

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

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance, d'alerte et de prévention, analyse et publie les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires et de ses propres études et enquêtes. **Ce bilan est basé sur les données rapportées à Santé publique France jusqu'au 30 juin 2021.**

► Points clés

En semaine 25, diminution moins marquée de la circulation du SARS-CoV-2 au niveau national, dans un contexte d'allègement des mesures de restrictions et de progression du variant Delta

- Diminution du taux d'incidence, des hospitalisations et des admissions en soins critiques
- Métropole : diminution de la circulation du SARS-CoV-2 dans toutes les régions
- Outre-mer : taux d'incidence restant élevés en Guyane et à La Réunion
- Variants préoccupants (VOC)
 - Variant Alpha toujours majoritaire en métropole mais en diminution
 - Variant Delta en augmentation importante avec une forte hétérogénéité géographique

Prévention

- Vaccination au 29 juin :
 - Population générale : couverture vaccinale complète de 33% (50% pour une dose)
 - Résidents en Ehpad ou USLD : couverture vaccinale complète de 82% (89% pour une dose)
- Efficacité vaccinale sur les formes symptomatiques de COVID-19 chez les personnes âgées de 50 ans et plus :
 - Première dose : 45,7% (tous vaccins confondus)
 - Série vaccinale complète : 84,2% (tous vaccins confondus)
- Enjeux de la promotion de la vaccination dans l'ensemble de la population éligible dans le contexte de la progression du variant Delta
- Poursuite de la baisse des indicateurs de suivi des chaînes de transmission
- Importance du dispositif de contact-tracing pour limiter la propagation des virus SARS-CoV-2
- Nécessité de maintenir l'adhésion aux mesures barrières et de limitation des contacts à risque
- 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 25 (du 21 au 27 juin 2021)

	S25	S24*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19	12 514	16 204	-23%
Taux d'incidence (/100 000 habitants) des cas de COVID-19 (SI-DEP)	19	24	-23%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	0,8%	0,9%	-0,1 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	670	684	-2%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	894	1 366	-35%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	957	1 337	-28%
Nombre de nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19 (SI-VIC)	226	307	-26%

* Données consolidées

Du 1^{er} mars 2020 au 29 juin 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	111 086
---	---------

► Point de situation en semaine 25 (du 21 au 27 juin 2021)

En semaine 25, une diminution des indicateurs épidémiologiques était encore observée au niveau national, mais de manière moindre que les semaines précédentes. Cette diminution concernait toutes les classes d'âge ainsi que l'ensemble des régions métropolitaines. La proportion du variant Delta détecté parmi les cas diagnostiqués était en progression, avec une grande hétérogénéité départementale. Au 29 juin 2021, 50% de la population avait reçu une dose de vaccin et 33% était complètement vaccinée. Les résultats des études récentes d'efficacité vaccinale estiment qu'une vaccination complète est efficace à 84% sur la prévention des formes symptomatiques pour l'ensemble des sujets âgés de 50 ans et plus. La progression de la vaccination s'est ralentie depuis quelques semaines, notamment chez les personnes les plus âgées, soulevant la nécessité de poursuivre les actions engagées auprès de la population pour continuer à contenir l'épidémie. La baisse des indicateurs de suivi des chaînes de transmission se poursuit. Elle peut s'expliquer par un moindre dépistage parmi les personnes-contacts à risque, ou par leur identification moins exhaustive et/ou par la progression du nombre de personnes complètement vaccinées. Dans un contexte de diffusion croissante du variant Delta et d'allègements des mesures de restriction sanitaire, et compte tenu de la diminution moins marquée du nombre de nouveaux cas, il est également essentiel de maintenir un haut niveau d'adhésion aux mesures de prévention et de dépistage, de traçage des contacts et de respect de l'isolement en cas d'infection ou de contact avec un cas confirmé.

Situation épidémiologique

Au niveau national, 12 514 nouveaux cas ont été confirmés en semaine 25, soit environ 1 800 cas en moyenne chaque jour. **Le taux d'incidence était en diminution** à 19/100 000 habitants (-23%) mais moins marquée par rapport aux fortes baisses des deux semaines précédentes (environ -40%). Cette diminution était observée dans toutes les classes d'âge. Le taux de dépistage continuait de diminuer (2 460 pour 100 000 habitants, soit -6%). Le taux de positivité tendait à se stabiliser à 0,8% (soit -0,1 point par rapport à S24) après neuf semaines de baisse.

Le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 enregistrés par SOS Médecins était stable à un niveau bas (-2%), après quatre semaines de baisse. Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 poursuivait sa baisse (-35%).

La diminution du nombre de déclarations de nouvelles hospitalisations et admissions en services de soins critiques, constatée depuis S15, **s'est poursuivie** en S25 (respectivement -28% et -26% par rapport à la semaine 24), mais cette baisse était moins marquée que celle de la semaine précédente. Le nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation était toujours en diminution au 29 juin, avec **8 686** patients hospitalisés, dont **1 263** en services de soins critiques.

Les décès de patients COVID-19 hospitalisés étaient toujours en diminution en semaine 25 (-29%) et ceux survenus dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) restaient à un niveau très faible.

En France métropolitaine, **les taux d'incidence étaient inférieurs ou égaux à 25/100 000 habitants et diminuaient dans l'ensemble des régions**. Les indicateurs hospitaliers étaient en diminution ou stables dans toutes les régions.

En Outre-mer, la **baisse de la circulation virale** s'est accentuée en Guyane, malgré une pression toujours forte sur le secteur hospitalier. Les taux d'incidence, d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques demeurent les plus élevés de France. À **La Réunion**, le taux d'incidence ainsi que le taux d'admissions en soins critiques étaient de nouveau **en augmentation**.

Variants du SARS-CoV-2

La stratégie nationale de criblage systématique par RT-PCR des tests positifs pour le SARS-CoV-2 a évolué depuis le 31 mai 2021 et permet de cibler les trois mutations d'intérêt E484K (portée notamment par les variants Beta et Gamma), E484Q et L452R (portée notamment par le variant Delta). En semaine 25, les **mutations E484K, E484Q et L452R** ont été détectées dans respectivement 24,0%, 0,8% et 20,5% des prélèvements positifs criblés recherchant ces mutations.

Les résultats de l'enquête Flash #11 du 08 juin 2021 montrent que le **variant préoccupant Alpha** restait prédominant, mais en diminution. Le **variant Delta (21A/478K) a fortement augmenté**, passant de 0,8% dans Flash #10 à 8,2% dans Flash #11.

L'augmentation de la circulation du variant Delta en France métropolitaine se traduit par une multiplication des situations de transmissions communautaires et une circulation plus soutenue du virus dans certaines régions. La diffusion croissante de ce variant est suivie avec la plus grande attention, compte tenu de sa transmissibilité accrue par rapport aux souches virales de référence et au VOC Alpha, d'une possible augmentation de la sévérité de l'infection et de données préliminaires en faveur d'une moindre efficacité vaccinale lors d'un schéma vaccinal incomplet.

Prévention

En semaine 25, la **diminution du nombre de cas et de personnes-contacts enregistrés dans ContactCovid** se poursuivait, à un rythme moins marqué que la semaine précédente. La proportion de cas ayant voyagé à l'étranger dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes (ou le prélèvement pour les asymptomatiques) était en augmentation, ainsi que ceux ayant fréquenté un transport en commun ou un bar, ou ayant participé à une réunion privée ou à un rassemblement en lien avec l'activité professionnelle. La diminution des indicateurs de suivi des chaînes de transmission, observée depuis la semaine 21, peut s'expliquer par une diminution du dépistage parmi les personnes-contacts à risque et/ou par l'augmentation de la proportion de personnes complètement vaccinées.

Le 29 juin, **33 740 554** personnes ont reçu **au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** et **22 303 302** ont été vaccinées **avec un schéma complet, soit respectivement 50,3% et 33,2% de la population en France**. La vaccination est accessible aux enfants de 12 ans et plus depuis le 15 juin 2021, et 12,4% des 12-17 ans ont déjà reçu une première dose de vaccin. La couverture vaccinale, bien qu'élevée chez les plus âgés, peine à progresser depuis quelques semaines, soulevant la nécessité d'encourager et de faciliter l'accès à la vaccination des personnes âgées non encore vaccinées par des actions ciblées et spécifiques.

Les couvertures vaccinales des résidents en Ehpad ou USLD sont élevées : 88,5% pour au moins une dose et 82,4% pour une vaccination complète. Celles des professionnels de santé libéraux sont également élevées : 79,7% pour la première dose et 73,4% pour une vaccination complète. Les couvertures vaccinales des professionnels exerçant en Ehpad et USLD sont estimées à 59% pour la première dose et 46,9% pour une vaccination complète.

L'efficacité de la vaccination à l'issue d'une série vaccinale complète sur la prévention des formes symptomatiques de la COVID-19 pour l'ensemble des sujets âgés de 50 ans et plus a été estimée à **84,2%**. Une efficacité a été mise en évidence dès la première dose, mais moins élevée chez les sujets les plus âgés et moindre qu'après une série vaccinale complète. Une meilleure efficacité a été estimée contre le variant Alpha en comparaison avec les variants Beta et Gamma, tous vaccins confondus et quel que soit le nombre de doses.

L'adoption systématique des gestes barrières demeure indispensable pour tous, même chez les personnes déjà vaccinées. Il est essentiel que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de la COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. Le maintien des activités d'identification et d'isolement des contacts ainsi que l'incitation à la vaccination restent importants pour contenir l'épidémie de manière durable et lutter contre la diffusion des variants préoccupants.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	5
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	16
ACTES MÉDICAUX DES ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	17
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	18
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	19
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ	23
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	25
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	26
SITUATION INTERNATIONALE.....	31
SOURCES DES DONNÉES	32

Retrouvez les dernières données concernant :

- **la surveillance en médecine ambulatoire** : Réseau Sentinelles dans le [PE n° 65 du 27 mai 2021](#) et le site de [Réseau Sentinelles](#) ;
- **la surveillance des cas de Covid-19 chez les professionnels en établissements de santé** dans le [PE n° 62 du 06 mai 2021](#) ;
- **l'estimation de la séroprévalence des infections à SARS-CoV-2** dans le [PE n° 62 du 06 mai 2021](#) ;
- **le signalement d'infections à SARS-CoV-2 nosocomiales** dans le [PE n° 64 du 20 mai 2021](#) ;
- **les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation** dans le [PE n°64 du 20 mai 2020](#) ;
- **la surveillance de la mortalité toutes causes** dans le [PE n° 69 du 24 juin 2021](#) et les [Bulletins SurSaUD®](#)
- **la surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques** dans le [PE n° 65 du 27 mai 2021](#) ;
- **le suivi de l'adoption des mesures de prévention et des indicateurs de santé mentale** dans le [PE n° 66 du 03 juin 2021](#).

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

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

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

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

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

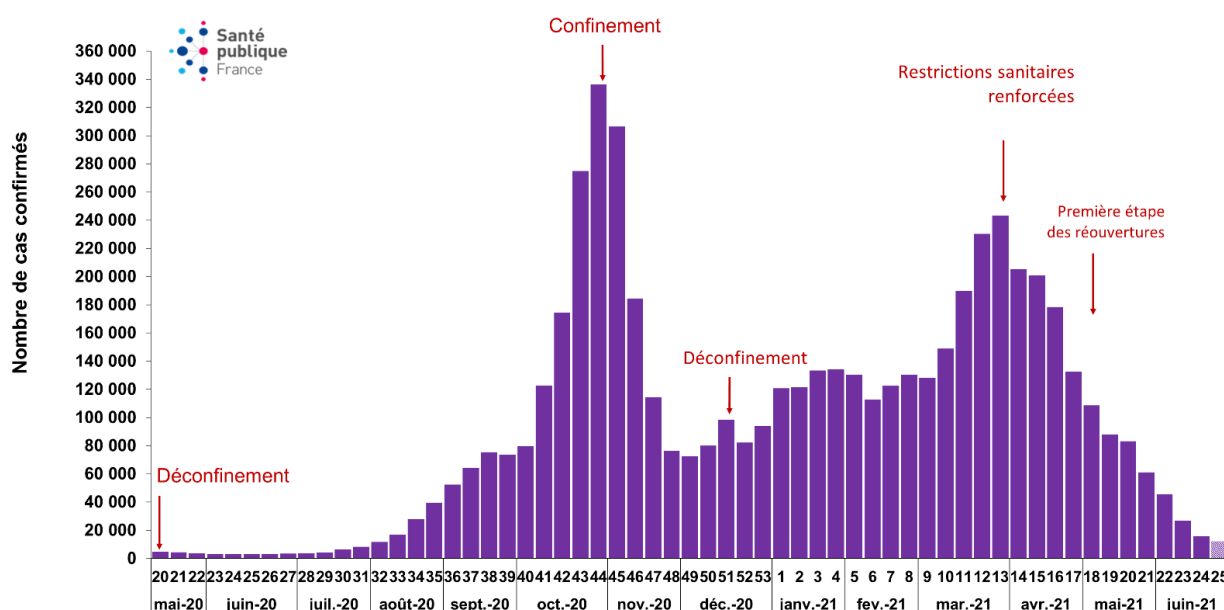
Cas confirmé de COVID-19 : personne présentant une infection à SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir [définition de cas](#)).

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

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

- En semaine 25, 1 650 812 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 1 764 211 en S24) et 12 514 **nouveaux cas confirmés** ont été rapportés (vs 16 204 en S24) (Figure 1).
- Au 30 juin 2021, **un total de 5 775 301 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

Figure 1. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement) rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 27 juin 2021, France (données au 30 juin 2021)

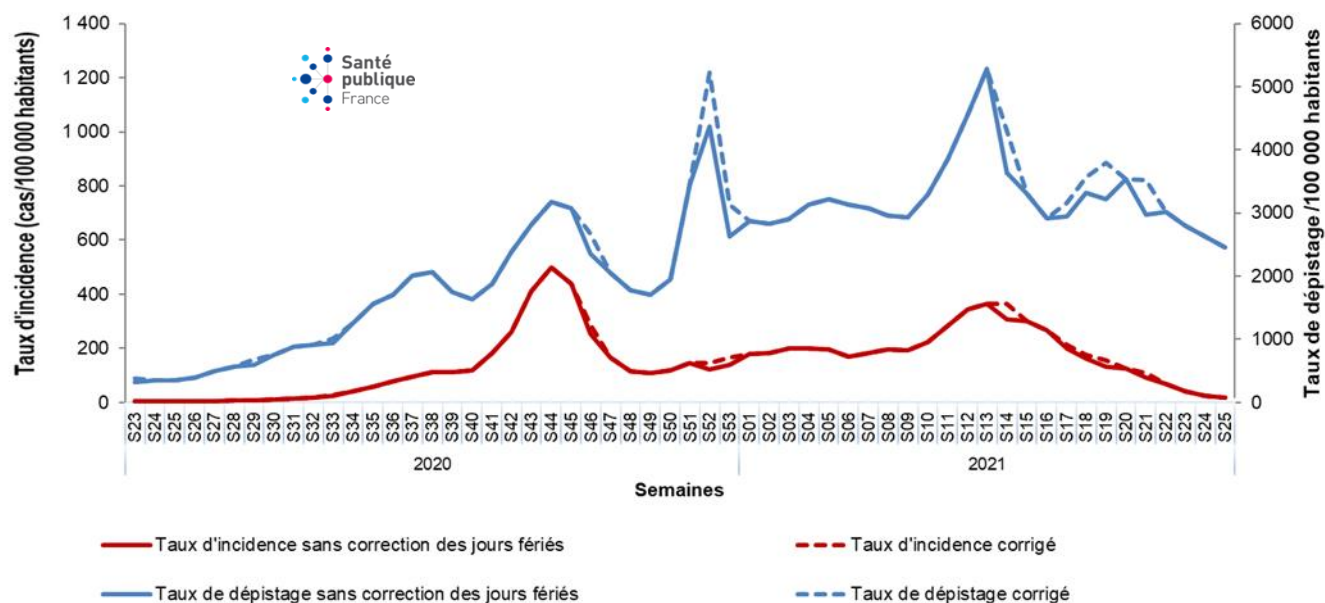


- **Le taux d'incidence** national hebdomadaire (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de 19 pour 100 000 habitants en S25, **en diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (24 cas/100 000 habitants en S24, soit -23%) (Figure 2).

- **Le taux de dépistage** national hebdomadaire (nombre de personnes testées pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population) était de 2 460 pour 100 000 habitants en S25, **en diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (2 629/100 000 habitants en S24, soit -6%) (Figure 2).

- En S25, **le taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de 0,8% (calculé sur les personnes testées et dont les tests étaient valides), **stable** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (0,9% en S24, soit -0,1 point) (Figure 3c).

Figure 2. Évolution des taux d'incidence et de dépistage par semaine, avec ou sans correction pour l'effet des jours fériés, depuis la semaine 23-2020, France (données au 30 juin 2021)



Semaine 25 : données non consolidées

Source SI-DEP

Analyse par classe d'âge

- **En S25, le taux d'incidence et le taux de dépistage étaient en diminution** par rapport aux taux de S24 dans toutes les classes d'âge (Figure 3a et 3b).

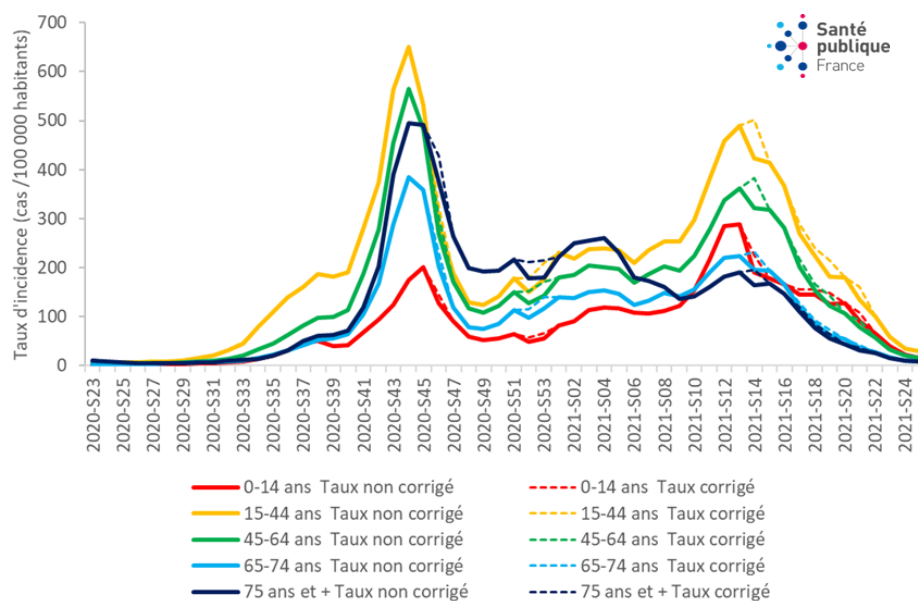
Dépistage selon la présence de symptômes

- En semaine 25, l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 86% des personnes testées (soit n=1 421 834). La part des personnes symptomatiques parmi les personnes testées était de 7,0%, stable par rapport à S24 (7,1%). Le taux de positivité était en diminution chez les symptomatiques (4,7% vs 5,4% en S24) et stable chez les asymptomatiques (0,5% vs 0,6% en S24).

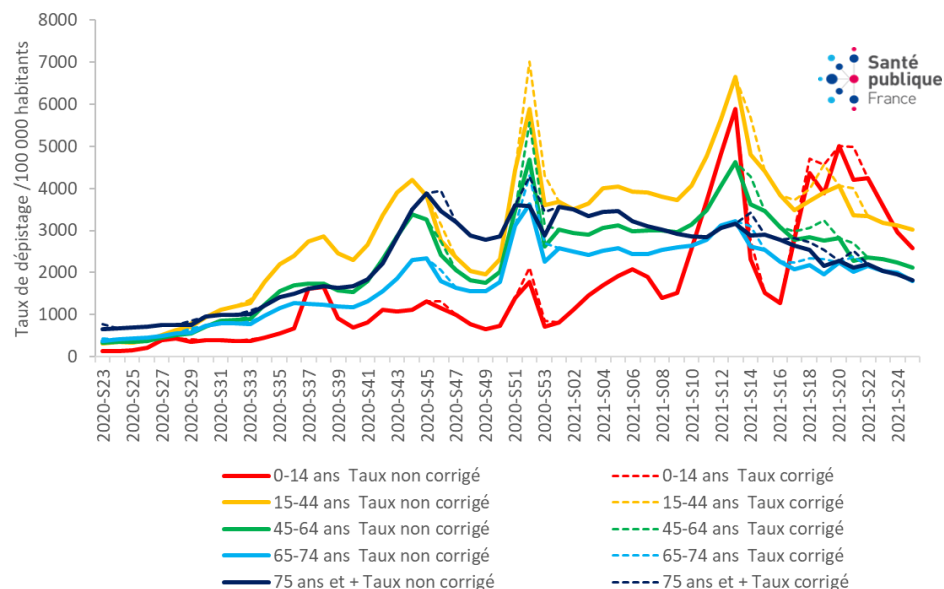
- Parmi les cas, 42% étaient symptomatiques, proportion en légère augmentation par rapport à S24 (40%). Le nombre de cas symptomatiques était en diminution (4 615 vs 5 840 en S24, soit -20%), tout comme celui des cas asymptomatiques (6 481 vs 8 740 en S24, soit -26%).

Figure 3. Évolution des taux d'incidence (3a) et de dépistage (3b), corrigés et non corrigés pour l'effet des jours fériés, et du taux de positivité (3c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23-2020, France (données au 30 juin 2021)

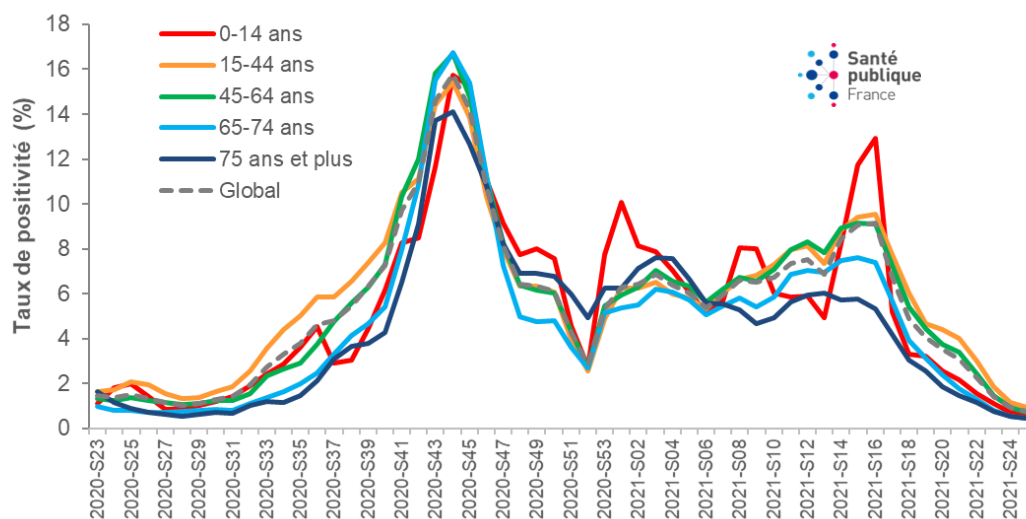
3a. Taux d'incidence



3b. Taux de dépistage



3c. Taux de positivité



Semaine 25 : données non consolidées

Source : SI-DEP

► Au niveau régional

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

Métropole

- En semaine 25, **les taux d'incidence** étaient inférieurs ou égaux à 25/100 000 habitants dans toutes les régions et **en diminution** de -4% (Bretagne) à -54% (Corse). Au niveau départemental, les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les Landes (48/100 000 habitants, soit -7%), en Seine-Saint-Denis (31, soit -17%) et à Paris (29, soit -18%). En S25, le taux d'incidence était inférieur à 10 dans 33 départements (vs 15 départements en S24) et supérieur à 20 dans 16 départements (vs 33 en S24), ce qui indique que la circulation virale continue de diminuer globalement sur le territoire. Cependant, le taux d'incidence était stable ou en légère augmentation dans 10 départements en S25 contre 2 en S24 ; cette évolution devra être suivie avec attention dans les prochaines semaines.

- **Les taux de dépistage** les plus élevés étaient enregistrés en Île-de-France (3 384/100 000 habitants), Corse (3 226) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (2 872). Le taux de dépistage était **stable ou en diminution** dans l'ensemble des régions.

- **Les taux de positivité** étaient inférieurs à 1% et **en diminution** dans toutes les régions.

Outre-mer

- **En Guyane**, le taux d'incidence en S25 était de 234/100 000 habitants, **en diminution** par rapport au taux de la semaine 24 (285, soit -18%).

- Le taux d'incidence était en **augmentation** en **Guadeloupe** (38 vs 30 en S24), en **Martinique** (31 vs 25 en S24) et à **La Réunion** (140 vs 124 en S24).

- Le taux d'incidence était **stable** à **Mayotte** (5 vs 6 en S24) et à **Saint-Barthélemy** (30 en S25 et S24).

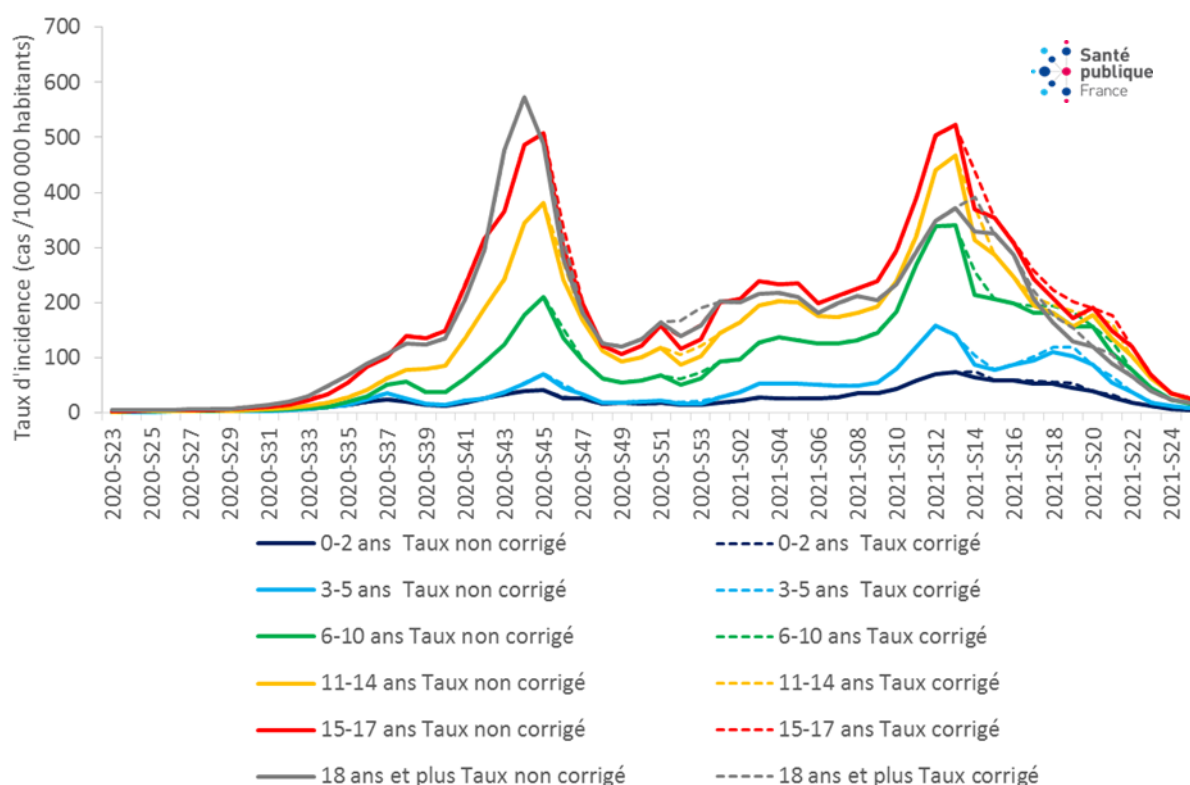
- Le taux d'incidence était en **diminution** à **Saint-Martin** (116 vs 150 en S24, soit -23%).

► Analyse par niveaux scolaires

- **En semaine 25**, 360 600 personnes de moins de 18 ans ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 420 466 en S24, soit -14%). Un total de 2 478 nouveaux cas a été rapporté (vs 3 499 en S24). Les 0-17 ans représentaient 20% de l'ensemble des nouveaux cas observés dans la population générale. Si l'on considère des classes d'âge plus fines, correspondant aux niveaux scolaires, les 0-2 ans représentaient 5% des nouveaux cas parmi les moins de 18 ans, les 3-5 ans 8%, les 6-10 ans 28%, les 11-14 ans 33% et les 15-17 ans 27%.
- Le **taux d'incidence** au niveau national était de 5 pour 100 000 habitants chez les 0-2 ans, 8 chez les 3-5 ans, 17 chez les 6-10 ans, 24 chez les 11-14 ans et 27 chez les 15-17 ans (Figure 5a).
- Le **taux d'incidence** diminuait dans toutes les classes d'âge pour la sixième semaine consécutive : -29% chez les 0-2 ans, -31% chez les 3-5 ans, les 6-10 ans et les 11-14 ans et -24% chez les 15-17 ans.
- Le **taux de dépistage** diminuait dans toutes les classes d'âge pour la quatrième semaine consécutive : -4% chez les 0-2 ans, -10% chez les 3-5 ans, -7% chez les 6-10 ans, -23% chez les 11-14 ans et les 15-17 ans (Figure 5b).
- Le **taux de positivité** diminuait chez les 0-2 ans (-0,5 point) et plus légèrement chez les 3-5 ans (-0,1 point), les 6-10 ans (-0,2 point) et les 11-14 ans (-0,1 point). Il était stable chez les 15-17 ans (Figure 5c).

Figure 5. Évolution des taux d'incidence (5a) et de dépistage (5b) corrigés et non corrigés pour l'effet des jours fériés, et du taux de positivité (5c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge des moins de 18 ans, depuis la semaine 23-2020, France (données au 30 juin 2021)

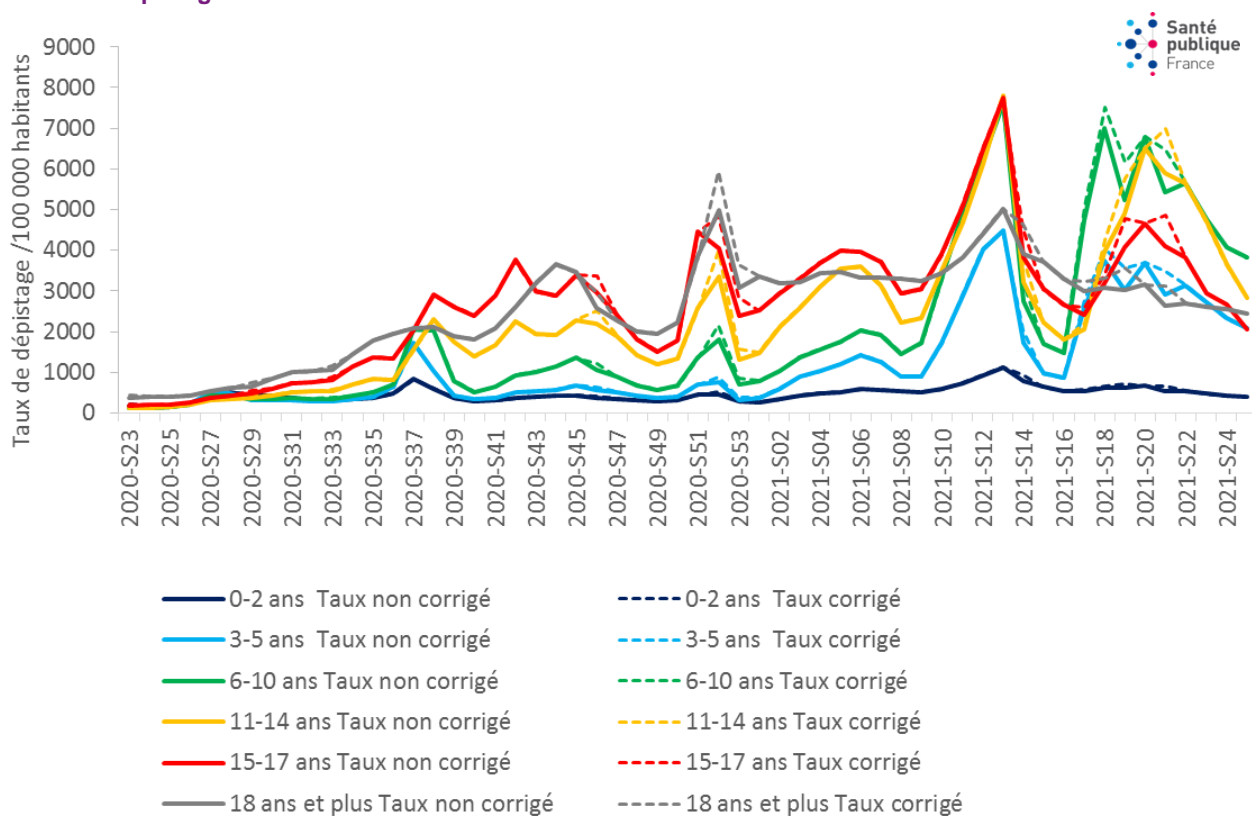
5a. Taux d'incidence



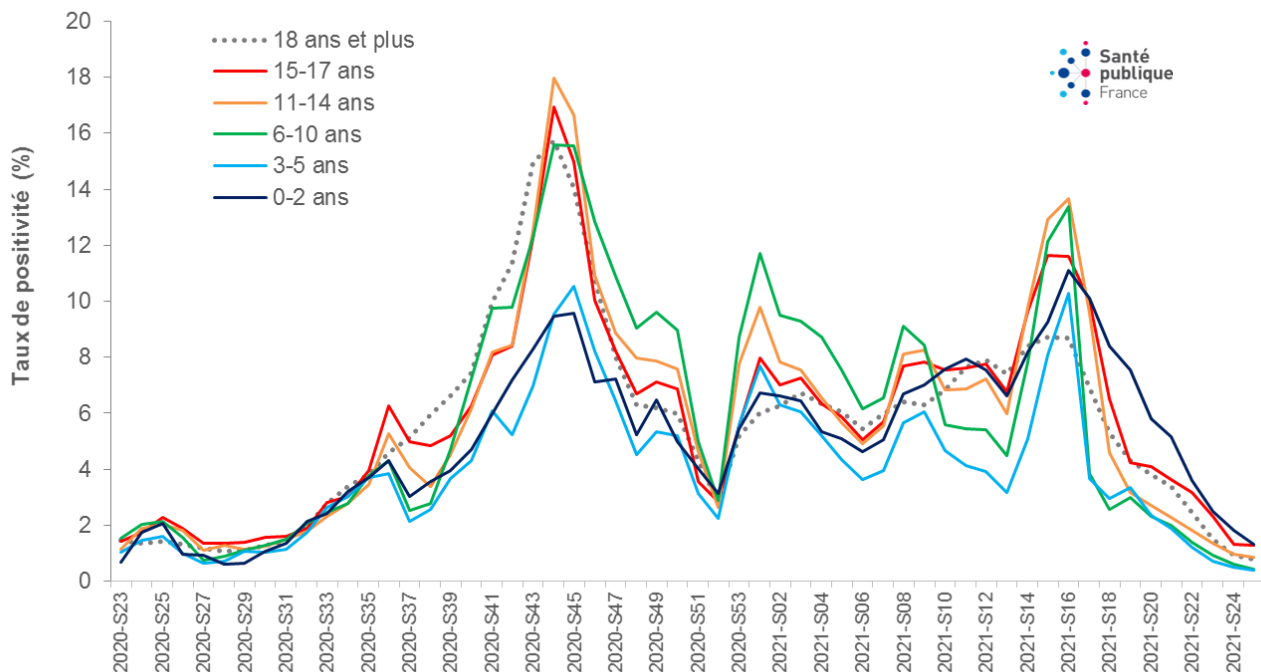
Semaine 25 : données non consolidées

Source : SI-DEP

5b. Taux de dépistage



5c. Taux de positivité



Semaine 25 : données non consolidées

Source : SI-DEP

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

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

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

Tests de criblage

Pour une meilleure réactivité dans la prise en charge des cas et des chaînes de transmission impliquant un virus porteur d'une mutation d'intérêt, les tests de criblage permettent d'identifier rapidement certaines de ces mutations dont sont notamment porteurs la plupart des VOC (hors variant Alpha).

Une nouvelle stratégie nationale de criblage systématique par RT-PCR des tests positifs pour le SARS-CoV-2 a été mise en place à partir du 31 mai 2021 et permet de cibler les trois mutations d'intérêt E484K (portée notamment par les variants Beta et Gamma), E484Q et L452R (portée notamment par le variant Delta) (Tableau 1).

En semaine 25, 8 111 tests RT-PCR et antigéniques ont fait l'objet d'un **test additionnel de criblage, soit 48% de l'ensemble des tests positifs pour le SARS-CoV-2**. Parmi ces tests, la mutation L452R, portée notamment par le variant Delta, était retrouvée dans 20,5% des PCR de criblage la recherchant et pour lesquelles le résultat est interprétable (10,5% en S24) (Tableau 1). On observait une grande hétérogénéité de cette proportion sur le territoire, qui atteignait 81% dans le département des Landes et 74% dans celui de la Somme (Figure 6).

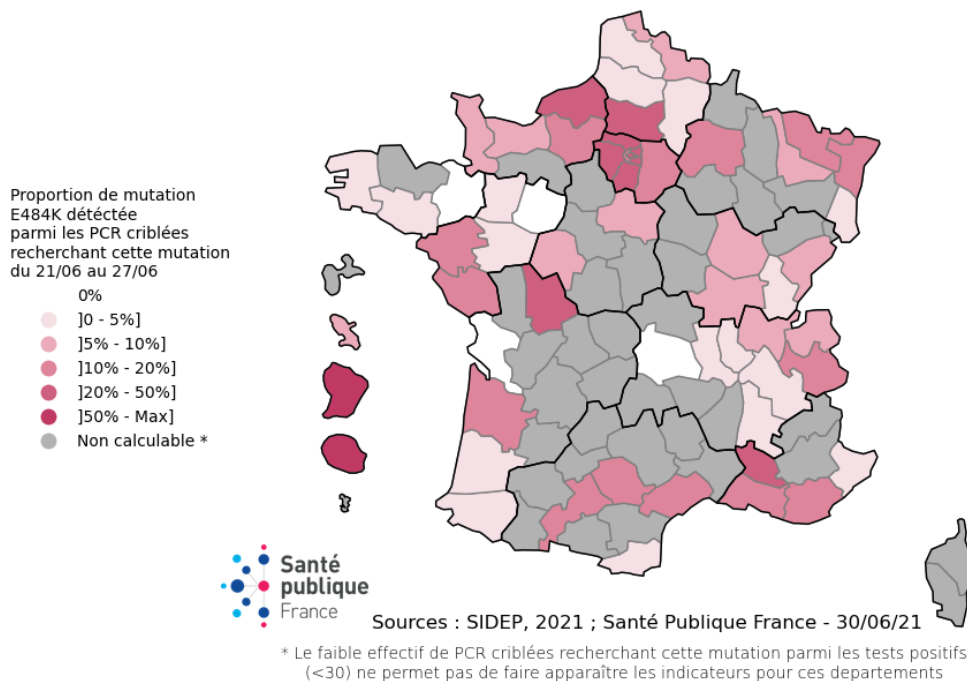
Tableau 1. Proportion de tests de criblage ayant retrouvé la présence des mutations E484K, E484Q ou L452R en semaine 25, et les variants du SARS-CoV-2 qui les portent, données au 30 juin 2021*

Mutation	% de détection parmi les prélèvements criblés pour cette mutation (S25/2021)	Variants portant la mutation
E484K	24%	VOC 20H/501Y.V2 (B.1.351, Beta) VOC 20J/501Y.V3 (P.1, Gamma) VOC 20I/484K (B.1.1.7+E484K) VOI 20C/484K (B.1.526, Iota) VOI 20A/484K (B.1.525, Eta) VOI 20B/681H (B.1.1.318) VUM 20C/452R (B.1.526.1) VUM 20A/440K (B.1.619) VUM 20A/477N (B.1.620) VUM 20B/484K (P.2, Zeta)
E484Q	0,8%	VOC 20I/484Q (B.1.1.7+E484Q) VOI 21A/154K (B.1.617.1, Kappa)
L452R	20,5%	VOC 21A/478K (B.1.617.2, Delta) VOI 21A/154K (B.1.617.1, Kappa) VOI 20I/452R (B.1.1.7 + L452R) VOI 20D/452R (C.36.3) VUM 20C/452R (B.1.427 / B.1.429) VUM 19B/501Y (A.27)

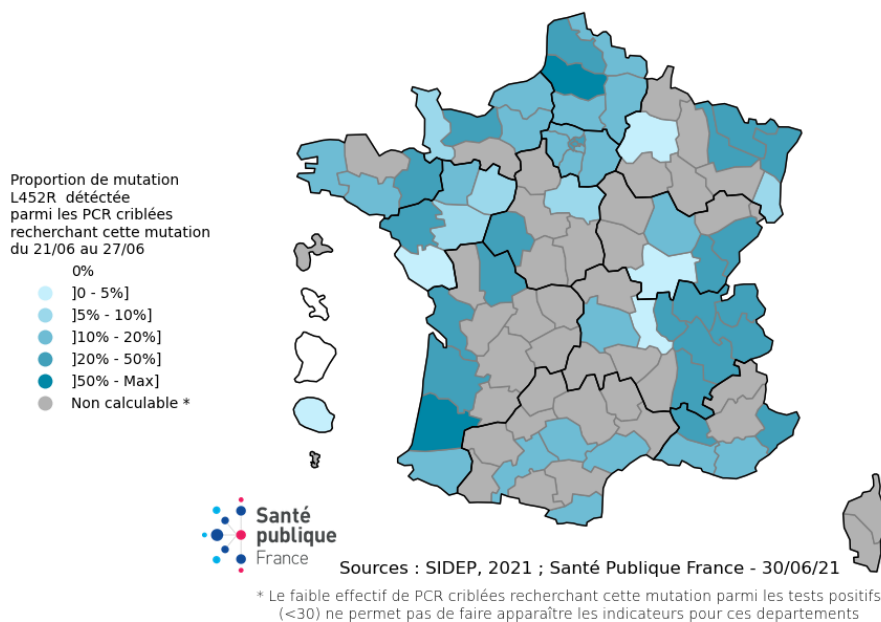
* Sources de ces données et informations complémentaires sur ces mutations d'intérêt : voir [l'analyse de risque variants](#).

Figure 6. Proportion de mutations E484K et L452R parmi les PCR criblées recherchant ces mutations respectives (avec résultat interprétable), par départements, selon les données SIDEp, du 21 au 27 juin 2021

a. Mutation E484K



b. Mutation L452R

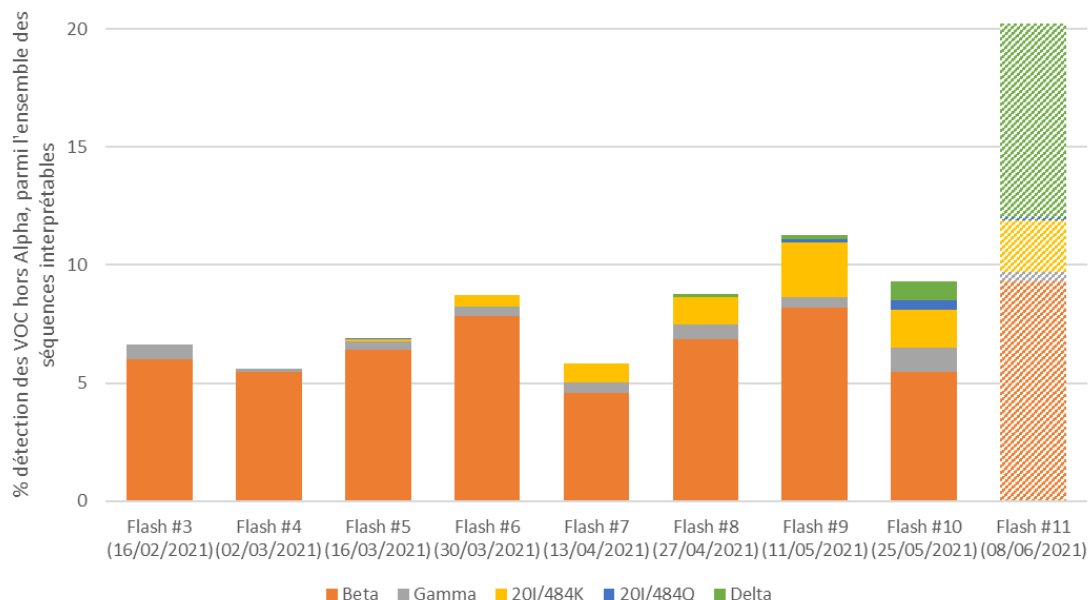


Surveillance génomique

Résultats des enquêtes Flash et suivi des variants préoccupants du SARS-CoV-2

• **Les résultats disponibles de l'enquête Flash #11** du 08 juin 2021 reposent sur 791 prélèvements au 29 juin 2021, soit 15,8% des cas positifs du jour. Les résultats de l'enquête Flash #11 ne sont pas encore consolidés, des ajustements pourront encore y être apportés dans les prochains jours.

Figure 7. Évolution des résultats de séquençage pour les variants préoccupants (VOC) à l'exception du variant Alpha, enquêtes Flash #3 à #11, France entière, données EMERGEN au 29 juin 2021*



Flash #11 : données non consolidées

* Ne sont représentés sur ce graphique que les données concernant les VOC, l'ensemble des clades retrouvés lors des enquêtes Flash est présenté sur le [site internet de Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr/fr/surveillance/covid-19/surveillance-génomique)

Suivi des variants préoccupants du SARS-CoV-2

- **Le variant Alpha (20I/501Y.V1)**, identifié initialement au Royaume-Uni, reste majoritaire en France métropolitaine depuis plusieurs mois mais sa proportion est en diminution. Il représentait 77,4% des séquences interprétables dans l'enquête Flash #11 (86,5% dans l'enquête Flash #10).
- **Le variant Beta (20H/501Y.V2)**, identifié initialement en Afrique de Sud, est le variant majoritaire à La Réunion. Il circule à bas bruit sur le territoire métropolitain. Mais sa proportion semble augmenter légèrement dans l'enquête Flash #11 représentant 9,3% des séquences interprétables (5,4% dans l'enquête Flash #10).
- **Le variant Gamma (20J/501Y.V3)** est largement **majoritaire en Guyane**, où la situation épidémiologique reste préoccupante, avec une prévalence supérieure à 90% depuis plusieurs semaines. Il se maintient à un niveau très faible ailleurs en France, représentant 0,4% des séquences interprétables de l'enquête Flash #11.
- **Les variants 20I/484K et 20I/484Q** ont été détectés pour la première fois au Royaume-Uni début 2021. Des transmissions localisées de ces variants ont été identifiées entre mars et mai 2021 dans les régions Bretagne, Ile-de-France, Hauts-de-France et Nouvelle-Aquitaine, mais ils ne semblent pas avoir diffusé en dehors des zones concernées, représentant respectivement 2,2% et 0,1% des séquences interprétables de l'enquête Flash #11.
- **Le variant Delta (21A/478K)** lignage B.1.617 a été détecté pour la première fois en Inde à la fin de l'année 2020. Il est devenu le variant prédominant au Royaume-Uni, où il a été introduit en avril 2021.
- En France, **la proportion du variant Delta (21A/478K) augmentait fortement, passant de 0,8% dans Flash #10, à 8,2% dans Flash #11**, du fait notamment d'une forte participation en Nouvelle-Aquitaine, où des clusters liés à ce variant étaient en cours d'investigation et où cette proportion atteignait 31%.

- Au 29 juin 2021, entre les semaines 15 et 24, 405 cas d'infection par le variant Delta ont été confirmés par séquençage dans le cadre des enquêtes Flash ou lors de situations spécifiques investiguées, soit 118 nouvelles séquences B.1.617.2 identifiées depuis le Point épidémiologique précédent. Parmi ces cas, 393 ont été rapportés en France métropolitaine. **On note une augmentation de la détection du variant Delta dans les données de séquençage au cours du temps** (Figure 8).

Figure 8. Nombre de prélèvements positifs au SARS-CoV-2 confirmant une infection par le variant Delta par semaine, France entière, données EMERGEN (toutes indications de séquençage confondues) au 29 juin 2021

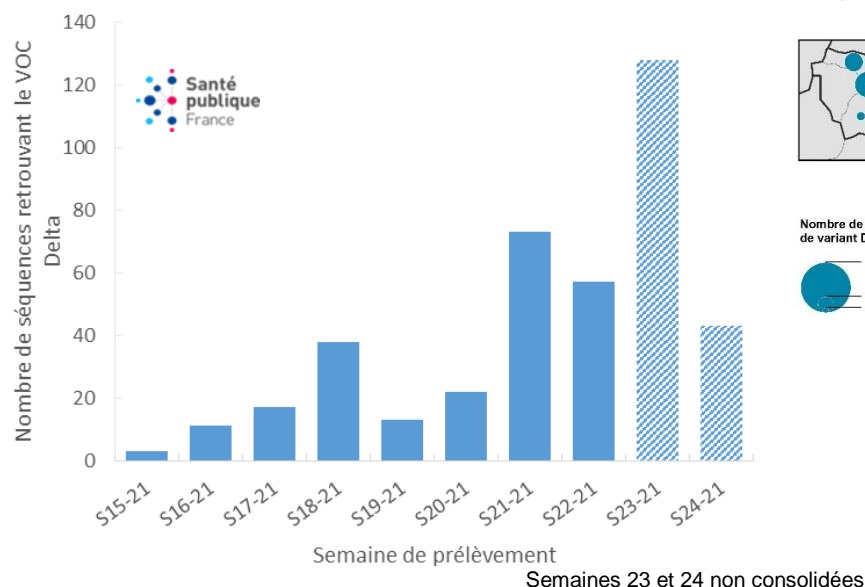
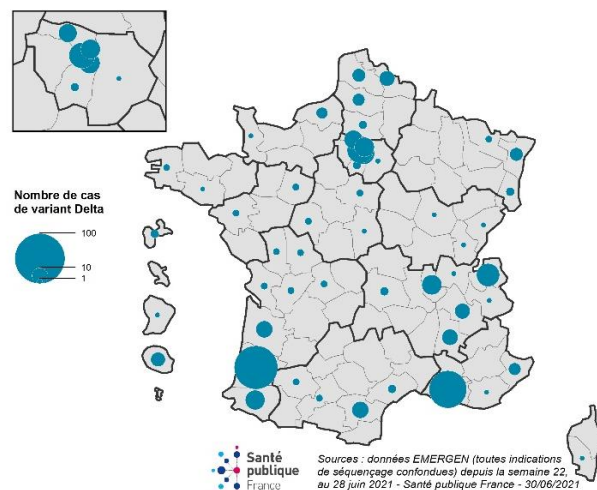


Figure 9. Nombre de prélèvements positifs au SARS-CoV-2 confirmant une infection par le variant Delta, France entière, par départements, données EMERGEN (toutes indications de séquençage confondues) depuis le 13 avril 2021, au 29 juin 2021



- Au 29 Juin 2021, les trois régions ayant le nombre de cas de variant Delta confirmés le plus élevé étaient la Nouvelle-Aquitaine (n=111), l'Île-de-France (n=82) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (n=63) et l'ensemble des régions rapportait au moins un cas de variant Delta (Figure 9).

- Les données de séquençage ainsi que l'augmentation du taux de détection de la mutation L452R parmi les échantillons où la mutation a été recherchée (données SI-DEP du 30 juin 2021) suggèrent une diffusion accrue du variant Delta à ce jour, restant encore hétérogène sur le territoire, avec des zones de circulation plus soutenues notamment dans certains départements de Nouvelle-Aquitaine, Île-de-France, Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dans les régions d'outre-mer, seule la Guadeloupe a rapporté une chaîne de transmission limitée liée au variant Delta, confirmée par séquençage et quelques cas sporadiques autochtones ont été identifiés à la Réunion.

On notait toujours une augmentation des signaux et des investigations de cas groupés liés au variant Delta ou à la présence de la mutation L452R qui s'étendaient à de nouveaux territoires en semaine 25.

Au 29 Juin 2021, ce variant demeure toujours minoritaire par rapport au variant Alpha. La situation épidémiologique reste favorable à ce jour, mais il est nécessaire de maintenir une vigilance accrue au vu de l'augmentation rapide de la part du variant Delta, plus transmissible et potentiellement associé à une diminution de l'efficacité vaccinale.

- Pour rappel, l'ensemble des épisodes à risque de diffusion communautaire sont investigués, et des mesures sont prises afin de limiter la diffusion et l'impact des VOC sur la dynamique épidémique actuellement observée (campagnes de dépistage, renforcement de l'accompagnement à l'isolement, du séquençage et du contact-tracing et campagnes de vaccination ciblées).

NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori¹, avec une fenêtre temporelle mobile de sept jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP, des passages aux urgences (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. Les estimations du nombre de reproduction SI-DEP sont obtenues à partir des données virologiques non corrigées pour l'effet des jours fériés, ce qui doit être pris en compte dans l'interprétation de l'évolution temporelle de cet indicateur. Le R-effectif estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ une à deux semaines auparavant (intégrant le délai entre la contamination et le test, et le fait que le calcul est effectué sur une période de sept jours). L'indicateur SI-DEP peut être instable, notamment lorsque l'incidence est faible, car il est influencé par les actions locales de dépistage. Les indicateurs calculés à partir des données de passages aux urgences et des hospitalisations sont plus stables, mais montrent des tendances plus tardives. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas. **Les valeurs de R ne doivent donc pas être interprétées de façon isolée, mais être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.**

• Dans toutes les régions de **France métropolitaine**, le nombre de reproduction effectif estimé à partir des trois sources de données restait significativement inférieur à 1 (Tableau 2). À partir des données virologiques (SI-DEP), il était estimé à 0,65 (IC95% [0,64-0,66]) au 26 juin 2021, contre 0,54 [0,53-0,55] au 19 juin.

• **À La Réunion**, l'estimation du nombre de reproduction était significativement supérieure à 1 à partir des données virologiques (SI-DEP) ainsi que des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), et de façon non significative à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®).

L'estimation du nombre de reproduction était supérieure à 1 de façon non significative en Guadeloupe et en Martinique à partir des données virologiques (SI-DEP), ainsi qu'en Guyane à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC). Dans les autres sources de données, les estimations étaient inférieures à 1.

Tableau 2. Nombre de reproduction effectif du 26 juin 2021 à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), et nombre de reproduction effectif du 27 juin 2021 à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), par région, France

Territoire	Région	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	0,63 (0,60-0,67)	0,59 (0,48-0,72)	0,67 (0,53-0,82)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,54 (0,48-0,60)	0,48 (0,34-0,64)	0,74 (0,54-0,97)
	Bretagne	0,72 (0,66-0,79)	0,49 (0,26-0,79)	0,81 (0,52-1,17)
	Centre-Val de Loire	0,64 (0,57-0,71)	0,56 (0,35-0,80)	0,49 (0,28-0,76)
	Corse	0,46 (0,24-0,75)	NC	NC
	Grand Est	0,62 (0,57-0,66)	0,49 (0,35-0,66)	0,59 (0,43-0,76)
	Hauts-de-France	0,60 (0,56-0,64)	0,57 (0,42-0,73)	0,56 (0,42-0,70)
	Île-de-France	0,69 (0,67-0,72)	0,56 (0,48-0,65)	0,59 (0,51-0,69)
	Normandie	0,59 (0,54-0,64)	0,54 (0,37-0,73)	0,51 (0,35-0,71)
	Nouvelle-Aquitaine	0,68 (0,64-0,73)	0,60 (0,46-0,75)	0,52 (0,36-0,71)
	Occitanie	0,67 (0,63-0,71)	0,67 (0,54-0,81)	0,55 (0,37-0,77)
	Pays de la Loire	0,55 (0,49-0,60)	0,70 (0,47-0,99)	0,62 (0,41-0,88)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,67 (0,62-0,72)	0,64 (0,49-0,82)	0,62 (0,46-0,80)
	France métropolitaine	0,65 (0,64-0,66)	0,58 (0,54-0,62)	0,60 (0,55-0,65)
France ultramarine	Guadeloupe	1,06 (0,89-1,24)	0,90 (0,54-1,36)	NC
	Guyane	0,84 (0,78-0,91)	0,96 (0,79-1,14)	1,06 (0,85-1,30)
	La Réunion	1,06 (1,00-1,12)	1,00 (0,80-1,23)	1,30 (1,04-1,59)
	Martinique	1,16 (0,95-1,39)	NA	NC
	Mayotte	0,84 (0,48-1,32)	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

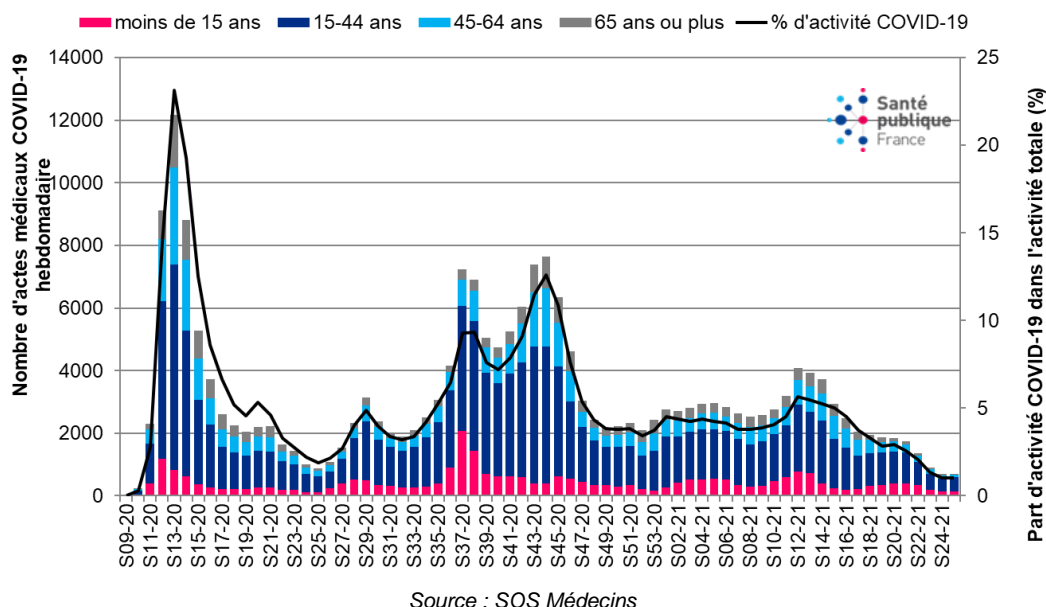
1. Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying reproduction numbers during epidemics. Am J Epidemiol 2013;178:1505-12.

ACTES MÉDICAUX DES ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS

• Depuis le 03 mars 2020, **224 418 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 29 juin 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

• En semaine 25 (du 21 au 27 juin 2021), **670 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption au cours de la période. Ce nombre était **stable** après quatre semaines consécutives de baisse (684 actes en S24, soit -2%). La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était **stable** à 1% (Figure 10).

Figure 10. 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



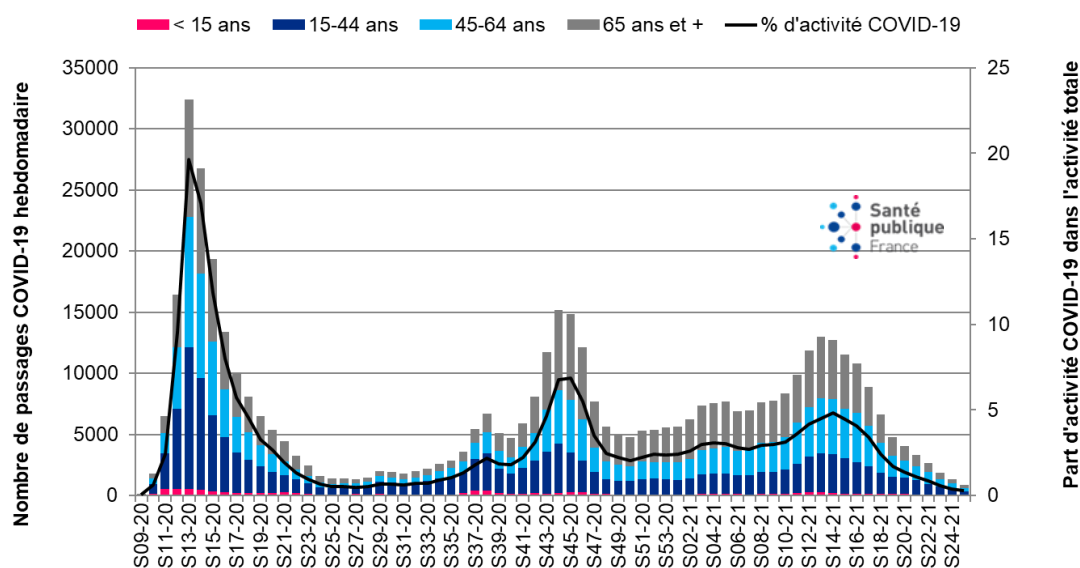
Pour en savoir + sur les données SOS Médecins consulter [Géodes](#) et le [bulletin Sursaud](#)

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

• Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **501 368 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 29 juin 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

• **En semaine 25** (du 21 au 27 juin 2021), **894 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (vs 1 366 passages en S24, soit -35%) (Figure 11). La part d'activité était de 0,3% en S25 (vs 0,4% en S24). Le pourcentage d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était stable (50% vs 49% en S24).

Figure 11. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 24 février 2020, France



Source : OSCOUR®

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

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

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

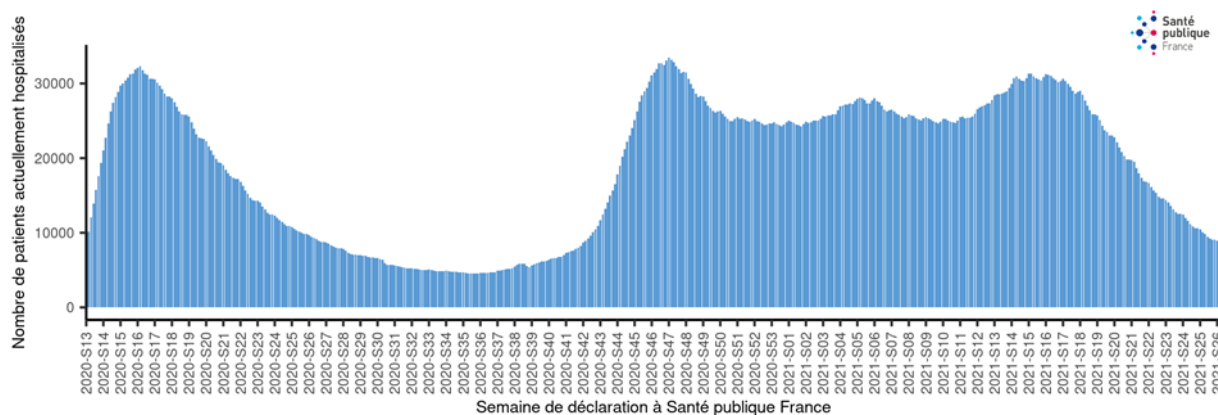
Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en services de soins critiques ou le décès d'un patient COVID-19 et la date de déclaration ou de mise à jour du statut du patient dans le système SI-VIC est fréquent. Les données par dates d'admission et de décès nécessitant en moyenne une semaine de consolidation,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

► Hospitalisations, admissions en services de soins critiques, décès

• Le 29 juin 2021, **8 686 patients COVID-19 étaient hospitalisés en France (vs 10 105 le 22 juin, soit -14%)** (Figure 12) dont :

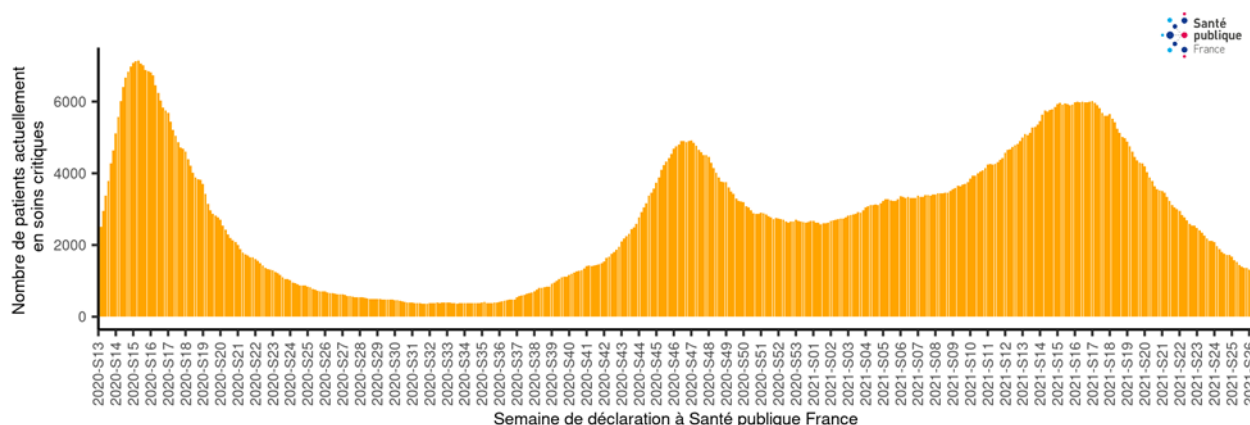
- **1 263 en services de soins critiques (vs 1 573 le 22 juin, soit -20%)** (Figure 13 et Tableau 3). Parmi ceux-ci, 949 étaient en services de réanimation et 314 dans d'autres services de soins critiques (soins intensifs ou soins continus) ;
- **3 219 en hospitalisation conventionnelle** (soit -15%) ;
- **3 857 en soins de suite et réadaptation** et 347 en autres unités de soins.

Figure 12. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 29 juin 2021)



Source : SI-VIC

Figure 13. Nombre de patients COVID-19 en services de soins critiques, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 29 juin 2021)



Source : SI-VIC

- Parmi les **477 208** patients ayant été hospitalisés depuis le 1^{er} mars 2020 (Tableau 3) :
 - l'âge médian des patients était de 72 ans et 52% étaient des hommes ;
 - **84 613** patients sont décédés : 73% étaient âgés de 75 ans et plus, et 58% étaient des hommes.

Tableau 3. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en services de soins critiques) le 29 juin 2021 et nombre de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

	Le 29 juin 2021				Depuis le 1 ^{er} mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Soins Critiques		Décès	
	N	%	N	%	N	%
Total	8 686		1 263		84 613	
Classes d'âge *						
Total	8 627		1 258		84 161	
0-14 ans	30	<1	5	<1	8	<1
15-44 ans	492	6	97	8	637	<1
45-64 ans	2 088	24	522	41	7 131	8
65-74 ans	2 247	26	477	38	14 811	18
75 et +	3 770	44	157	12	61 574	73
Régions *						
Total	8 627		1 250		84 584	
Métropole						
Auvergne-Rhône-Alpes	820	10	105	8	11 650	14
Bourgogne-Franche-Comté	383	4	36	3	4 832	6
Bretagne	327	4	25	2	1 651	2
Centre-Val de Loire	273	3	41	3	2 772	3
Corse	27	<1	3	<1	205	<1
Grand Est	658	8	90	7	10 198	12
Hauts-de-France	1 248	14	176	14	9 245	11
Île-de-France	2 012	23	366	29	20 527	24
Normandie	542	6	57	5	3 370	4
Nouvelle-Aquitaine	436	5	51	4	3 860	5
Occitanie	491	6	58	5	4 591	5
Pays de la Loire	187	2	26	2	2 728	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	841	10	124	10	8 037	10
Outre-mer						
La Réunion	147	2	32	3	244	<1
Martinique	18	<1	5	<1	98	<1
Mayotte	1	<1			131	<1
Guadeloupe	94	1	17	1	306	<1
Guyane	122	1	38	3	139	<1

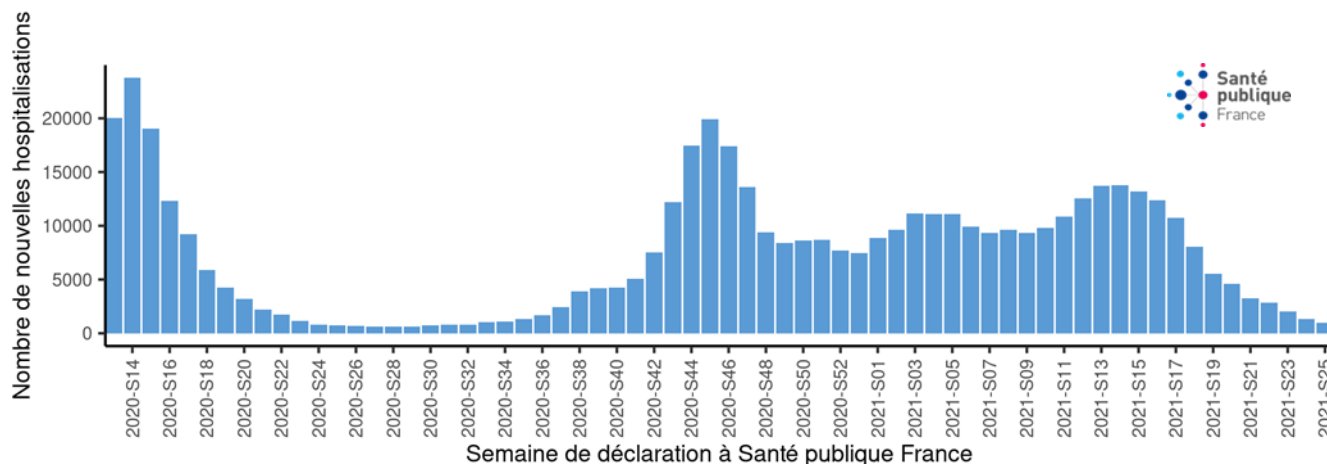
* L'information sur l'âge ou sur la région n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Source : SI-VIC

Nouvelles hospitalisations en services conventionnels et en soins critiques

● La **diminution du nombre de déclarations** de nouvelles hospitalisations, observée depuis S15, s'est poursuivie en S25 : **957** vs 1 337 en S24, soit **-28%** (Figure 14). En S25, 83% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

Figure 14. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 27 juin 2021)

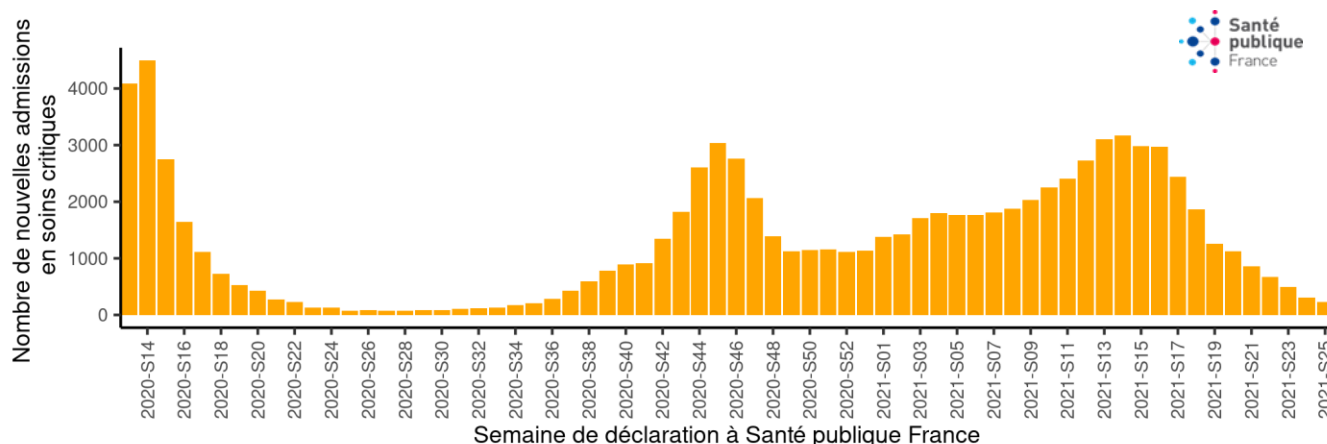


● En S25, le **taux hebdomadaire** d'hospitalisations par date de déclaration était de **1,4/100 000** habitants, contre **2,0** en S24.

● La **diminution du nombre de déclarations de nouvelles admissions en services de soins critiques** de patients COVID-19, observée depuis S15, s'est poursuivie en S25 : **226** contre **307** en S24, soit **-26%** (Figure 15). Parmi ces admissions :

- 92% des patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19 ;
- le nombre de nouvelles déclarations d'admission en services de réanimation était de 159 (vs 227 en S24, soit -30%).

Figure 15. 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 27 juin 2021)

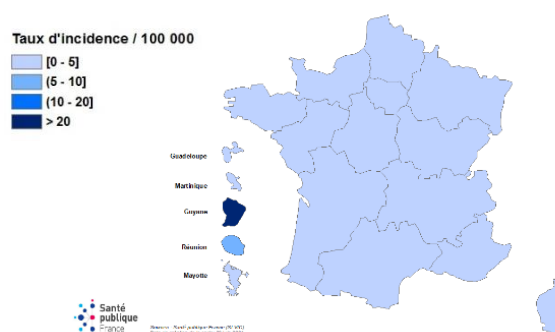


● En S25, le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques par date de déclaration était de **0,3 pour 100 000 habitants**, contre 0,5 en S24.

Données régionales

- En France métropolitaine, le taux hebdomadaire **d'hospitalisations** était stable ou en **diminution** en S25 dans toutes les régions.
- Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Île-de-France** (1,7 pour 100 000 habitants), en **Bourgogne-Franche-Comté** (1,5), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, dans les **Hauts-de-France** et en **Normandie** (1,4) (Figure 16).
- En **Outre-mer**, le **plus fort taux d'hospitalisations en S25** était observé en **Guyane** (30,3 pour 100 000 habitants, +8 hospitalisations par rapport à S24). Ce taux était stable ou en diminution dans les autres régions d'outre-mer.

Figure 16. Taux d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, en S25 (du 21 au 27 juin 2021), par date de déclaration, France



Source : SI-VIC

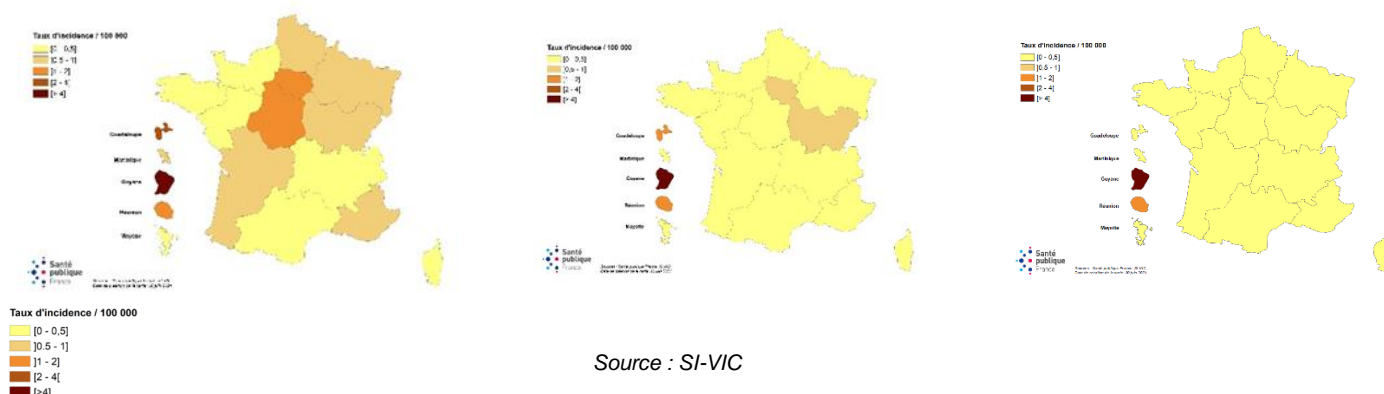
- En France métropolitaine, en S25, le taux hebdomadaire **d'admissions en services de soins critiques** était **stable** ou en **diminution dans toutes les régions**.
- En S25, les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de soins critiques** en métropole étaient rapportés dans les **Hauts-de-France** (0,5) et en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (0,5) (Figure 17).
- En **Outre-mer**, le **plus fort taux d'admissions en services de soins critiques** en S25 était observé en **Guyane** (5,5/100 000 habitants, -2 hospitalisations par rapport à S24). Il était en légère augmentation à La Réunion (1,9 vs 1,4 en S24). Les effectifs réduits dans les autres régions ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

Figure 17. Évolution du taux hebdomadaire d'admission en services de soins critiques de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 07 au 27 juin 2021 (S23 à S25), par date de déclaration, France

Du 07 au 13 juin (S23)

Du 14 au 20 juin (S24)

Du 21 au 27 juin (S25)



Source : SI-VIC

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

Les données de mortalité en ESMS pour la semaine 25 ne sont pas totalement consolidées. Cependant, selon les tendances des dernières semaines, le nombre de décès en ESMS restait stable à des niveaux faibles et la consolidation ne concerne que des variations à la marge du nombre hebdomadaire de décès.

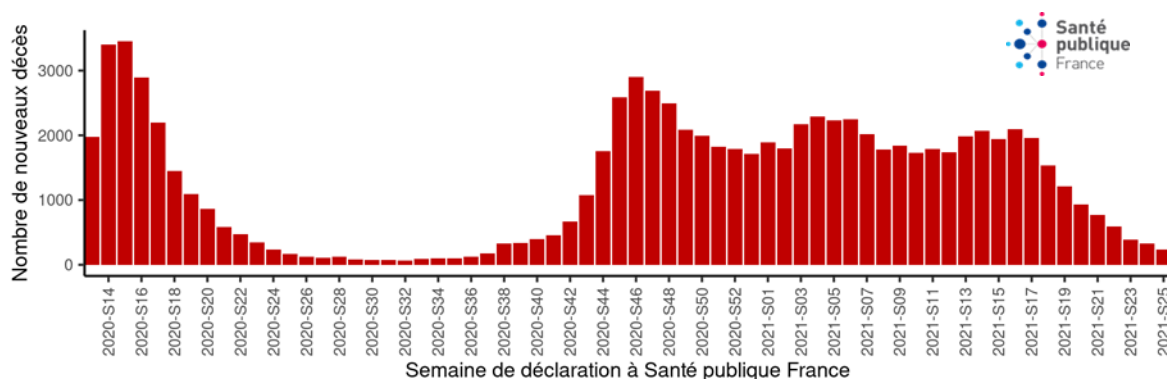
- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 29 juin 2021, **111 086 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France, dont **84 613** survenus au cours d'une hospitalisation et **26 473** en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 27 juin 2021).

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

- Au niveau national, **le nombre hebdomadaire de décès était en diminution en semaine 25**, avec **234** décès, contre **340** en S24 (-31%).

- Le nombre de décès au cours d'une **hospitalisation** était en diminution (**232** en S25 vs 326 en S24, soit -29%, Figure 18). En S25, 91% des patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.
- Le nombre de décès survenus en **ESMS** restait à un niveau faible (**2** décès signalés en S25).

Figure 18. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 27 juin 2021)

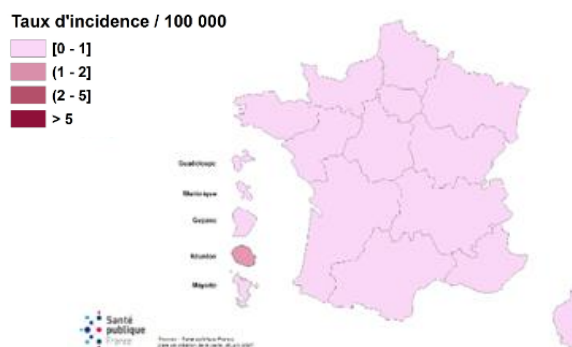


- À l'échelle nationale, le taux hebdomadaire de décès était de 0,4 pour 100 000 habitants en S25 (vs 0,5 en S24).

- En S25, le taux hebdomadaire de décès était stable ou en diminution dans toutes les régions.

- En S25, en France métropolitaine, les plus forts taux de décès par région rapportés à la population étaient observés en Normandie (0,5/100 000 habitants), en Île-de-France (0,4), et dans le Grand Est (0,4). En Outre-mer, le plus fort taux de décès était enregistré à La Réunion (1,0) (Figure 19).

Figure 19. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 07 juin au 27 juin 2021 (S23 à S25), par région, France



Sources : SI-VIC et ESMS

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

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

ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

Le suivi des personnes-contacts des cas de SARS-CoV-2 est assuré par les équipes de l'Assurance maladie. Il vise à : 1- limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas ; 2- détecter et briser les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes-contacts à risque et leur isolement ; 3- repérer d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle. Depuis le 26 avril 2021, les enfants faisant partie d'une classe fermée en raison du SARS-CoV-2 ne sont plus saisis en tant que personnes-contacts à risque dans ContactCovid si le contact à risque a eu lieu au sein de la classe.

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

• En semaine 25, la **diminution du nombre de cas et de personnes-contacts** enregistrés dans ContactCovid se poursuit (respectivement -24% et -21%) mais de façon moins marquée que la semaine précédente (respectivement -40% et -36%). Le nombre de cas mentionnant un rassemblement ou un événement en lien avec l'activité professionnelle, une réunion privée, ou ayant fréquenté un transport en commun était en augmentation (Tableau 4). La proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts poursuivait sa diminution, ainsi que la proportion des personnes-contacts ensuite identifiées comme des cas. Une proportion croissante des cas rapportait un voyage récent hors de leur région de résidence ou à l'étranger.

Tableau 4. Indicateurs épidémiologiques du suivi des activités de traçage de la semaine 25 (du 21 au 27 juin 2021) et de la semaine 24 (du 14 au 20 juin 2021), France

Indicateurs ContactCovid	Semaine 25	Semaine 24	Tendance
Cas et personnes-contacts à risque			
Nombre de cas	12 411	16 227	↘ (-24%)
• Proportion de cas investigués	92%	96%	→
• Âge moyen des cas	35 ans	35 ans	→
Nombre de personnes-contacts à risque	32 110	40 834	↘ (-21%)
• Proportion de personnes-contacts investiguées	95%	99%	→
• Âge moyen des personnes-contacts	30 ans	29 ans	→
Milieus fréquentés par les cas durant la période de contagiosité			
Nombre de cas liés au milieu scolaire	809	1 211	↘ (-33%)
• % des cas de 18 ans et plus	13,5%	12,8%	↗
Nombre de cas mentionnant un rassemblement en lien avec l'activité professionnelle	374	356	↗ (+5%)
Nombre de cas mentionnant une réunion privée	143	121	↗ (+18%)
Nombre de cas ayant fréquenté un transport en commun	141	97	↗ (+45%)
Nombre de cas mentionnant le milieu sportif	119	175	↘ (-32%)
Nombre de cas mentionnant un bar	31	20	↗ (+55%)
Délais			
Délai moyen entre date de début des signes et prélèvement diagnostique (50% des cas)	2,3 jours	2,4 jours	→
Nombre de personnes-contacts par cas			
Nombre moyen de contacts par cas	2,5	2,5	→
% de cas ne rapportant aucun contact à risque	37,0%	37,7%	→
% de cas rapportant plus de 5 personnes-contacts à risque	11,2%	11,4%	→
Chaînes de transmission			
Proportion de nouveaux cas connus auparavant comme personnes-contacts à risque	21,8%	23,5%	↘
Proportion de personnes-contacts à risque identifiées en semaine n-1 devenues des cas	6,4%	7,3%	↘
• si cas index symptomatique	8,4%	9,0%	↘
• si cas index asymptomatique	3,6%	4,6%	↘
• si cas index domiciliaire	10,3%	11,3%	↘
• si cas index extra-domiciliaire	3,8%	4,2%	↘
Mobilité des cas			
Proportion de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence	3,9%	3,4%	↗
Proportion de cas ayant voyagé dans un autre pays	5,2%	3,1%	↗

Note. La base de données ContactCovid est une base dynamique dont les informations relatives aux cas ou aux personnes-contacts peuvent évoluer d'une semaine sur l'autre pour une même personne en raison des investigations épidémiologiques. Ainsi, les résultats du tableau pour la semaine n-1 peuvent différer de ceux présentés dans le point épidémiologique de la semaine précédente.

Source : ContactCovid-Cnam

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Les personnes concernées par cette vaccination sont les suivantes : l'ensemble des personnes de 12 ans et plus (la vaccination n'est pas recommandée pour les adolescents ayant développé un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) à la suite d'une infection à la Covid-19, selon l'avis du 11 juin 2021 du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale), les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre de la grossesse, les professionnels du secteur de la santé (voir [liste](#)), les professionnels, de tout âge, considérés comme plus exposés (voir [liste](#)).

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

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

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

Les méthodologies d'estimation des couvertures vaccinales sont décrites dans une [note disponible](#) sur le site de Santé publique France.

► Couverture vaccinale

Population générale

- Le 29 juin 2021, **33 740 554 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** en France et **22 303 302 sont complètement vaccinées** (données par date d'injection).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, **50,3% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** et **33,2% est complètement vaccinée** (Tableau 5).

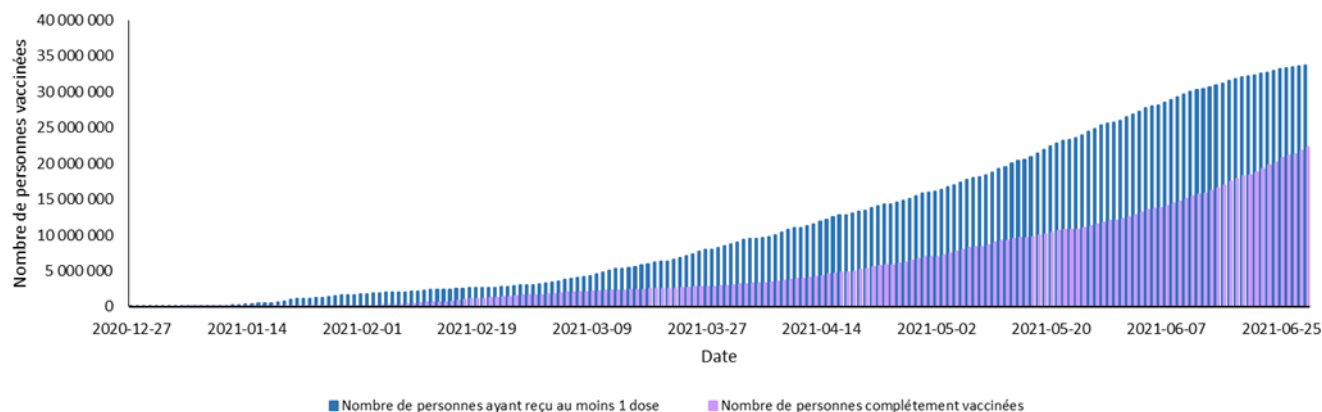
L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la population adulte (âgée de 18 ans ou plus) est de 62,7% pour au moins une dose et de 42,3% pour une vaccination complète.

Tableau 5. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 29 juin 2021, par région, France

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Vaccination complète (N)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	4 008 577	49,9	2 705 720	33,7
Bourgogne-Franche-Comté	1 429 779	51,4	963 258	34,6
Bretagne	1 882 311	56,4	1 153 168	34,5
Centre-Val de Loire	1 341 647	52,4	841 060	32,9
Corse	163 497	47,4	139 771	40,6
Grand Est	2 836 693	51,5	1 904 074	34,5
Hauts-de-France	2 998 079	50,3	1 985 808	33,3
Ile-de-France	6 009 853	48,9	3 848 978	31,3
Normandie	1 829 135	55,4	1 162 495	35,2
Nouvelle-Aquitaine	3 319 926	55,3	2 164 764	36,1
Occitanie	2 997 630	50,6	2 053 447	34,7
Pays de la Loire	2 036 281	53,6	1 247 980	32,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 423 481	47,9	1 789 366	35,4
France métropolitaine	33 276 889	51,3	21 959 889	33,8
Guadeloupe	59 637	15,8	41 868	11,1
Guyane	48 544	16,7	36 074	12,4
La Réunion	237 152	27,6	178 608	20,8
Martinique	56 173	15,7	45 178	12,6
Mayotte	46 915	16,8	31 620	11,3
Saint-Barthélemy	5 210	52,3	4 375	43,9
Saint-Martin	8 524	24,1	5 517	15,6
Non précisé	1 510	non applicable	173	non applicable
France entière	33 740 554	50,3	22 303 302	33,2

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

Figure 20. Nombres cumulés de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19, par jour de vaccination, France (donnée du 27 décembre 2020 au 29 juin 2021)



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

• Les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées **chez les personnes les plus âgées** (Tableau 6) du fait du ciblage prioritaire dont elles font l'objet dans la campagne de vaccination, selon la recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS). Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 83,0% (vaccination complète : 75,9%). S'agissant des personnes âgées de 75 à 79 ans, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 89,8% (vaccination complète : 82,9%). Pour les 80 ans et plus, elle s'élève à 79,3% (vaccination complète : 72,2%) et évolue peu par rapport aux semaines précédentes. **Cette faible progression chez les personnes les plus âgées invite au renforcement des actions pour aller vers ces personnes, notamment au travers de la vaccination à domicile.**

Il convient de noter, alors que la vaccination est désormais proposée à l'ensemble des personnes de 12 ans et plus, que la couverture vaccinale chez les **adolescents âgés de 12 à 17 ans est de 12,4% pour la première dose.**

Tableau 6. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 29 juin 2021, par classe d'âge, France

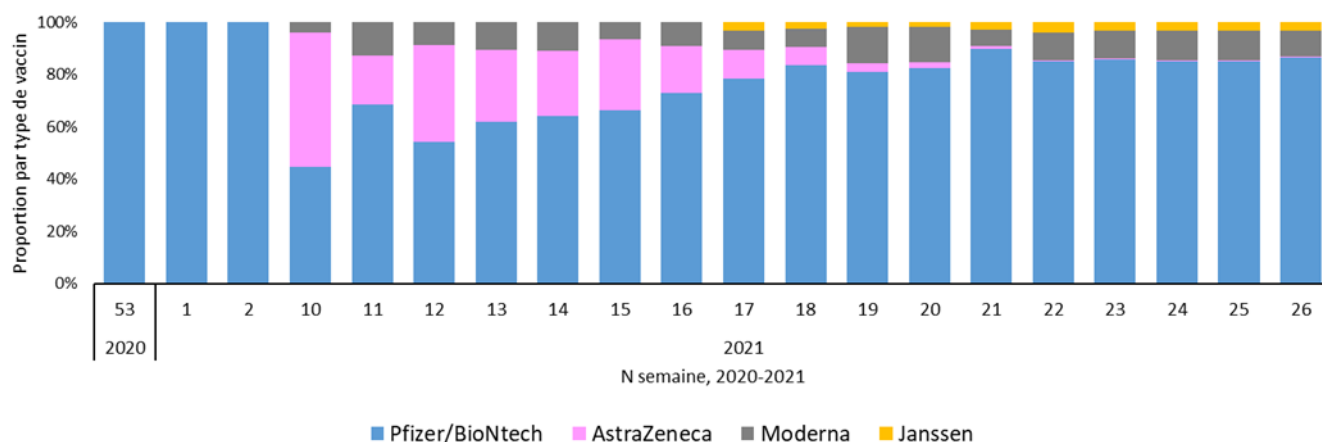
Classes d'âge	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Vaccination complète (N)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
12-17	620 188	12,4	57 151	1,1
18-24	2 286 798	42,2	786 545	14,5
25-29	1 599 759	43,0	651 684	17,5
30-39	3 780 598	45,6	1 707 111	20,6
40-49	4 843 269	56,4	2 474 647	28,8
50-59	6 029 385	68,6	4 025 838	45,8
60-64	3 112 018	75,9	2 470 140	60,2
65-69	3 080 524	78,9	2 541 843	65,1
70-74	3 094 047	89,0	2 746 145	79,0
75-79	1 990 632	89,8	1 837 616	82,9
80 ans et +	3 298 180	79,3	3 003 587	72,2
Inconnu*	5 156	non applicable	995	non applicable
France	33 740 554	50,3	22 303 302	33,2

* Inconnu et incluant les personnes vaccinées et mentionnées comme âgées de moins de 12 ans.

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

- Les couvertures vaccinales pour au moins une dose sont de 48,4% pour les hommes et de 51,7% pour les femmes.
- La majorité des personnes vaccinées l'ont été avec le vaccin Pfizer/BioNTech (Figure 21).

Figure 21. Proportion de personnes vaccinées pour la première dose en France, par type de vaccin (données du 27 décembre 2020 au 29 juin 2021)



Populations spécifiques

Les couvertures vaccinales chez les résidents en Ehpad ou USLD, professionnels exerçant en Ehpad ou USLD et professionnels de santé libéraux sont estimées à partir des données disponibles dans vaccin Covid. Les méthodologies d'estimation des couvertures vaccinales sont décrites dans une [note disponible](#) sur le site de Santé publique France.

Au 29 juin 2021 (données transmises le 30 juin), les couvertures vaccinales nationales contre la COVID-19 dans ces populations sont rapportées dans le tableau 7.

Tableau 7. Couvertures vaccinales des résidents en Ehpad ou USLD, professionnels en Ehpad ou USLD, professionnels de santé ayant reçu au moins une dose et complètement vaccinés contre la COVID-19 en France, (données du 29 juin 2021)

Populations	Couverture vaccinale une dose (%)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
Résidents en Ehpad ou USLD	88,5	82,4
Professionnels en Ehpad ou USLD	59,0	46,9
Professionnels de santé libéraux	79,7	73,4

Les données régionales sont disponibles sous [Géodes](#) (dossier COVID : Vaccination) ainsi que sur data.gouv.fr

Des estimations de couvertures vaccinales chez les professionnels exerçant en établissements de santé et des données complémentaires chez les professionnels de santé libéraux ont été publiés dans le [Point épidémiologique n° 68 du 17 juin 2021](#).

► Estimation de l'efficacité de la vaccination pour la prévention des formes symptomatiques de COVID-19 confirmées biologiquement chez les personnes de 50 ans et plus

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Depuis cette date, quatre vaccins ont obtenu une « autorisation de mise sur le marché conditionnelle » par l'Agence européenne du médicament. Le développement accéléré de ces vaccins et leur utilisation très récente et à très large échelle en population justifient le besoin de générer en vie réelle des estimations d'efficacité.

L'efficacité d'un vaccin est estimée sur la base du croisement entre le statut vaccinal (vacciné ou non) et le statut infectieux vis-à-vis de la maladie (infecté ou non). Pour la COVID-19, ces informations sont disponibles pour l'ensemble de la population française dans deux bases de données : SI-DEP (statut infectieux) et VACCIN-COVID (statut vaccinal). Nous avons évalué l'efficacité de la vaccination sur les formes symptomatiques de l'infection au SARS-CoV-2 de l'adulte âgé de 50 ans et plus, par la méthode « test negative design ». Nous avons comparé la probabilité d'avoir été vacciné parmi les cas de COVID-19 confirmés biologiquement (cas) et parmi les personnes testées négatives pour le SARS-CoV-2 (témoins) entre le 18 janvier et le 23 mai 2021. Nous avons sélectionné jusqu'à cinq témoins pour chaque cas en les appariant sur la tranche d'âge, le sexe, le département et la semaine de réalisation du test pour tenir compte de la variabilité dans le temps et l'espace de la circulation du virus au cours de la période d'étude. L'analyse a été conduite par régression logistique conditionnelle et a inclus comme variables d'ajustement l'âge, l'indice de défavorisation sociale Fdep, le fait d'être un professionnel de santé et le type de résidence (à domicile, en institution...). L'efficacité de la première dose a été estimée entre 15 jours après la première dose et la deuxième dose. L'efficacité de la série vaccinale complète a été estimée à partir de 15 jours après la première dose et, pour les vaccins nécessitant deux doses, huit jours après la seconde dose.

• Les analyses ont porté sur 225 162 cas et 618 317 témoins. L'efficacité de la vaccination sur la prévention des formes symptomatiques de COVID-19 à l'issue de la série vaccinale complète s'élève, chez les personnes âgées de 50 ans et plus, à 84,2% tous vaccins confondus (Tableau 8).

Tableau 8. Efficacité vaccinale de la première dose et de la série vaccinale complète sur les formes symptomatiques de COVID-19 chez les personnes âgées de 50 ans et plus

	Efficacité vaccinale (%)	Intervalle de confiance à 95%
1 ^{re} dose	45,7	[43,8 - 47,4]
Vaccination complète	84,2	[83,1 - 85,3]

● L'efficacité estimée après une seule dose de vaccin pour ceux en nécessitant deux paraît supérieure, chez les personnes âgées entre 50 et 74 ans (50,4%), à celle estimée chez les personnes âgées de 75 ans et plus (28,5%). L'efficacité après une série vaccinale complète varie peu en fonction de l'âge : 86,1% chez les 50-74 ans et 81,8% chez les 75 ans et plus (Tableau 9).

Tableau 9. Efficacité vaccinale de la première dose et de la série vaccinale complète sur les formes symptomatiques de COVID-19 : a) chez les personnes âgées de 50 à 74 ans ; b) chez les personnes âgées de 75 ans et plus

a. personnes âgées de 50 à 74 ans

	Efficacité vaccinale (%)	Intervalle de confiance à 95%
1 ^{re} dose	50,4	[48,5 - 52,4]
Vaccination complète	86,1	[84,7 - 87,4]

b. personnes âgées de 75 ans et plus

	Efficacité vaccinale (%)	Intervalle de confiance à 95%
1 ^{re} dose	28,5	[23,8 - 33,0]
Vaccination complète	81,8	[80,1 - 83,4]

● Le tableau 10 présente les estimations d'efficacité selon le nombre de doses et le variant identifié chez les cas (Alpha (V1) vs Beta (V2)/Gamma (V3)). Cette analyse a porté sur 170 287 cas et 835 428 témoins. Ces résultats confirment, tous vaccins confondus, une meilleure efficacité contre le variant Alpha en comparaison avec les variants Beta et Gamma, quel que soit le nombre de doses.

Tableau 10. Efficacité des vaccins sur les formes symptomatiques de COVID-19 en fonction du nombre de doses administrées et du variant chez les personnes de 50 ans et plus

Variant	Nombre de doses	Efficacité vaccinale (%)	Intervalle de confiance à 95%
Alpha	1 ^{re} dose	48,8	[47,0 - 50,5]
	Vaccination complète	85,1	[84,0 - 86,2]
Beta/Gamma	1 ^{re} dose	33,0	[23,2 - 41,4]
	Vaccination complète	66,9	[58,8 - 73,3]

Ces résultats montrent une efficacité élevée de la vaccination sur la prévention des formes symptomatiques de la COVID-19 à l'issue de la série vaccinale complète pour l'ensemble des personnes âgées de 50 ans et plus. Une certaine efficacité a été mise en évidence dès la première dose ; elle semble moins élevée chez les personnes les plus âgées. Ces estimations apparaissent conformes aux données précédemment publiées.

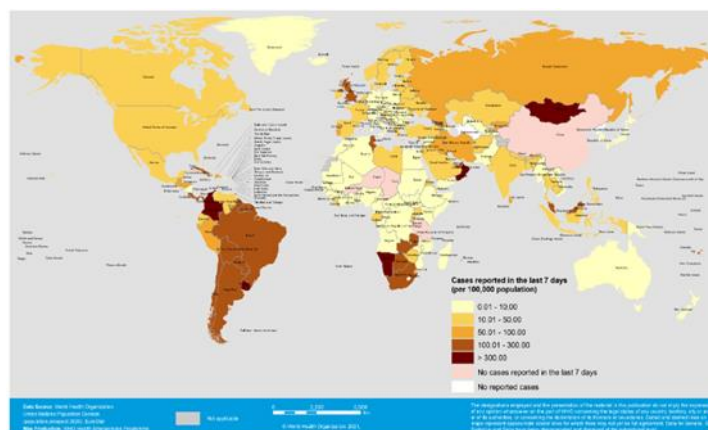
SITUATION INTERNATIONALE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **181 176 715 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés dans le monde – **et 3 930 496 décès** – au 29 juin 2021. En semaine 25 (du 21 au 27 juin 2021), plus de **2,6 millions** de nouveaux cas et **57 603** décès ont été signalés, ce qui constitue respectivement une hausse de +2% et une baisse de -10% par rapport à la semaine précédente.

► Foyers majeurs

- En semaine 25, les foyers majeurs de l'épidémie se situaient dans les zones **Amériques** (1 139 518 cas et 30 120 décès rapportés) et **Asie du Sud-Est** (573 244 cas et 13 107 décès). Ces régions étaient à l'origine, respectivement, de 44% et 22% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 52% et 23% des nouveaux décès en semaine 25 (Figure 22 et Tableau 11).
- Les pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas pour 100 000 habitants en S25 étaient : les Seychelles (708 nouveaux cas pour 100 000 habitants), la Namibie (509/100 000 habitants), et la Mongolie (491/100 000 habitants).

Figure 22. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants en semaine 25 (du 21 au 27 juin 2021)



Source : OMS

► Tendances

- En semaine 25, les nombres de nouveaux cas étaient en augmentation en Afrique, Méditerranée orientale et Europe de respectivement 34%, 13% et 10%.

Tableau 11. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 25 (du 21 au 27 juin 2021)

	Cas		Décès	
	Nombre	Évolution	Nombre	Évolution
Afrique	+177 367	+34% ↗	+2 724	+42% ↗
Amériques	+1 139 518	-1% ➡	+30 120	-2% ➡
Asie du Sud-Est	+573 244	-5% ↘	+13 107	-33% ↘
Europe	+372 448	+10% ↗	+6 435	-1% ➡
Méditerranée orientale	+221 169	+13% ↗	+3 411	0% ➡
Pacifique occidentale	+116 567	-6% ↘	+1 806	-13% ↘

↘ Diminution ≥ 5% ; ↗ Augmentation ≥ 5% ; ➡ Évolution ≤ 5%

Source : OMS

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

Pour en savoir + sur la situation internationale :

Dans le monde : OMS - [Weekly Epidemiological Update](#) - **En Europe** : ECDC - [Weekly Surveillance Report](#)

SOURCES DES DONNÉES

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

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

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

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

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

EMERGEN : consortium coordonné par Santé publique France et l'ANRS | Maladies infectieuses émergentes pour le séquençage et la surveillance génomique du SARS-CoV-2 (depuis janvier 2021).

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

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

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

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

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

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

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

Enquête CoviPrev : [enquêtes Internet](#) par vagues répétées auprès d'échantillons 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).

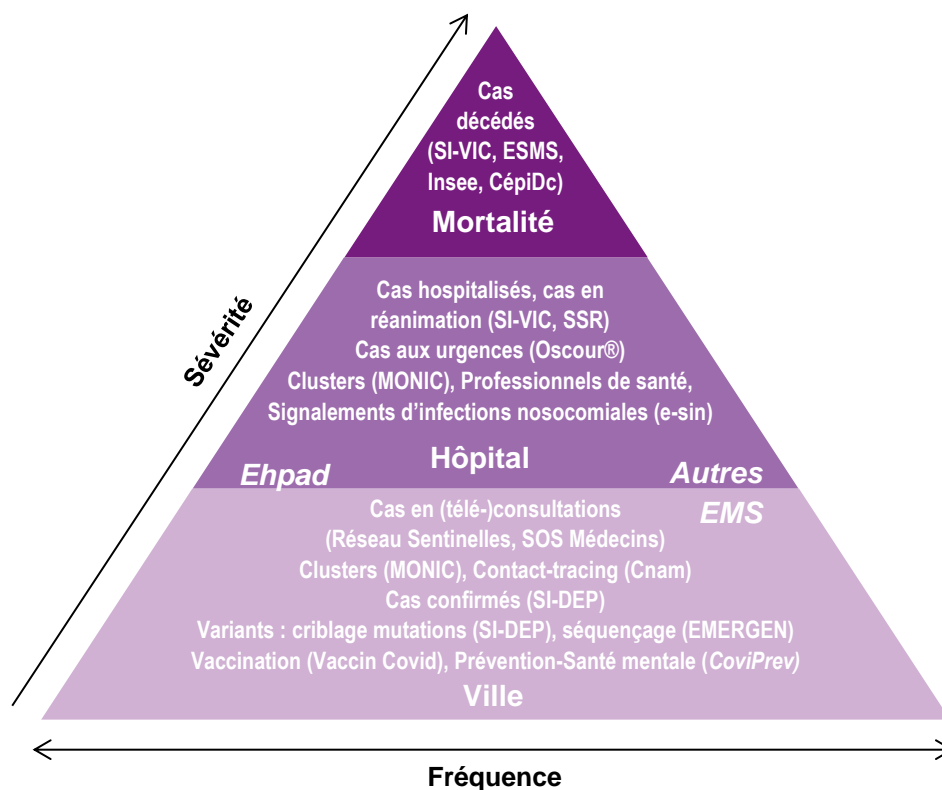
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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, Nicolas Méthy, Nelly Fournet, Sandrine Hagège, Didier Che

Systèmes de surveillance : Lélia Abad, Pauline Adam, Anne-Sophie Barret, Jonathan Bastard, Sybille Bernard-Stoeklin, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Bruno Coignard, Jean-Claude Desenclos, Julien Durand, Myriam Fayad, Adeline Feri, Julie Figoni, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Lucie Fournier, Léa Franconeri, Amélie Gabet, Katia Hamdad, Éline Hassan, Marion Hulin, Sophie Larrieu, Yann Le Strat, Daniel Levy-Bruhl, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Anna Maisa, Frédéric Moisan, Stéphanie Monnier-Besnard, Michael Padget, Juliette Paireau, Camille Pelat, Alessandro Pini, Élisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Candice Roudier, Claire Sauvage, Cécile Sommen, Benjamin Taisne, Marie-Michèle Thiam, Sophie Vaux

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

Contact presse

Vanessa Lemoine

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

Diffusion

Santé publique France

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

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

Date de publication

1^{er} juillet 2021

Citer ce document

COVID-19. Point épidémiologique hebdomadaire. N°70, 1^{er} juillet 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 34 p.

ISSN : 2781-2391