieur à celui attendu augmentait à nouveau nettement en semaine 13, avec huit régions concernées (contre trois en S12) : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Grand Est, Île-de-France, Normandie, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Figure 41).

**Figure 41. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues pour les semaines 11, 12 et 13, par région, France (données au 13 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 09 à 13, et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer la part de la mortalité attribuable à l'épidémie de COVID-19.**

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

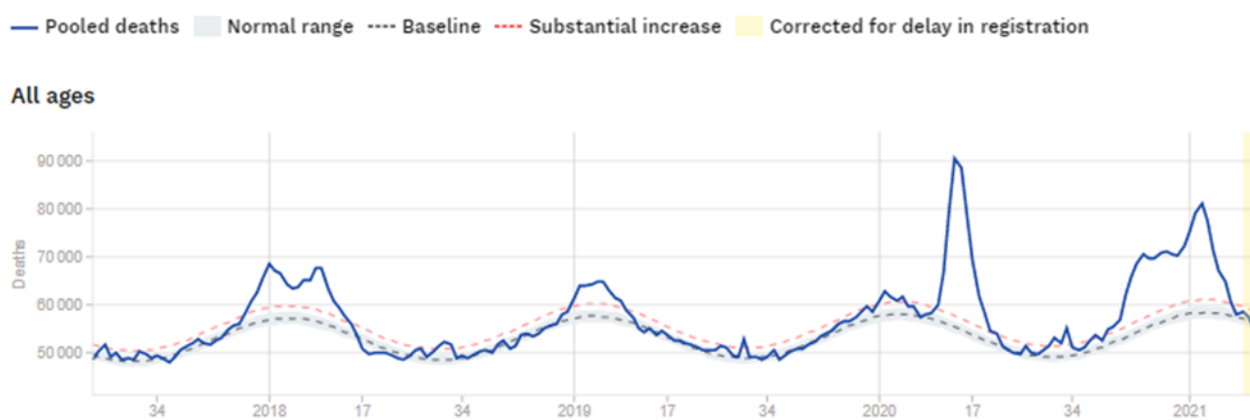
**Pour en savoir +** sur les évolutions de la mortalité toutes causes, consulter la page des [Bulletins SurSaUD®](#)

## ► Mortalité à l'échelle européenne

- Parmi les 27 pays ou régions qui participent au [consortium EuroMOMO](#) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité était notée depuis le début du mois d'octobre 2020, qui s'était accrue à partir de S43 jusqu'à S46 (Figure 46). 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 à partir de la semaine 08. En semaine 13, les effectifs étaient en nette baisse, probable reflet d'un retard de consolidation des données en lien avec le long week-end pascal (Figure 42). Ces évolutions restent donc à confirmer avec la consolidation des données de chaque pays/région.

- Un excès de mortalité était observé dans quatre pays/régions en semaine 09, dans cinq pays/régions en semaines 10 et 11 et dans quatre pays/régions en semaine 12 (Estonie, France, Italie et Grèce).

**Figure 42. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 27 pays/régions européens, de la semaine 17-2017 à la semaine 13-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 07 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. [Une description des indicateurs produits est disponible.](#)

## ► En population générale

• Le 13 avril 2021, **11 366 175 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France et **3 982 264 personnes en ont reçu deux** (données par date d'injection).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, **16,9% de la population** en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 5,9% en a reçu deux (Tableau 13).

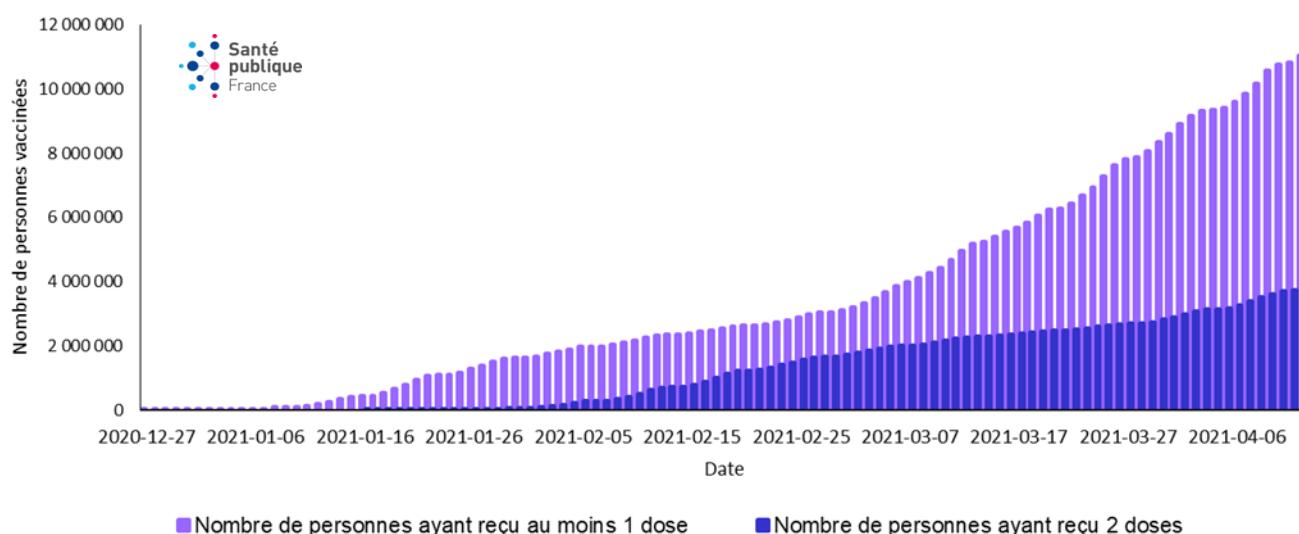
**Tableau 13. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 13 avril 2021, par région, France**

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	1 350 730	16,8	460 739	5,7
Bourgogne-Franche-Comté	524 011	18,8	199 039	7,2
Bretagne	626 945	18,8	214 286	2,6
Centre-Val de Loire	432 266	16,9	161 069	6,3
Corse	80 833	23,5	33 069	9,6
Grand Est	971 102	17,6	368 416	6,7
Hauts-de-France	1 047 164	17,6	348 053	5,8
Ile-de-France	1 730 529	14,1	592 639	4,8
Normandie	623 468	18,9	220 972	6,7
Nouvelle-Aquitaine	1 189 500	19,8	399 463	6,7
Occitanie	1 083 129	18,3	372 363	6,3
Pays de la Loire	614 556	16,2	206 585	5,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	978 286	19,4	353 659	7,0
<b>France métropolitaine</b>	<b>11 252 519</b>	<b>17,3</b>	<b>3 930 352</b>	<b>6,1</b>
Guadeloupe	12 404	3,3	5 168	1,4
Guyane	13 300	4,6	6 506	2,2
La Réunion	48 408	5,6	26 580	3,1
Martinique	25 679	7,2	6 859	1,9
Mayotte	11 249	4,0	5 601	2,0
Saint-Barthélemy	922	9,3	283	2,8
Saint-Martin	1690	4,8	913	0,0
Non précisé	4	non applicable	2	non applicable
<b>France entière</b>	<b>11 366 175</b>	<b>16,9</b>	<b>3 982 264</b>	<b>5,9</b>

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

- En une semaine (depuis le 06 avril 2021), plus de 1,8 million de personnes ont reçu leur première dose de vaccin, soit en moyenne 258 000 personnes par jour (Figure 43).

**Figure 43. Nombres cumulés de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19, par jour de vaccination, France (données du 27 décembre 2020 au 13 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 14) du fait du ciblage prioritaire des personnes âgées par la campagne de vaccination, comme recommandé par la Haute Autorité de santé (HAS) : résidents en Ehpad ou USLD, personnes de 55 ans et plus. Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 65,8% (deux doses : 38,9%).

**Tableau 14. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 13 avril 2021, par classe d'âge, France**

Classes d'âge	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
18-24	134 981	2,5	19 495	0,4
25-29	159 139	4,3	33 750	0,9
30-39	430 796	5,2	108 203	1,3
40-49	629 722	7,3	176 090	2,0
50-59	1 537 482	17,5	412 236	4,7
60-64	1 075 563	26,2	190 212	4,6
65-69	1 253 003	32,1	205 979	5,3
70-74	1 949 559	56,0	354 648	10,2
75-79	1 568 390	70,7	901 715	40,7
80 ans et +	2 624 587	63,1	1 579 183	38,0
inconnu*	2 953	non applicable	753	non applicable
<b>France</b>	<b>11 366 175</b>	<b>16,9</b>	<b>3 982 264</b>	<b>5,9</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 15,2% pour les hommes et de 18,5% pour les femmes.

- La majorité des personnes vaccinées l'ont été avec le vaccin Pfizer-BioNTech, qui a été distribué dès le début de la campagne vaccinale en France. Pour les premières doses, 65,0% des vaccinations ont été réalisées avec le vaccin Pfizer/BioNtech, 27,3% avec AstraZeneca et 7,7% avec Moderna.

## ► Résidents en Ehpad ou en USLD

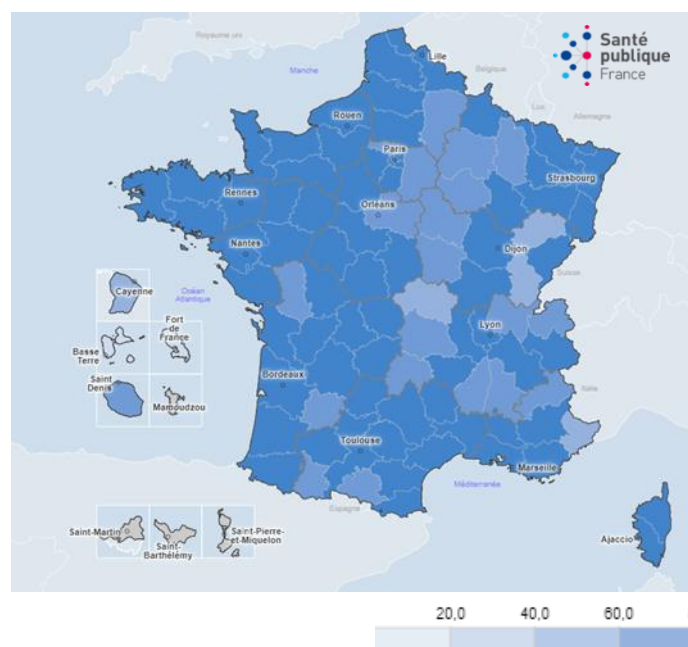
Les résidents en Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou en USLD (unités de soins de longue durée) comptent parmi les personnes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 car ils sont particulièrement touchés par cette maladie.

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

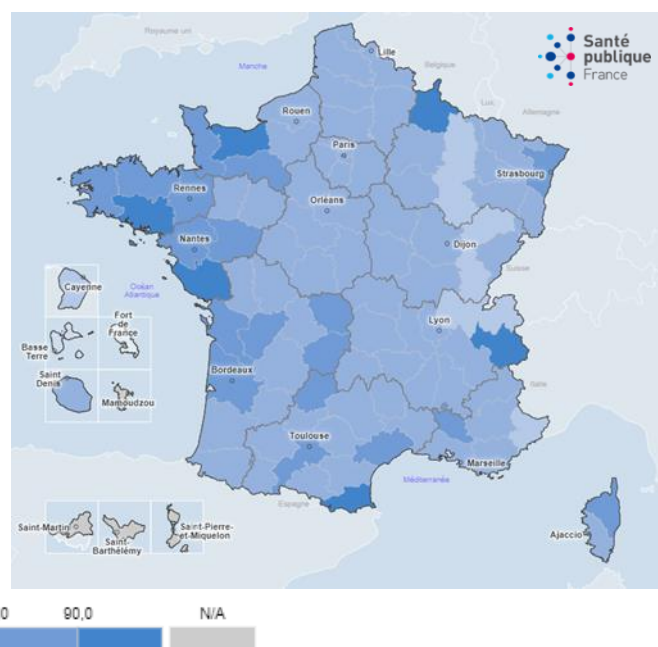
- Au 13 avril 2021, **614 876 résidents en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France, soit 98,1% des résidents** (Figure 44) et **470 599 en ont reçu deux, soit 75,1% des résidents** (Figure 45).

- Les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être surestimés si des personnes de plus de 65 ans non-résidents d'Ehpad ou d'USLD ont été vaccinées en Ehpad ou en USLD.

**Figure 44. Couverture vaccinale des résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (% des résidents), par département, au 13 avril 2021, France**



**Figure 45. Couverture vaccinale des résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des résidents), par département, au 13 avril 2021, France**



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

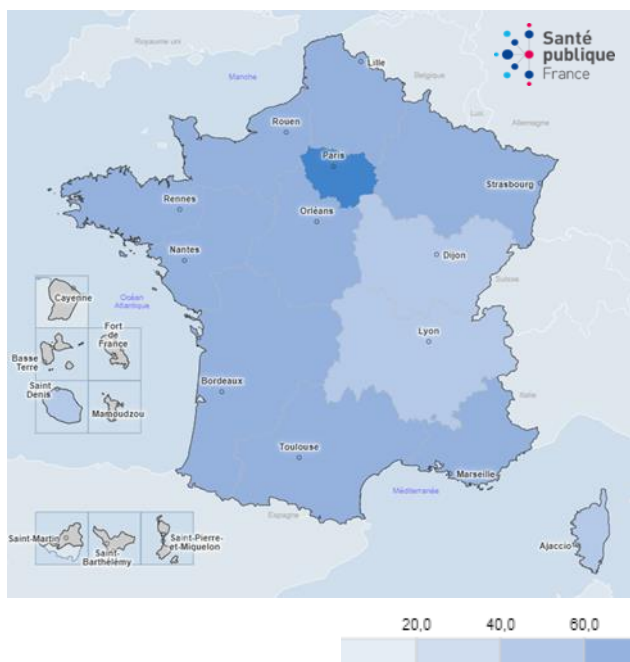
Sources : données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France.

## ► Professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD

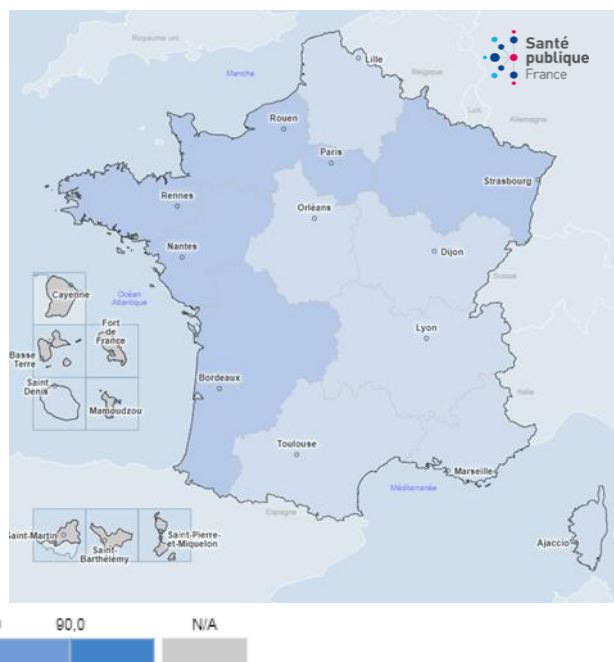
*Sont inclus les professionnels travaillant en Ehpad ou en USLD, qu'ils soient professionnels de santé ou non. Les définition, modalité de constitution et limites des indicateurs sont disponibles sur le site de Santé publique France. Les couvertures vaccinales des professionnels en Ehpad ou en USLD peuvent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

- Au 13 avril 2021, **320 191 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 **68,4% des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu une première dose de vaccin**. Les couvertures vaccinales de la première dose varient selon les régions métropolitaines entre 44,5% et 90,3%. Cependant, les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être surestimés si des personnes de moins de 65 ans se sont fait vacciner dans ces structures sans y exercer.
- Il est estimé que **183 714 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, correspondant à 39,3% de ces professionnels en France.
- Les données départementales sont présentées ci-dessous (Figures 46 et 47).

**Figure 46. Couverture vaccinale des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par région, 13 avril 2021, France**



**Figure 47. Couverture vaccinale des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par région, 13 avril 2021, France**



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

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



## ► Professionnels de santé

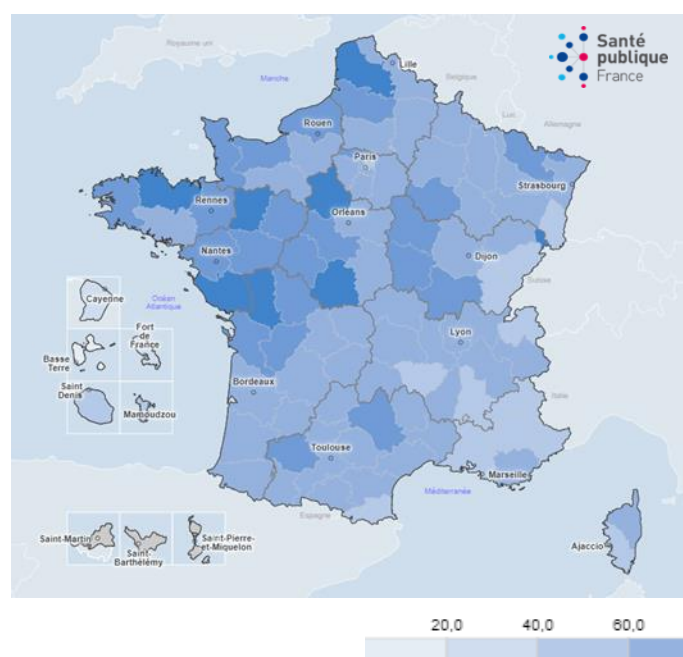
Sont inclus tous les professionnels de santé quel que soit leur lieu d'exercice (libéral, établissement de santé privé ou public, établissement médico-social, autres ...). Les [définition, modalité de constitution et limites des indicateurs](#) sont disponibles sur le site de Santé publique France. Les 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 13 avril 2021** (données par date d'injection), **1 512 639 professionnels de santé ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 648 124 en ont reçu deux.** Il est ainsi estimé que **68,0% des professionnels de santé ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19 et 29,2% en ont reçu deux (Figures 48 et 49).

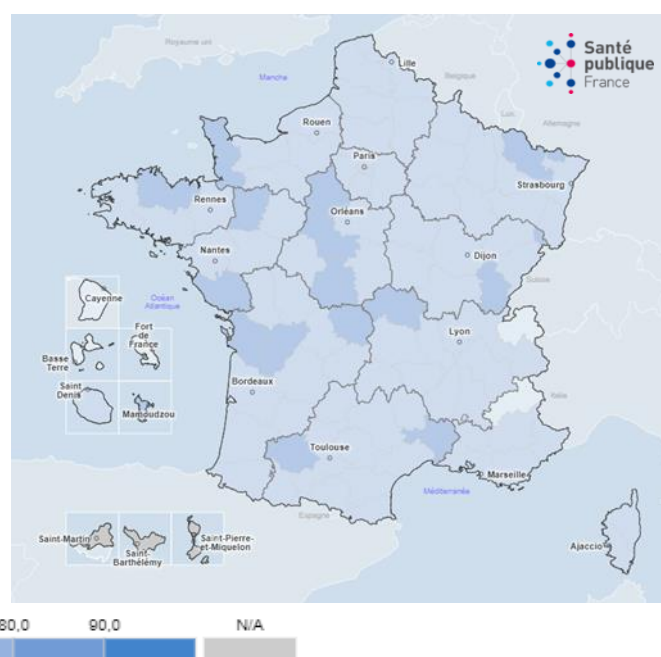
● Selon les tranches d'âge, les professionnels de santé les plus nombreux à se faire vacciner étaient les 50-59 ans (418 636, soit 27,7% des premières doses chez les professionnels de santé) et les 40-49 ans (350 753, soit 23,1%).

● Concernant la répartition par sexe, parmi l'ensemble des professionnels de santé ayant reçu au moins une dose de vaccin, 1 094 427 étaient des femmes (72,3%) et 415 858 des hommes (27,5%) (2 354 données manquantes).

**Figure 48. Couverture vaccinale des professionnels de santé ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par département, au 13 avril 2021, France**



**Figure 49. Couverture vaccinale des professionnels de santé ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par département, au 13 avril 2021, France**



Données non applicables à Mayotte. Surestimation possible dans certaines régions due à un dénominateur imprécis et aux [limites de l'indicateur](#).  
Sources : données Vaccin Covid Cnam, exploitation Santé publique France.



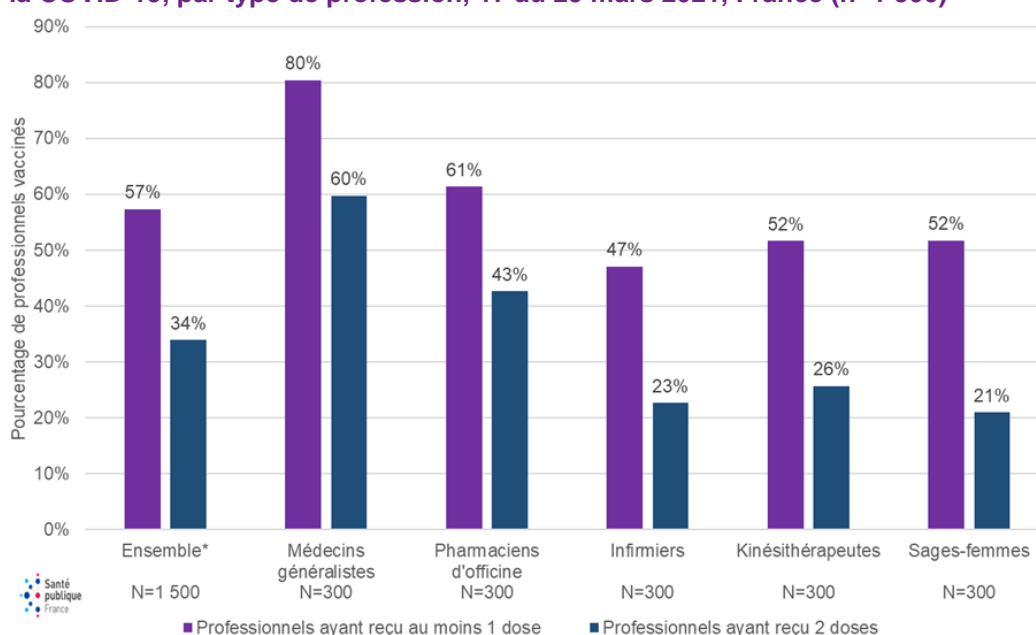
## ► Professionnels de santé libéraux

Entre le 17 et le 29 mars 2021, 1 500 professionnels de santé libéraux (activité libérale exclusive ou mixte : libérale et salariée) ont été interrogés par Internet sur leurs antécédents de COVID-19, leur vaccination contre la COVID-19, les recommandations de vaccination qu'ils feraient pour leurs patients non à risque vis-à-vis de la COVID-19, leurs freins à la vaccination et leur position par rapport à l'obligation vaccinale contre la COVID-19 pour les professionnels de santé. Les échantillons ont été constitués selon la méthode des quotas en tenant compte de l'âge, du sexe et de la région d'exercice. L'échantillon est constitué de 300 médecins généralistes, 300 pharmaciens d'officine, 300 infirmiers, 300 masseurs-kinésithérapeutes et 300 sages-femmes.

- En matière d'antécédents de COVID-19, **17% des professionnels de santé libéraux interrogés ont rapporté avoir déjà été testés positifs** pour le SARS-CoV-2 (sérologie, test PCR ou test antigénique). Ce pourcentage était de 17% pour les médecins généralistes, 11% pour les pharmaciens d'officine, 18% pour les infirmiers, 16% pour les masseurs-kinésithérapeutes et 10% pour les sages-femmes.

- Au total, **57% des professionnels de santé libéraux interrogés ont rapporté avoir reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 : 80% pour les médecins généralistes, 61% pour les pharmaciens d'officine, 47% pour les infirmiers, et 52% des masseurs-kinésithérapeutes et des sages-femmes (Figure 50). Ces résultats sont cohérents avec ceux estimés grâce aux données de la base Vaccin Covid de la Cnam pour des catégories de professionnels plus étendues que dans cette présente étude (couverture vaccinale au moins une dose des professionnels de santé en France métropolitaine, le 29 mars 2021 : 54%).

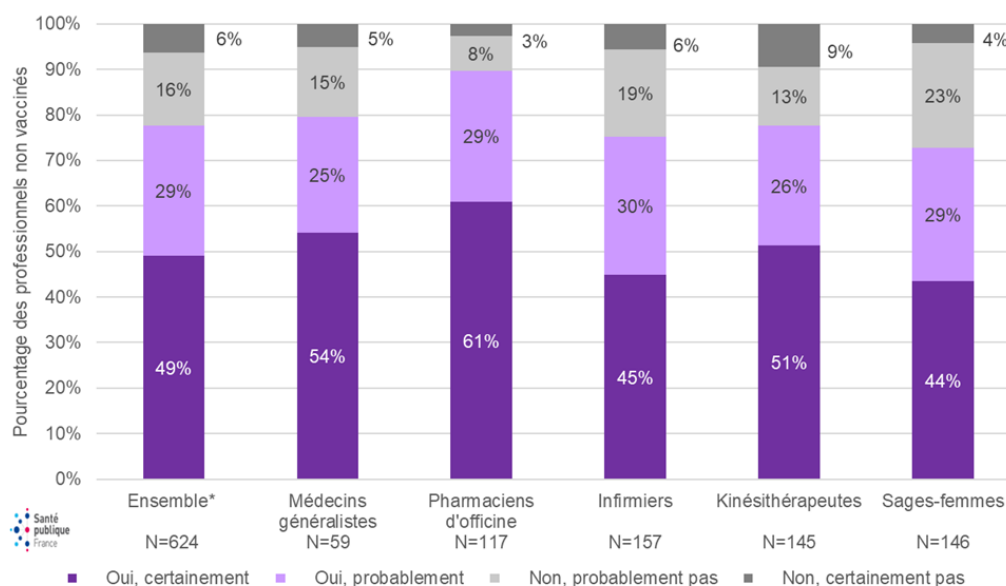
**Figure 50. Proportion des professionnels de santé libéraux ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19, par type de profession, 17 au 29 mars 2021, France (n=1 500)**



\* Ensemble : pourcentages pondérés tenant compte de la démographie médicale  
Sources : Données Santé publique France, BVA

- Parmi les professionnels qui n'avaient pas encore reçu de première dose de vaccin, 78% ont déclaré avoir l'intention de se faire vacciner certainement ou probablement dès que cela leur serait possible. Ce pourcentage variait en fonction des professions, les pharmaciens d'officine (90%) et les médecins généralistes (80%) étant les plus enclins à déclarer vouloir se faire vacciner (Figure 51).

**Figure 51. Intention de vaccination contre la COVID-19 des professionnels de santé libéraux non vaccinés, par type de profession, du 17 au 29 mars 2021, France (n=624)**

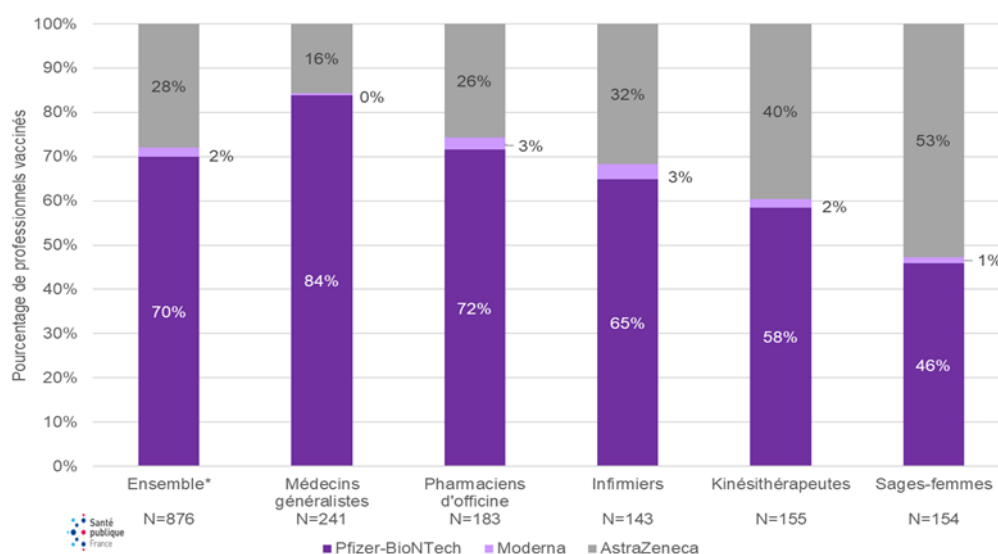


\* Ensemble : pourcentages pondérés tenant compte de la démographie médicale  
Sources : Données Santé publique France, BVA

• Les professionnels de santé libéraux n'ayant pas l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 (n=133) ont mentionné les raisons principales suivantes : manque d'informations factuelles pour faire un choix (46%), manque de confiance dans la sécurité des vaccins (42%), manque de confiance dans l'efficacité des vaccins (31%), ne craint pas la COVID-19 et /ou ne se considère pas comme à risque (29%), difficulté d'avoir accès au vaccin (16%), pas d'accès au vaccin souhaité (15%), crainte de s'absenter du travail du fait des effets secondaires (13%), contrainte de garder le masque et de limiter les contacts malgré la vaccination (10%), antécédent de COVID-19 (9%), opposition à la vaccination en général (8%).

• L'analyse par vaccin montre que 70% des professionnels de santé libéraux ont été vaccinés avec le vaccin Pfizer-BioNTech, 28% avec le vaccin AstraZeneca et 2% avec le vaccin Moderna. La répartition des vaccins varie en fonction des types de professions : les médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes ont été davantage vaccinés avec le vaccin Pfizer-BioNTech et les sages-femmes avec le vaccin AstraZeneca (Figure 52).

**Figure 52. Vaccins contre la COVID-19 utilisés pour la vaccination des professionnels de santé libéraux, par type de profession, 17 au 29 mars 2021, France (n=876)**



\* Ensemble : pourcentages pondérés tenant compte de la démographie médicale  
Sources : Données Santé publique France, BVA

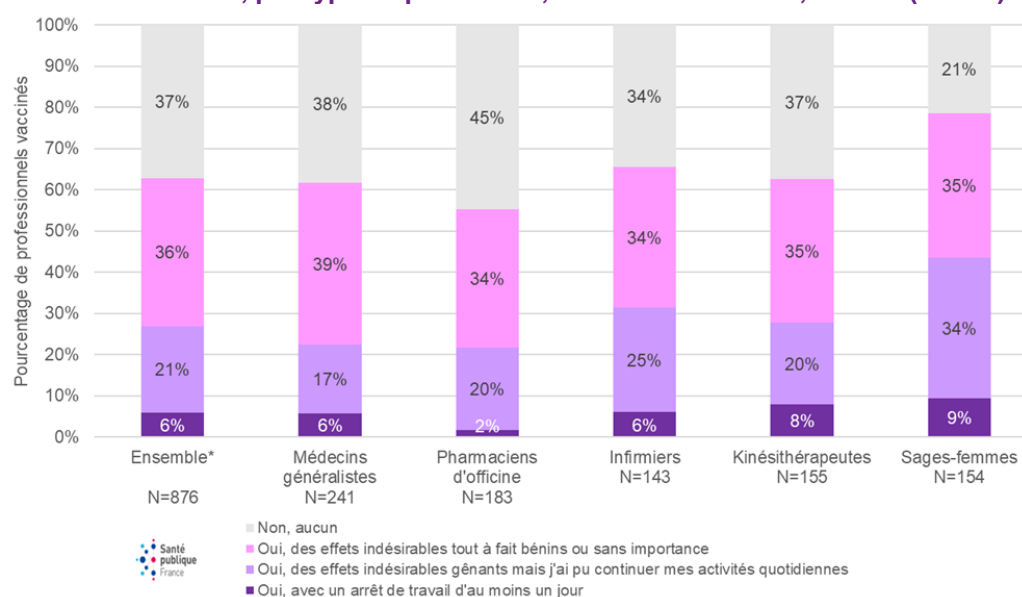
• Dans l'ensemble, 41% des professionnels de santé libéraux interrogés ont déclaré avoir reçu la première dose de vaccin au cours du mois de janvier 2021, 30% en février et 29% en mars. Des variations temporelles sont observées en fonction des professions, les médecins et pharmaciens d'officine ayant eu recours à la vaccination plus précocement.

- 54% des médecins, 43% des pharmaciens d'officine, 33% des infirmiers, 34% des masseurs-kinésithérapeutes et 30% des sages-femmes ont reçu la première dose au cours du mois de janvier 2021

- 16% des médecins, 21% des pharmaciens d'officine, 40% des infirmiers, 33% des masseurs-kinésithérapeutes et 36% des sages-femmes ont reçu la première dose au cours du mois de mars 2021.

• Dans l'ensemble, 63% des professionnels de santé libéraux interrogés rapportaient des effets secondaires suite à la vaccination : pour 36%, il s'agissait d'effets indésirables tout à fait bénins ou sans importance ; pour 21%, les effets indésirables étaient gênants mais n'ont pas conduit à arrêter les activités quotidiennes ; pour 6%, ces effets ont conduit à un arrêt de travail d'au moins un jour (Figure 53).

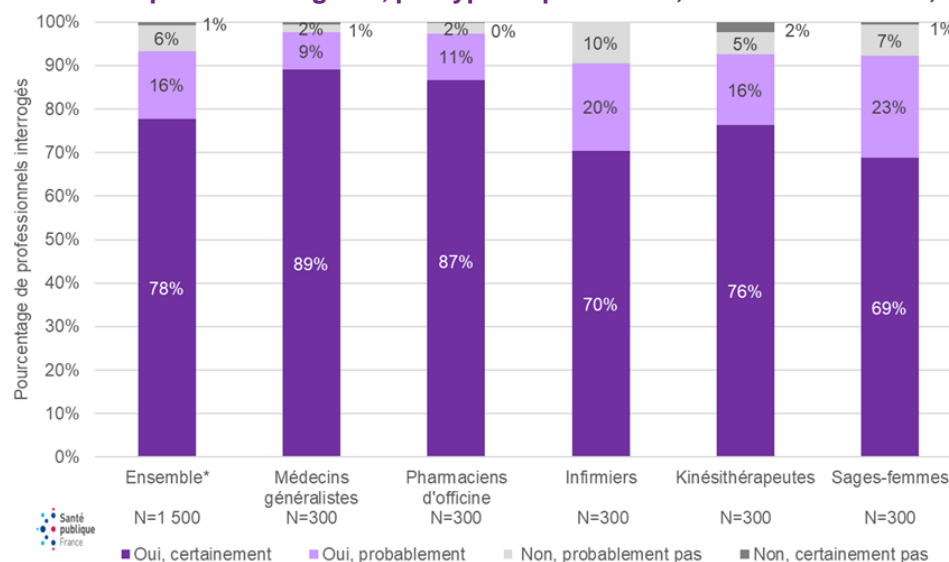
**Figure 53. Proportion des professionnels de santé libéraux ayant rapportés des effets indésirables après la vaccination contre la COVID-19, par type de profession, 17 au 29 mars 2021, France (N=876)**



\* Ensemble : pourcentages pondérés tenant compte de la démographie médicale  
Sources : Données Santé publique France, BVA

• Dans l'ensemble, 93% des professionnels de santé ont déclaré qu'ils recommanderaient certainement ou probablement à leurs patients non à risque de forme grave de COVID-19 (personnes de moins de 50 ans sans comorbidités) de se faire vacciner contre la COVID-19 (Figure 54).

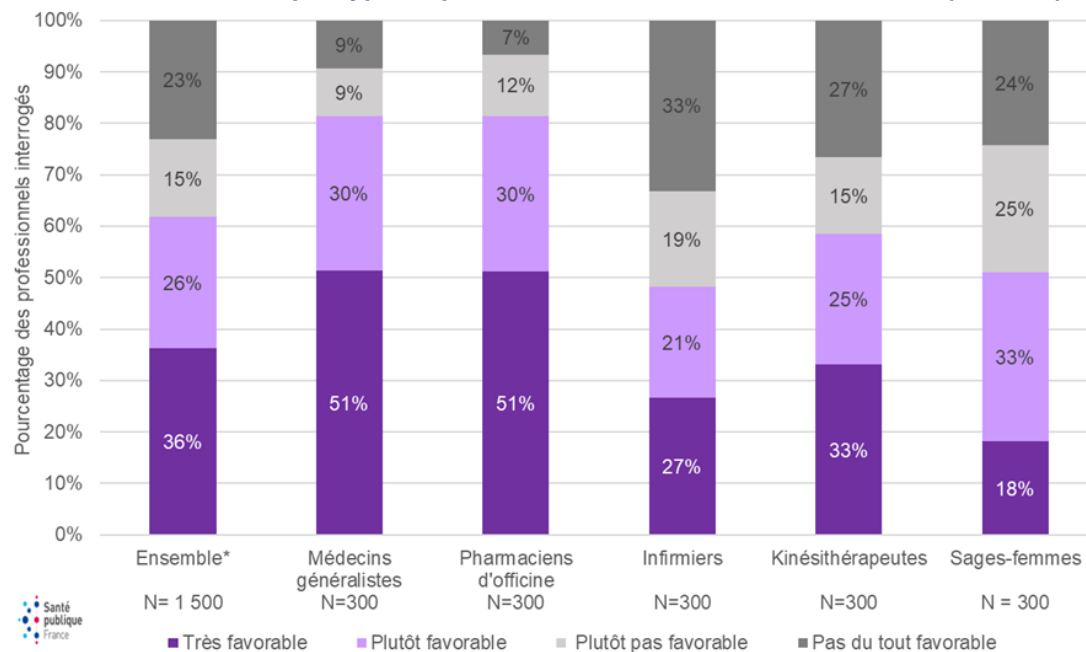
**Figure 54. Proportion des professionnels de santé libéraux qui recommanderaient la vaccination contre la COVID-19 à leurs patients non à risque de forme grave, par type de profession, 17 au 29 mars 2021, France (n=1 500)**



\* Ensemble : pourcentages pondérés tenant compte de la démographie médicale  
Sources : Données Santé publique France, BVA

- 62% des professionnels de santé interrogés se sont déclarés favorables à l'obligation vaccinale contre la COVID-19 pour les professionnels de santé : 36% se sont déclarés très favorables et 26% plutôt favorables. La position varie en fonction des professions : 82% des médecins et pharmaciens d'officine y sont très ou plutôt favorables, 58% des masseurs-kinésithérapeutes, 52% des sages-femmes et 48% des infirmiers (Figure 55).

**Figure 55. Position des professionnels de santé libéraux vis-à-vis de l'obligation vaccinale contre la COVID-19 pour les professionnels de santé, par type de profession, 17 au 29 mars 2021, France (N=1 500)**



\* Ensemble : pourcentages pondérés tenant compte de la démographie médicale

Sources : Données Santé publique France, BVA

Les données de cette étude feront l'objet d'analyses complémentaires qui seront publiées ultérieurement.

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

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

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

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

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

Une nouvelle enquête est programmée du **19 au 21 avril 2021**. Les résultats seront présentés dans le Point épidémiologique du 6 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





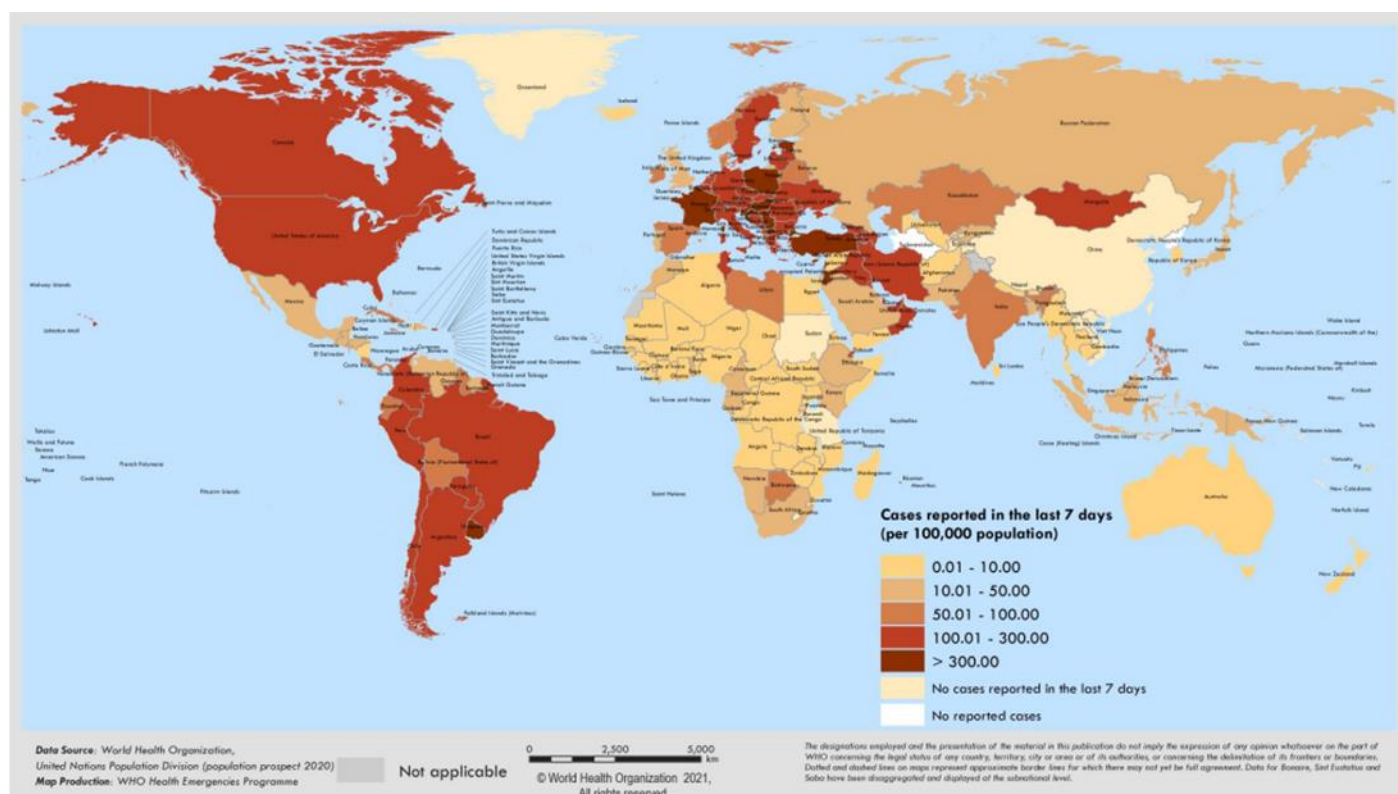
# SITUATION INTERNATIONALE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 136 291 755 **cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés **dans le monde – dont 2 941 128 décès** – au 13 avril 2021. En semaine 14, plus de 4,5 millions de nouveaux cas ont été signalés, soit une **hausse** par rapport à la semaine précédente **(+7%)** observée pour la septième semaine consécutive. Le nombre de décès, s'élevant à 76 000, était également en hausse (+6,5%).

## ► Foyers majeurs

- Les foyers majeurs de l'épidémie se situaient en semaine 14 dans les zones **Europe** (1 630 624 cas et 26 853 décès rapportés) et **Amériques** (1 427 623 cas et 36 599 décès). Ces régions étaient à l'origine de 36% et 31% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 35% et 48% des nouveaux décès en S14 (Figure 56, Tableau 15).
- Les pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas en S14 étaient : l'Inde (+873 296 nouveaux cas), les États-Unis (+468 395), le Brésil (+463 092), la Turquie (+353 281) et la France (+230 770).

**Figure 56. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 14 (du 05 au 11 avril 2021)**















Source : OMS

## ► Tendances

• En semaine 14, le nombre de nouveaux cas était stable ou en hausse par rapport à la semaine précédente dans toutes les régions OMS sauf l'Afrique (Tableau 16). Les régions signalant les augmentations les plus importantes étaient l'Asie du Sud-Est (+63%) et la Méditerranée Orientale (+22%). Le nombre de nouveaux décès augmentait dans quatre régions OMS : le Pacifique occidental (+189%), l'Asie du Sud-Est (+47%), la Méditerranée orientale (+19%), et l'Europe (+7%).

**Tableau 15. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 14 (du 05 au 11 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>	+ 50 710	+1 427 623	+965 591	+1 630 624	+364 456	+111 833
<b>Tendance</b>	-14% 	+5% 	+63% 	-4% 	+22% 	+6% 
<b>Décès rapportés</b>	+1 022	+36 599	+6 331	+26 853	+4 398	+1570
<b>Tendance</b>	-5% 	-2% 	+47% 	+7% 	+19% 	+189% 

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

Source : OMS

## ► Par région

• En région **Europe**, plus de 1,6 million de nouveaux cas ont été signalés en S14, soit une baisse de 4%. Les décès, cependant, ont continué d'augmenter pour la cinquième semaine consécutive, avec plus de 26 000 nouveaux décès, soit une hausse de 7%. Les pays ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux cas sont la Turquie avec 353 281 nouveaux cas (419 cas pour 100 000, soit +33% par rapport à S13), la France avec 230 770 nouveaux cas (344 cas pour 100 000, tendance non interprétable) et la Pologne avec 136 089 nouveaux cas (358 cas pour 100 000, soit -27%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient la Pologne, qui a enregistré 3480 nouveaux décès (+14%), l'Italie avec 3 219 nouveaux décès (+5%) et l'Ukraine avec 2 681 nouveaux décès (+13%). Pour plus de détails sur la région Europe, [cliquez ici](#).

• La région des **Amériques** a enregistré près de 1,4 million de nouveaux cas en S14, soit une hausse de 5%, et plus de 36 000 nouveaux décès, soit une baisse de 2% par rapport à la semaine précédente. La tendance du nombre de nouveaux cas est à la hausse depuis les sept dernières semaines. Les pays rapportant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient les États-Unis avec 468 395 nouveaux cas, soit 141 pour 100 000 habitants (-5% par rapport à S13), le Brésil avec 463 092 nouveaux cas, soit 218 pour 100 000 habitants (-8%), et l'Argentine avec 124 728 nouveaux cas, soit 276 pour 100 000 habitants (+52%). Les pays connaissant le plus grand nombre de nouveaux décès étaient le Brésil, qui a enregistré 20 512 nouveaux décès (-3%), les États-Unis avec 5 173 nouveaux décès (-31%), et le Mexique avec 3 166 nouveaux décès (+6%). Pour plus de détails sur la région Amériques, [cliquez ici](#).

• En région **Afrique**, près de 50 000 nouveaux cas et 1 000 décès ont été rapportés en S14, soit une baisse respective de 14% et de 5% par rapport à la semaine 13. Les trois pays ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Éthiopie avec 13 944 nouveaux cas, soit 12 pour 100 000 habitants (-4% par rapport à la semaine 13), le Kenya avec 7 107 nouveaux cas, soit 13 pour 100 000 habitants (-19%) et l'Afrique du Sud avec 6 026 nouveaux cas, soit 10 pour 100 000 habitants (-14%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient l'Afrique du Sud (302 décès ; -1%), l'Éthiopie (210 ; +38%) et le Kenya (124 ; +22%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

● En région **Asie du Sud-Est**, il y a eu plus de 965 000 nouveaux cas et 6 300 nouveaux décès (+63% et +47% respectivement par rapport à la semaine précédente). Plus de 90% de ces nouveaux cas étaient portés par l'Inde, qui comptait 873 296 nouveaux cas, soit 63 pour 100 000 habitants (+70 % par rapport à la semaine 13). Les autres pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés étaient le Bangladesh avec 48 660 nouveaux cas, soit 30 pour 100 000 habitants (+26%) et l'Indonésie avec 35 344 nouveaux cas, soit 13 pour 100 000 habitants (-1%). Les trois pays cumulant le plus de décès étaient l'Inde (4 652 décès; +51%), l'Indonésie (1201; +37%) et le Bangladesh (448; +30 %). Pour plus de détails sur la région Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

● En région **Méditerranée orientale**, un peu plus de 364 000 nouveaux cas et près de 4 400 décès ont été signalés en semaine 14. Le nombre de cas était en hausse pour la neuvième semaine consécutive. Les pays comptant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Iran avec 128 684 nouveaux cas, soit 153 pour 100 000 habitants (+75%), l'Irak avec 49 955 nouveaux cas, soit 124 pour 100 000 habitants (+22%), et la Jordanie avec 35 520 nouveaux cas, soit 438 pour 100 000 habitants (-21%). Les plus grands nombres de décès ont été observés en Iran (1233 décès ; +78%), au Pakistan (632 ; +17%) et en Jordanie (578 ; -12%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

● En région **Pacifique occidental**, plus de 111 000 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 14 ainsi que plus de 1 500 décès. Le nombre de cas augmentait dans la région pour la cinquième semaine consécutive. Les trois pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient les Philippines avec 69 164 nouveaux cas, soit 63 pour 100 000 habitants (-3%), le Japon avec 20 536 nouveaux cas, soit 16 pour 100 000 habitants (+28%) et la Malaisie avec 9 507 nouveaux cas, soit 29 pour 100 000 habitants (+6%). Les pays signalant le plus grand nombre de décès étaient les Philippines (1321 décès ; +400%), le Japon (161 ; -15%) et la Malaisie (35 ; 0%). Pour plus de détails sur la région Pacifique occidental, [cliquez ici](#).

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

**Pour en savoir +** sur la situation internationale :

- dans le monde : OMS - [Weekly Epidemiological Update](#)
- en Europe : ECDC - [Weekly Surveillance Report](#)

## ► Variants préoccupants (VOC) 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 202102/02, a été identifié pour la première fois au Royaume-Uni et n'a été détecté que de manière sporadique aux États-Unis et au Pays-Bas.

### ► 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 et à une mortalité plus élevée.
- Dans le monde, au 13 avril 2021, la présence du variant 20I/501Y.V1 a été rapportée dans **132 pays** par l'OMS, soit **deux pays de plus** depuis le 30 mars.

### ► 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.
- Dans le monde, au 13 avril 2021, la présence du variant 20H/501Y.V2 a été rapportée dans **82 pays** selon l'OMS, soit **deux pays de plus** depuis le 30 mars.

### ► 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 plus, ce variant aurait la capacité d'échapper à la réponse immunitaire induite par un premier contact avec des souches d'origine, et pourrait par conséquent accroître le risque de réinfection.
- Dans le monde, au 13 avril 2021, la présence du variant 20J/501Y.V3 a été rapportée dans **52 pays**, soit **sept pays** de plus depuis le 30 mars.
- Au Brésil, la proportion du variant 20J/501Y.V3 est passée de 28 % des spécimens collectés en janvier 2021 à 73 % en mars 2021, d'après les données générées par le réseau génomique Fiocruz et GISAID. La proportion du variant était plus élevée dans les régions du sud-est et du nord du pays, qui comprennent l'État d'Amazonas.

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

### ► Autres variants en cours d'étude

La surveillance de l'émergence de variants du SARS-CoV-2 est réalisée de manière continue au niveau international. Huit variants ont été déclarés en France comme variants à suivre, et cinq 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 par ailleurs qu'à ce stade de l'évolution de la circulation des nouveaux variants, la comparaison du nombre de cas entre pays n'est pas pertinente puisqu'elle est très dépendante des capacités 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 13 avril 2021



# SYNTHÈSE

## ► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 14 (du 05 au 11 avril 2021), les indicateurs épidémiologiques se maintenaient à un niveau très élevé, avec une stabilisation de la majorité des indicateurs. Un ralentissement de la circulation virale est observé en particulier dans les départements où des mesures de restrictions renforcées avaient été mise en œuvre les 20 et 27 mars 2021. Néanmoins, la tension hospitalière se poursuit sur l'ensemble du territoire métropolitain et la mortalité est toujours en hausse, évolution attendue du fait de l'intensité de l'épidémie au cours de ces dernières semaines. Les régions les plus touchées en semaine 14 étaient toujours l'Île-de-France, les Hauts-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dans ce contexte, l'adhésion aux mesures de prévention individuelles, le respect des mesures de freinage collectives ainsi que l'accélération de la vaccination restent des enjeux majeurs pour faire face au niveau de circulation encore très élevé du virus.

Au niveau national, **230 770 nouveaux cas** ont été confirmés, soit près de **33 000 cas en moyenne** chaque jour. **En raison de la forte baisse de l'activité de dépistage (-31%) en lien avec le lundi férié de la S14, l'évolution des données entre les semaines 13 et 14 n'était pas interprétable.** Des analyses complémentaires ont donc été réalisées pour prendre en compte l'effet du jour férié sur les indicateurs de surveillance. **Suite à ces ajustements, le taux d'incidence corrigé (408 pour 100 000 habitants) était stable (-0,6% par rapport à la semaine 13) après quatre semaines d'augmentation, tandis que le taux de dépistage (4 438 pour 100 000 habitants) diminuait (-18,6%). Le taux de positivité (9,2%) augmentait en S14 (vs 7,5% en S13).** L'arrêt des campagnes de dépistage en milieu scolaire a également pu avoir un impact sur les taux de dépistage dans le contexte de la fermeture des établissements.

En semaine 14, la mise en œuvre des mesures de freinage semble affecter de plusieurs manières les indicateurs du *contact-tracing*. Tout d'abord, le nombre de cas et de personnes-contacts identifiés était en diminution, ce phénomène pouvant également s'expliquer par l'existence d'un jour férié (lundi de Pâques) affectant le taux de dépistage. Par ailleurs, le nombre de personnes-contacts par cas était également en diminution, en particulier les contacts extra-domiciliaires, ce qui suggère un effet immédiat des mesures de freinage. **Cette diminution concernait particulièrement les personnes de moins de 20 ans, en lien direct avec la fermeture des établissements scolaires**, comme en témoigne la baisse importante du nombre de cas ayant fréquenté le milieu scolaire (avant ou après l'apparition des symptômes).

Le nombre de personnes-contacts par cas était plus faible lorsque le cas avait précédemment été contacté par l'Assurance maladie en tant que personne-contact, ce qui souligne **le caractère indispensable du *contact-tracing* et la nécessité d'une bonne adhésion des cas et des personnes contacts à ce dispositif.**

**En médecine ambulatoire**, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était en **légère diminution** par rapport à celui de la semaine précédente (93/100 000 habitants en S14 vs 100 en S13). **Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins** pour suspicion de COVID-19 était en légère baisse en S14 (-6% par rapport à S13), mais cette baisse était observée seulement chez les moins de 15 ans (-47%) tandis qu'une hausse était observée chez les 45-64 ans (+7%).

En semaine 14, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** était stable après quatre semaines d'augmentation. Une baisse était observée chez les 15-64 ans.

**Le nombre hebdomadaire d'admissions à l'hôpital de patients COVID-19 s'était stabilisé en S14 après avoir augmenté depuis S10.** La forte sous-déclaration des hospitalisations, observée le lundi 05 avril férié, semble avoir été rattrapée les jours suivants de cette même semaine. **L'augmentation du taux d'admission en services de soins critiques**, observée depuis S08, s'est poursuivie mais de manière moins marquée en S14 (+2% par rapport à S13).

**Le nombre de personnes en cours d'hospitalisation se maintenait à un niveau élevé, avec 31 287 personnes hospitalisées au 13 avril (vs 30 700 le 6 avril, soit +2%) dont 5 969 patients en soins critiques (vs 5 644, soit +6%).**



En France métropolitaine, les **estimations du R-effectif étaient significativement inférieures à 1 à partir des données** virologiques (tests RT-PCR et tests antigéniques, SI-DEP) (0,98), sans prise en compte de l'effet du jour férié. L'estimation était significativement supérieure à 1 (1,02) à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et égale à 1 à partir des données d'hospitalisation pour COVID-19 (SI-VIC).

Après une stabilisation depuis S08, le **nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 hospitalisés en semaine 14 continuait d'augmenter pour la deuxième semaine consécutive, mais de façon moins marquée** (2 066 vs 1 985 décès en S13, soit +4%). En établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), le nombre de décès a diminué de 56% en semaine 13 en comparaison de la semaine 12 (données S14 non consolidées).

**Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus** était significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40-2020 et ce jusqu'à la semaine 11-2021 (+9%). En semaine 13, **le nombre de décès était en hausse avec un excès de 10%. Le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en S13 dans huit régions** : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Grand Est, Île-de-France, Normandie, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur (données S14 non consolidées).

## ► Indicateurs épidémiologiques régionaux

### Régions métropolitaines

En semaine 14, après prise en compte de l'effet du jour férié, les taux d'incidence étaient stables ou en diminution dans l'ensemble des régions, excepté le Grand Est (+10%). Les taux de dépistage diminuaient dans toutes les régions. Les **régions les plus touchées** en semaine 14 étaient toujours l'**Île-de-France**, les **Hauts-de-France** et la **Provence-Alpes-Côte d'Azur**. Ces régions présentaient à nouveau les **plus forts taux d'incidence** (supérieurs à 390/100 000 habitants), **d'hospitalisation et d'admission en services de soins critiques**.

Bien que l'évolution des indicateurs virologiques soit hétérogène sur le territoire, les taux d'incidence de cas confirmés restent à un niveau très élevé. **Les indicateurs d'incidence estimés pour les départements où des mesures de restrictions renforcées avaient été mises en œuvre les 20 et 27 mars 2021 étaient en diminution en S14, reflétant probablement l'efficacité de ces mesures. Dans le groupe des départements métropolitains concernés à partir du 03 avril 2021, l'évolution de cet indicateur était stable en S14.** Celle-ci ne peut être directement liée aux mesures mises en œuvre, mais pourrait en partie s'expliquer par un effet de résonance des mesures renforcées mises en place antérieurement dans les autres départements et des campagnes de communication relayées au plan national. Dans un contexte de diminution prononcée de l'activité de dépistage depuis la fin de S13, l'évolution des indicateurs dans les prochains jours permettra de conforter la tendance observée au sein des trois groupes de départements.

En **Île-de-France**, le **taux d'incidence non corrigé était de 555 pour 100 000 habitants**. Le taux de positivité restait encore le plus élevé en métropole à 11,8%, en augmentation (+2,1 point). Après prise en compte de l'effet du jour férié, le taux d'incidence corrigé était de 639 (vs 682 en S13, soit -6%). Les **taux d'hospitalisation et d'admission en services de soins critiques** en Île-de-France se stabilisaient en comparaison avec la semaine précédente, respectivement à 30,3/100 000 habitants (-2%) et 7,9 (+0%). En semaine 14, le taux de décès de patients COVID-19 hospitalisés était stable (4,1/100 000 habitants, soit +2%).

Dans les **Hauts-de-France**, le **taux d'incidence non corrigé était de 405/100 000 habitants**. Le taux de positivité était en augmentation (+1,9 point). Après avoir pris en compte l'effet du jour férié, le taux d'incidence corrigé était de 474 (vs 506 en S13, soit -6%). Le taux d'hospitalisation était de 26,2/100 000 habitants (-3%) et celui d'admission en services de soins critiques de 6,0 (-4%). **Le taux de décès à l'hôpital était de 4,6 pour 100 000 habitants (+2%).**

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le **taux d'incidence non corrigé atteignait 393/100 000 habitants**. Le taux de positivité était en légère augmentation (+0,8 point). En tenant compte de l'effet du jour férié, le taux d'incidence corrigé était de 475 (vs 506 en S13, soit -6%). **Le taux d'hospitalisation était stable** (27,1 pour

100 000 habitants, -3%) en S14, tandis que le taux d'admission en services de soins critiques diminuait (5,2, soit -15%). Le **taux de décès** à l'hôpital était de 3,6/100 000 habitants, soit -17% en S14.

Dans le **Grand Est**, le **taux d'incidence non corrigé** était de 297/100 000 habitants. Le taux de positivité était en augmentation (+1,8 point). En prenant en compte l'effet du jour férié, le taux d'incidence corrigé était de 354 (vs 320 en S13, soit +10%). **Le taux d'hospitalisation était en augmentation** (20,9/100 000 habitants, +11%) en S14, **ainsi que le taux d'admission en services de soins critiques** (4,5 soit +10%). Le **taux de décès** à l'hôpital était en augmentation (3,7/100 000 habitants, soit +14% en S14).

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

**En Martinique**, le taux d'incidence non corrigé s'élevait à 243/100 000 habitants. Après prise en compte de l'effet du jour férié, le taux d'incidence corrigé était de 289 (vs 203 en S13, soit +42%).

Le taux d'hospitalisation était le plus élevé parmi les DROM et en légère augmentation à 21,7 pour 100 000 habitants (*versus* 20,6 en S13, soit +4 hospitalisations). Le taux d'admission en services de soins critiques était stable (5,6/100 000 habitants vs 5,0 en S13, soit +2 admissions).

**En Guadeloupe**, le taux d'incidence non corrigé était de 163/100 000 habitants. En tenant compte de l'effet du jour férié, le taux d'incidence corrigé était de 195 (vs 113 en S13, soit +73%).

Le taux d'hospitalisation était en baisse (-41%, soit -32 hospitalisations), tandis que le taux d'admission en services de soins critiques était stable (2,1/100 000 habitants).

**En Guyane**, le taux d'incidence non corrigé atteignait 141/100 000 habitants. Après prise en compte de l'effet du jour férié, le taux d'incidence corrigé était de 161 (vs 84 en S13, soit +92%). **Le taux hebdomadaire d'hospitalisation** était en augmentation (+81%, soit + 13 hospitalisations) tandis que les effectifs réduits des admissions en services de soins critiques ne permettaient pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

**À Mayotte**, le taux d'incidence non corrigé était de 48/100 000 habitants. En prenant en compte l'effet du jour férié, le taux d'incidence corrigé était de 55 (vs 63 en S13, soit -13%).

Le taux d'hospitalisation était en baisse tandis que les effectifs réduits des admissions en services de soins critiques ne permettaient pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

**À La Réunion**, le taux d'incidence non corrigé s'élevait à 116/100 000 habitants. Après prise en compte de l'effet du jour férié, le taux d'incidence corrigé était de 134 (vs 117 en S13, soit +15%). Le taux d'hospitalisation était en baisse (-5%, soit -4 hospitalisations) tandis que le taux d'admission en services de soins critiques tendait à se stabiliser (-5%, soit -1 admissions).

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

## ► Variants préoccupants 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 (VOC 202102/02 (B.1.1.7 + E484K), ayant émergé au Royaume-Uni) a été détecté de manière sporadique en France.

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

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

Au niveau national en S14, parmi les tests positifs criblés dont les résultats étaient disponibles dans SI-DEP (43,0% de l'ensemble des tests de première intention positifs), **83% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 et 4% de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3.**

Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les 96 départements métropolitains présentant des données interprétables, la proportion du variant 20I/501Y.V1 était supérieure à 80% dans 69 départements, et supérieure à 90% dans 14 d'entre eux.

**L'enquête Flash #5**, conduite le 16 mars 2021 (semaine 11) sur des prélèvements positifs au SARS-CoV-2 par RT-PCR quel que soit le résultat de criblage, **a inclus près de 2 860 prélèvements positifs** au SARS-CoV-2 provenant de 13 régions de France métropolitaine. Le **variant 20I/501Y.V1 était prédominant** (81,9% des séquences interprétables) ; les variants 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3 étaient également détectés mais en proportion plus faible (respectivement 6,8% et 0,3% des séquences interprétables). **L'enquête Flash #6** a été menée le 30 mars 2021 (semaine 13). Au 14 avril, **1 371 résultats étaient disponibles**, permettant de confirmer la prédominance du variant **20I/501Y.V1**. D'autres lignages circulant également sur le territoire font l'objet d'une surveillance ([Santé publique France - Coronavirus : circulation des variants du SARS-CoV-2](#)). Les résultats des Enquêtes Flash successives permettent de suivre l'évolution de la circulation des variants et clades sur le territoire : ce suivi montre une relative stabilité de la proportion du variant d'intérêt 20I/501Y.V1 au cours des dernières enquêtes. La proportion des autres variants d'intérêt 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3 étaient également relativement stables ; les autres clades/variants étaient stables ou en diminution. Ces résultats seront à confirmer lors des prochaines enquêtes Flash.

### **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 mars 2021. La particularité associée aux cas confirmés d'infections à ce variant est la possibilité de présenter des symptômes évocateurs de 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 retrouvé de manière préférentielle dans les voies aériennes basses. À ce jour, il n'est pas démontré que ce variant serait plus transmissible ni qu'il entraînerait de formes plus sévères.

**Une surveillance renforcée** a été mise en place dans la zone géographique concernée en Bretagne. Un protocole national d'investigation des cas évocateurs d'infection par le variant 20C/655Y a été diffusé pour identifier et décrire les cas qui surviendraient en dehors de cette zone géographique. En cas de suspicion d'infection 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 14 avril, 32 cas d'infection par le variant 20C/655Y ont été confirmés (29 en Bretagne, trois dans d'autres régions).** Tous les cas ont un lien direct ou indirect avec la zone de surveillance renforcée en Bretagne. La majorité des cas était reliée à des transmissions au sein de clusters hospitaliers dans la zone.

Quelques cas ont été rapportés en lien avec une chaîne de transmission en communauté mais, à ce jour, il n'a pas été documenté de diffusion importante de ce variant dans la population, que ce soit en Bretagne ou ailleurs. Les investigations épidémiologiques se poursuivent pour caractériser l'épisode et suivre la diffusion de ce variant.

## ► Surveillances spécifiques et populationnelles

**Parmi les 10 382 patients recensés par la surveillance spécifique des cas graves de COVID-19** admis en réanimation depuis le 05 octobre 2020, 70% étaient des hommes. Depuis janvier 2021, un rajeunissement de la population admise en réanimation est observé, la part de patients âgés de 65 ans et plus ayant significativement diminué. La part des patients admis en réanimation sans comorbidité a légèrement augmenté depuis janvier 2021. Les comorbidités les plus fréquentes restaient l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète. Un recours à la ventilation invasive a été nécessaire pour 42% des patients hospitalisés en réanimation pour COVID-19.

**Le dispositif de surveillance des cas et des décès de COVID-19 en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) parmi les résidents et le personnel a évolué** et une nouvelle application de signalement des épisodes de COVID-19 à Santé publique France est opérationnelle depuis le **19 mars 2021**. Le changement d'application a entraîné une sous-déclaration en S11, avec un rattrapage en S12. **Dans les ESMS, la diminution du nombre de cas et de décès** observée depuis S06 s'est poursuivie en S13. Cette amélioration est cohérente avec l'augmentation de la couverture vaccinale dans ces établissements.

Dans le cadre de la surveillance des infections nosocomiales (e-SIN), entre le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et le 11 avril 2021, **4 495 signalements de cas de COVID-19 nosocomiaux survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un établissement de santé** ont été enregistrés. Étaient concernés **56 576 cas** : 34 589 patients (279 décès liés), 21 975 professionnels et 12 visiteurs. Parmi ces signalements, une grande majorité (n=3 274) correspondait à des cas groupés (au moins trois cas liés). Depuis la semaine 03, on observe une tendance globale à la diminution du nombre de signalements de cas groupés. Les services où surviennent les clusters sont, le plus fréquemment, ceux de médecine, puis ceux de SSR, SLD et Ehpad.

Concernant les hypothèses de transmission au sein des cas groupés nosocomiaux, les deux principales sont la découverte fortuite d'un cas et des mesures barrières non-optimales. La mise en place de dépistage et le renforcement des mesures barrières restent les principales mesures mises en place.

## ► Santé mentale

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

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

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

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

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

## ► Prévention

**Les résultats de l'enquête CoviPrev** (vague 22, du 15 au 17 mars 2021), détaillés dans le [Point épidémiologique du 25 mars 2021](#), montrent que si les mesures barrières 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**, on dénombrait au 13 avril **11 366 175 personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 3 982 264 personnes ayant reçu deux doses**, soit respectivement **16,9% et 5,9% de la population** en France.

Les résidents en Ehpad ou en unité de soins de longue durée (USLD) et les professionnels travaillant dans ces structures comptent parmi les personnes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19. Au 13 avril, il est estimé que **98,1% des résidents d'Ehpad ou d'USLD avaient reçu une première dose de vaccin et 75,1% en avaient reçu deux doses**. Enfin, **68,4% de l'ensemble des professionnels de santé avaient reçu au moins une dose de vaccin**.

Entre le 17 et le 29 mars 2021, **une enquête relative à la vaccination** a été réalisée par Internet auprès de 1 500 professionnels de santé libéraux. Sur le plan des **antécédents de COVID-19**, 17% des professionnels de santé libéraux interrogés ont rapporté avoir déjà été testés positifs pour le SARS-CoV-2. Au total, 57% des professionnels de santé libéraux interrogés ont indiqué avoir reçu **au moins une dose de vaccin contre la COVID-19**, avec la proportion la plus élevée parmi les médecins généralistes (80%). Parmi les professionnels qui n'avaient pas encore reçu de première dose de vaccin, 78% ont indiqué avoir l'intention de se faire vacciner certainement ou probablement. De plus, 93% des professionnels de santé ont déclaré qu'ils recommanderaient certainement ou probablement à leurs patients non à risque de forme grave de COVID-19 (personnes de moins de 50 ans sans comorbidités) de se faire vacciner contre la COVID-19.

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).

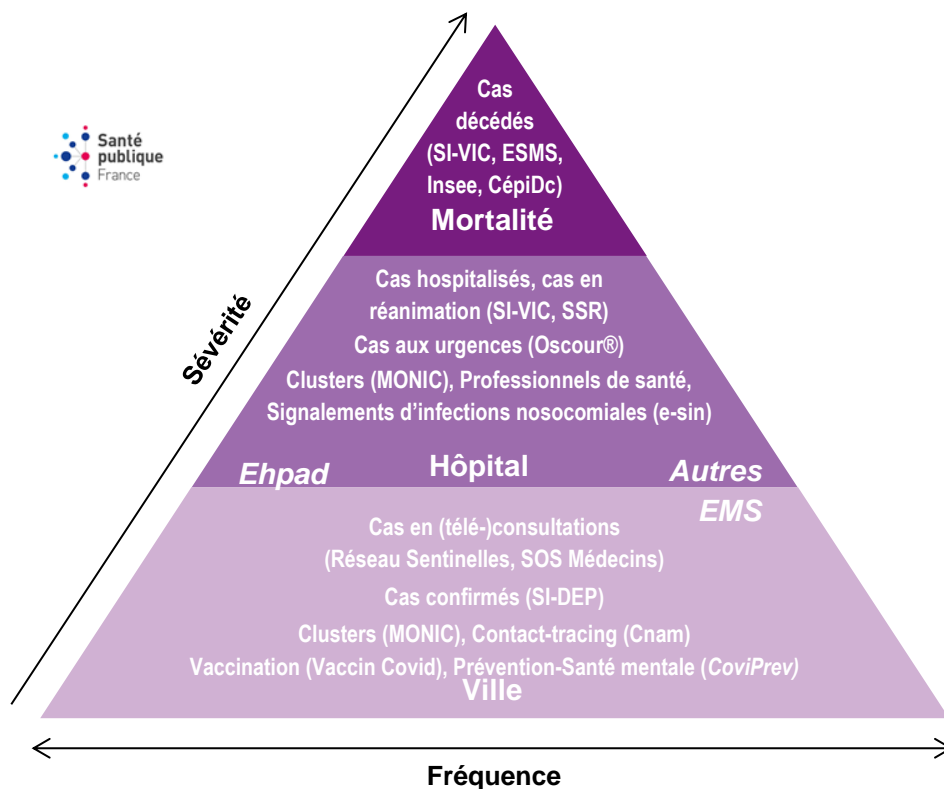
**Vaccin Covid** : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

**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



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

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

### **Directrice de publication**

Pr Geneviève Chêne

### **Directrice adjointe de publication**

Pr Laëtitia Huiart

### **Contributeurs**

Coordination : Delphine Viriot, Christine Campèse, Leïla Saboni, Sandrine Hagège, Daniel Levy-Bruhl

Systèmes de surveillance : Pauline Adam, Jonathan Bastard, Anne Berger-Carbonne, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Clémentine Calba, Céline Caserio-Schönemann, Édouard Chatignoux, Jamel Daoudi, Jean-Claude Desenclos, Julien Durand, Myriam Fayad, Laure Fonteneau, Cécile Forgeot, Anne Fouillet, Laurence Guldner, Katia Hamdad, Éline Hassan, Marion Hulin, Sophie Larrieu, Yann Le Strat, Audrey Léon, Étienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Michael Padget, Juliette Paireau, Camille Pelat, Alessandro Pini, Élisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Jérôme Pouey, Isabelle Poujol, Claire Sauvage, Sophan Soing-Altrach, Cécile Sommen, Guillaume Spaccaferri, Pierre-Étienne Toulemonde, Sophie Vaux

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

### **Contact presse**

Vanessa Lemoine

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

### **Diffusion**

Santé publique France

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

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

### **Date de publication**

15 avril 2021