

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 24 février 2021.**

► Points clés

En semaine 07, situation préoccupante en raison d'une hausse du nombre de nouveaux cas, témoignant d'une augmentation de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé, avec une tension hospitalière forte, dans un contexte de diffusion croissante de variants plus transmissibles et qui deviennent prédominants en métropole

- Reprise de l'augmentation du nombre de nouveaux cas
- Amélioration des indicateurs chez les personnes âgées de 75 ans et plus, reflet probable de la vaccination
- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée
- Métropole :
 - Régions les plus touchées : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Hauts-de-France et Île-de-France
 - Très fortes hétérogénéités départementales
- Outre-mer : taux d'incidence toujours très élevé à Mayotte

Variants

- Augmentation de la proportion de suspicion de variants d'intérêt par RT-PCR de criblage :
 - Suspicion de variant 20I/501Y.V1 : 49% (supérieure à 50% dans 33 départements métropolitains)
 - Suspicion de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 : 6% (supérieure à 10% dans 11 départements métropolitains)

Prévention

- Vaccination :
 - 2 656 447 personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin
 - Couverture vaccinale des résidents des EHPAD ou USLD de 80% pour la première dose
- Résultats de l'enquête CoviPrev du 15 au 17 février :
 - Légère diminution du respect des mesures d'hygiène et difficultés du respect de la distanciation à 2 mètres
 - Augmentation de l'intention de se faire vacciner
 - Nouvelle augmentation des états dépressifs et anxieux déclarés

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 07 (du 15 au 21 février 2021)

	S07	S06*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	138 771	128 662	+8%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	6,6%	6,0	+0,6 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 636	2 824	-7%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	6 746	6 706	+0,6%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	9 362	9 921	-6%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 807	1 763	+2%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres ESMS)	2 196	2 739	Non consolidée

* Données consolidées

Indicateur cumulé du 1^{er} mars 2020 au 23 février 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres ESMS)	85 070
--	--------



► Point de situation en semaine 07 (du 15 au 21 février 2021)

En semaine 07 (du 15 au 21 février 2021), les taux d'incidence et de positivité étaient à nouveau en hausse après deux semaines de diminution. Les indicateurs se maintiennent à un niveau très élevé, témoignant de l'intensité de la circulation du SARS-CoV-2 sur le territoire. Les variants, plus transmissibles, continuent de progresser à un rythme soutenu et deviennent prédominants. Conformément aux résultats de certains travaux de modélisation, la tension sur le système hospitalier risque de s'aggraver du fait de la hausse récente des infections dans la communauté qui se traduira d'ici quelques jours par une accentuation des nouvelles hospitalisations déjà à un niveau très élevé. La situation est cependant hétérogène selon les régions et au sein de celles-ci, selon les départements, voire collectivités territoriales. Les mesures supplémentaires nécessaires au contrôle de l'épidémie dans les semaines à venir doivent donc être adaptées au niveau départemental et territorial. Elles incluent le renforcement de la vaccination dans les territoires les plus touchés. Ses premiers effets se dessinent avec une diminution des indicateurs épidémiologiques chez les plus de 75 ans et les résidents en EHPAD, alors que la couverture vaccinale atteint le 23 février 80% (pour la première dose) chez ces derniers. À cette date, 4% de la population française avait reçu une première injection de vaccin.

Au niveau national, en semaine 07, 2 119 281 personnes ont été testées et **138 771** ont été confirmées positives au SARS-CoV-2, soit **19 824 cas confirmés en moyenne chaque jour**.

L'analyse des résultats des tests de criblage des variants d'intérêt disponibles collectés *via* SI-DEP montrait une augmentation progressive de la proportion de suspicion de variants d'intérêts parmi les tests criblés, qui atteint **49% pour 20I/501Y.V1 (UK) et 6% pour 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)**. Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec de fortes disparités départementales. Les plus fortes proportions de variants sont retrouvées chez les 0-19 ans. Les données de séquençage montrent que la présence du variant 20J/501Y.V3 (BR) reste très minoritaire à l'heure actuelle.

En semaine 07, la proportion de **nouveaux cas** précédemment **identifiés comme contacts par le dispositif de contact-tracing** était toujours en légère augmentation. Dans le contexte de la diffusion de variants plus transmissibles, tous les efforts en cours pour réduire le risque de transmission en identifiant et cassant les chaînes de transmission doivent être activement promus.

Les indicateurs de médecine ambulatoire étaient stables ou en diminution, de même que le recours aux urgences. Malgré une **diminution des hospitalisations** en semaine 07, le nombre de patients COVID-19 hospitalisés restait très important, avec 25 705 personnes hospitalisées au 23 février, dont 3 445 en réanimation. **Ce niveau très élevé du nombre d'hospitalisations, notamment en réanimation, reste très préoccupant au regard de la tension du système de soins depuis plusieurs semaines**, avec des situations régionales hétérogènes.

Le **nombre hebdomadaire de décès** liés à la COVID-19 survenus à l'hôpital et dans les établissements sociaux et médico-sociaux **était à nouveau en légère diminution en semaine 06**, mais restait élevé.

En semaine 07, **les personnes de 75 ans et plus** restaient fortement touchées par le SARS-CoV-2. On observe cependant une **amélioration de la majorité des indicateurs épidémiologiques depuis S06 dans cette classe d'âge** (diminutions de l'incidence, de la proportion de personnes hospitalisées par rapport aux autres classes d'âge et du nombre de cas en EHPAD) qui témoigne vraisemblablement d'un effet de l'augmentation progressive de la couverture vaccinale dans cette population.

Le maintien de **l'adoption systématique des mesures barrières** observé en février 2021 reste indispensable dans le contexte actuel, alors que la dernière vague de l'enquête CoviPrev montre une diminution du respect des mesures d'hygiène et une difficulté de respect de la distanciation à 2 mètres.

La **santé mentale des Français reste dégradée** en février 2021 avec une nouvelle augmentation des états anxieux et dépressifs à 23%.

Enfin, il reste également essentiel que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. L'utilisation des outils numériques (TousAntiCovid) est recommandée pour renforcer les mesures de suivi des contacts et d'isolement rapide.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
SURVEILLANCE GENOMIQUE DU SARS-CoV-2	16
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	18
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	26
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	29
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	30
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	32
SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES.....	39
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	41
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	47
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE	52
SITUATION INTERNATIONALE.....	57
VARIANTS D'INTÉRÊT DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL.....	60
SYNTHÈSE	64
SOURCES DES DONNÉES	69

Sont désormais présentées une fois par mois les données de :

- **Surveillance des professionnels en établissements de santé**, consultables dans [le PE du 11 février](#)
- **Signalement d'infections à SARS-CoV-2 nosocomiales**, consultables dans [le PE du 18 février](#)

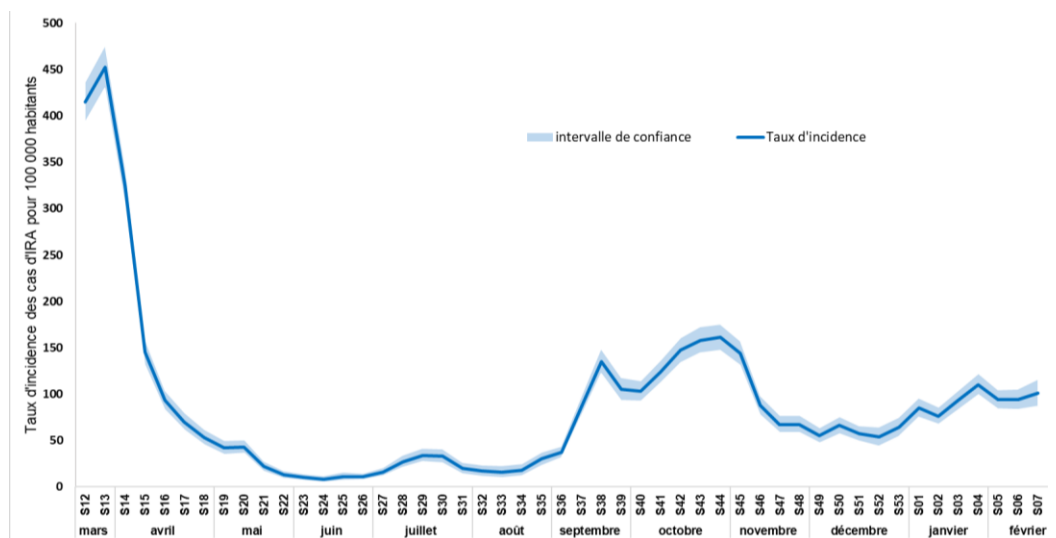
SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

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

- En semaine 07 (du 15 au 21 février 2021), **le taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 101/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [87-115]) en France métropolitaine ; il est comparable à celui de la semaine 06 : 94/100 000 habitants (IC95% : [83-105]) (Figure 1).
- Sur les 32 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, deux se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2, trois étaient positifs pour un virus respiratoire syncytial (VRS), deux pour un métapneumovirus et un pour un rhinovirus. Aucun virus grippal n'a été détecté.
- Depuis la semaine 37-2020, sur les 822 prélèvements effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés sur prélèvement nasopharyngé, 277 (34%) étaient positifs pour un rhinovirus, 127 (15%) pour le SARS-CoV-2, 23 (3%) pour un métapneumovirus et 14 (2%) pour un VRS. Deux prélèvements se sont avérés positifs pour un virus grippal de type B/Victoria en semaine 49-2020 et en semaine 02-2021.

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



Semaine 07 : données non consolidées
Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

• Depuis le 03 mars 2020, **182 855 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 22 février 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

• **En semaine 07** (du 15 au 21 février 2021), **2 636 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur la période. Ce nombre était **en baisse** par rapport à la semaine précédente (2 824 actes en S06 soit -7%).

• Cette baisse était observée dans toutes les classes d'âge à l'exception des 45-64 ans (+13% soit +58 actes) et 65-74 ans (+24%, soit +30 actes) : 0-4 ans (-36%), 5-14 ans (-31%), 15-44 ans (-5%), 75 ans et plus (-12%). La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge**, comparée à la semaine précédente, était en baisse chez les 0-4 ans (4%) et les 5-14 ans (9%), stable chez les 15-44 ans (55%) et les 75 ans et plus (6%), en hausse chez les 45-64 ans (20%) et les 65-74 ans (6%) (Figure 2).

• Au niveau régional, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était en hausse dans les Hauts-de-France (+21% soit +67 actes), Bretagne (+18% soit +15 actes) et Bourgogne-Franche-Comté (+18% soit +12 actes), et stable ou en baisse dans les autres régions.

• La majorité des actes a été enregistrée en Île-de-France (19%), Hauts-de-France (15%), Auvergne Provence-Alpes-Côte d'Azur (14%), Rhône-Alpes (11%), Nouvelle-Aquitaine (8%) et Grand Est (9%).

• La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était en baisse à 3,8% (vs 4,2% en S06) (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

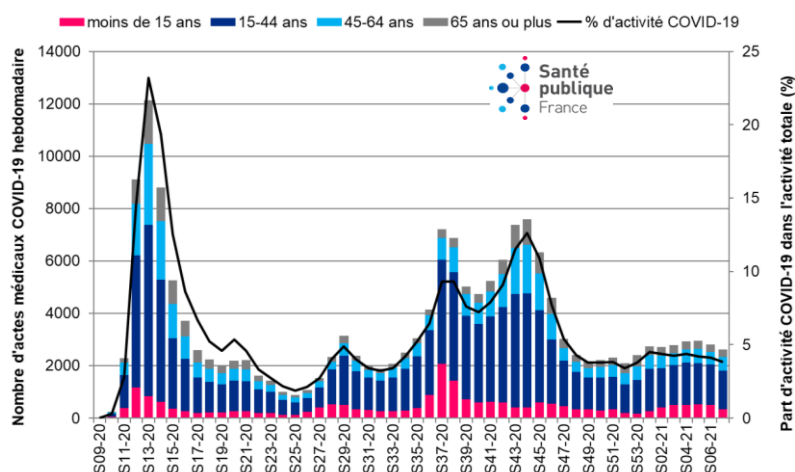
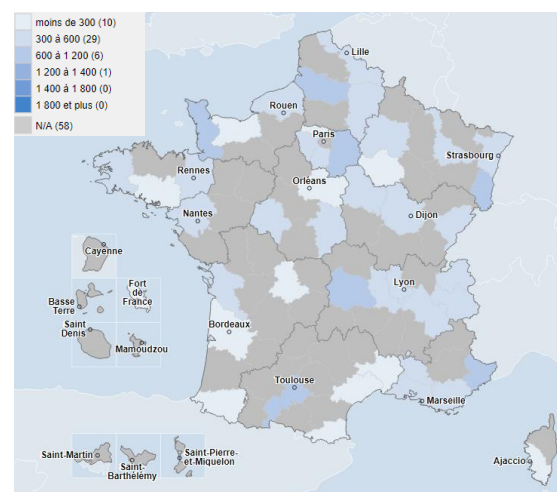


Figure 3. Taux hebdomadaire d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes médicaux SOS Médecins, par département, semaine 07-2021, France



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

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

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

Du 21 janvier au 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France. Entre le 26 mars et le 12 mai 2020, 115 010 cas confirmés ont été rapportés (cas incidents hospitaliers et cas positifs en laboratoire) par les remontées des données de laboratoires de biologie médicale (source 3 Labo) et des patients hospitalisés pour COVID-19 (source SI-VIC). Pendant cette période, toutes les personnes présentant des signes de COVID-19 n'ont pas systématiquement bénéficié d'un test biologique pour confirmer une infection (recommandations ministérielles du 13 mars 2020). Le nombre réel de cas de COVID-19 en France était donc supérieur au nombre de cas confirmés pendant cette période.

Depuis le 13 mai 2020, la surveillance repose sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), dont la montée en charge a été progressive. SI-DEP 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 RT-PCR, les tests antigéniques réalisés en laboratoire (TDR, depuis le 17 octobre) ainsi que ceux réalisés hors laboratoire (TROD, depuis le 16 novembre). Du fait de l'intégration incomplète des TA TROD dans la base SI-DEP lors de l'introduction de ces tests, le décompte des cas confirmés a pris en compte les cas de COVID-19 confirmés par TA et transmis par l'Assurance maladie par la base ContactCovid (soit 41 291 cas jusqu'au 19 novembre 2020). Les tests RT-LAMP sont ici assimilés à des tests RT-PCR.

Lorsque le code postal de la personne testée est disponible, les données sont attribuées au département et région de résidence ; lorsqu'il ne l'est pas, les données ne sont prises en compte que pour les analyses nationales (région et département non disponibles).

Les données intégrées dans le système SI-DEP permettent théoriquement d'estimer le nombre réel de cas de COVID-19 en France. Ce nombre peut cependant être sous-estimé du fait de l'absence de recours au test de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

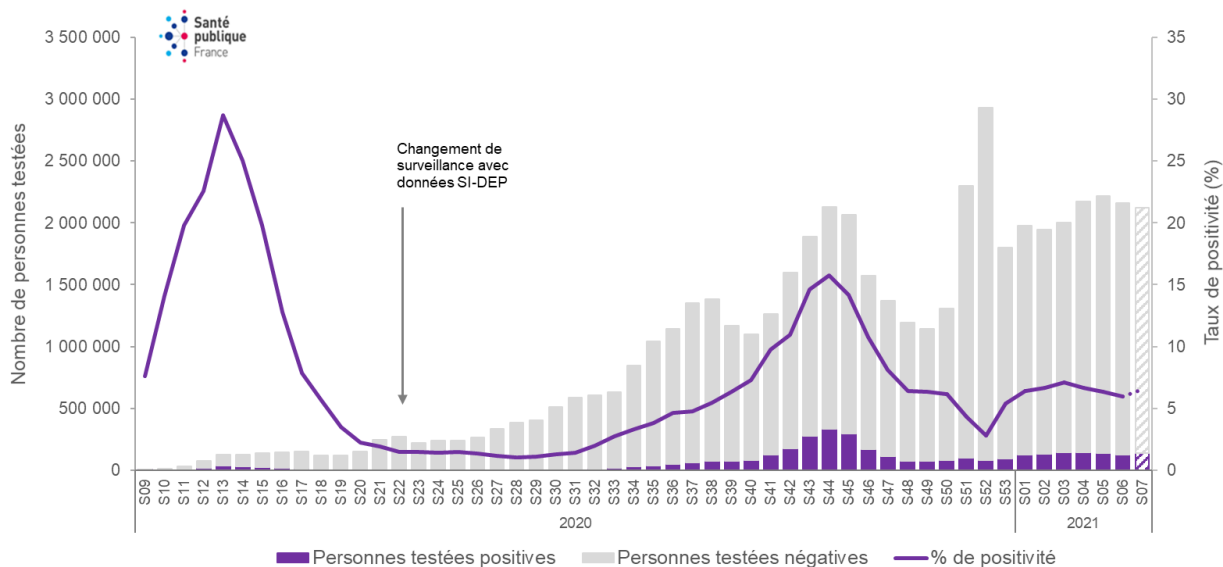
Cas confirmé de COVID-19 : personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir [définition de cas](#)).

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

- En semaine 07, 2 119 281 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 2 161 415 en S06, soit -2%). Un total de **138 771 nouveaux cas confirmés** a été rapporté, nombre **en augmentation** par rapport à la semaine 06 où 128 662 nouveaux cas avaient été signalés, soit +8% (Figures 4 et 5).

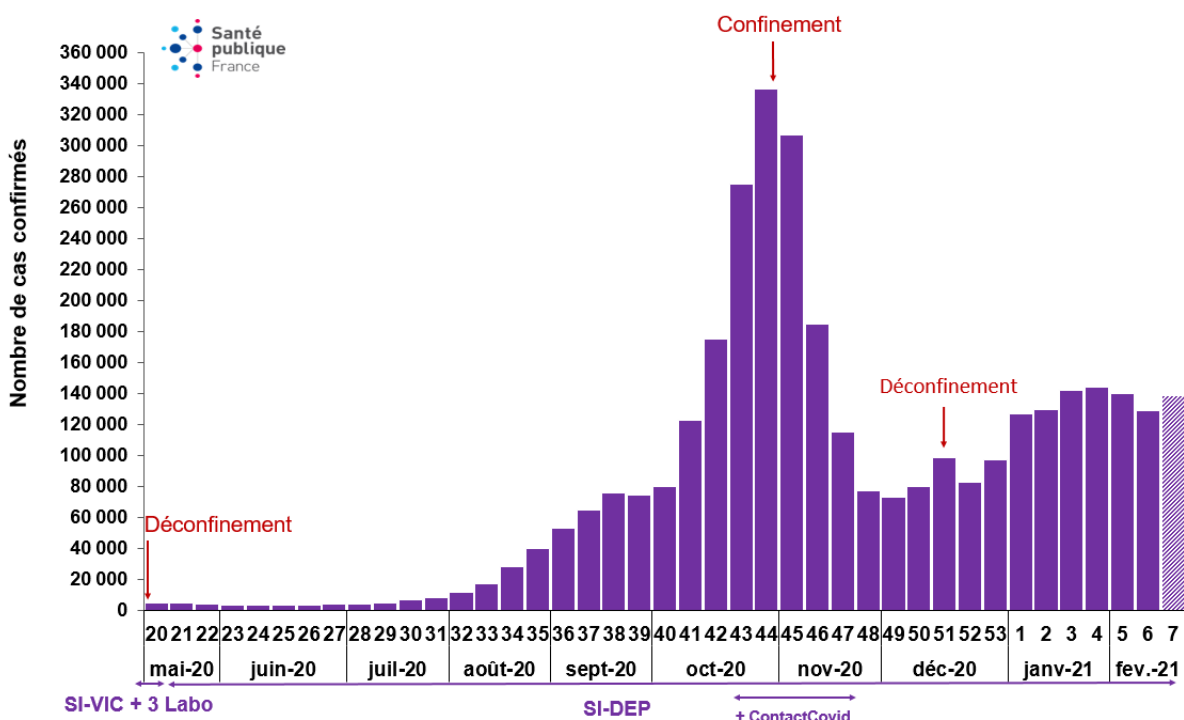
- Au 24 février 2021, **un total de 3 661 410 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 24 février 2021)



Semaine 07 : données non consolidées
Sources S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 : SI-DEP

Figure 5. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement), rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 21 février 2021, France (données au 24 février 2021)



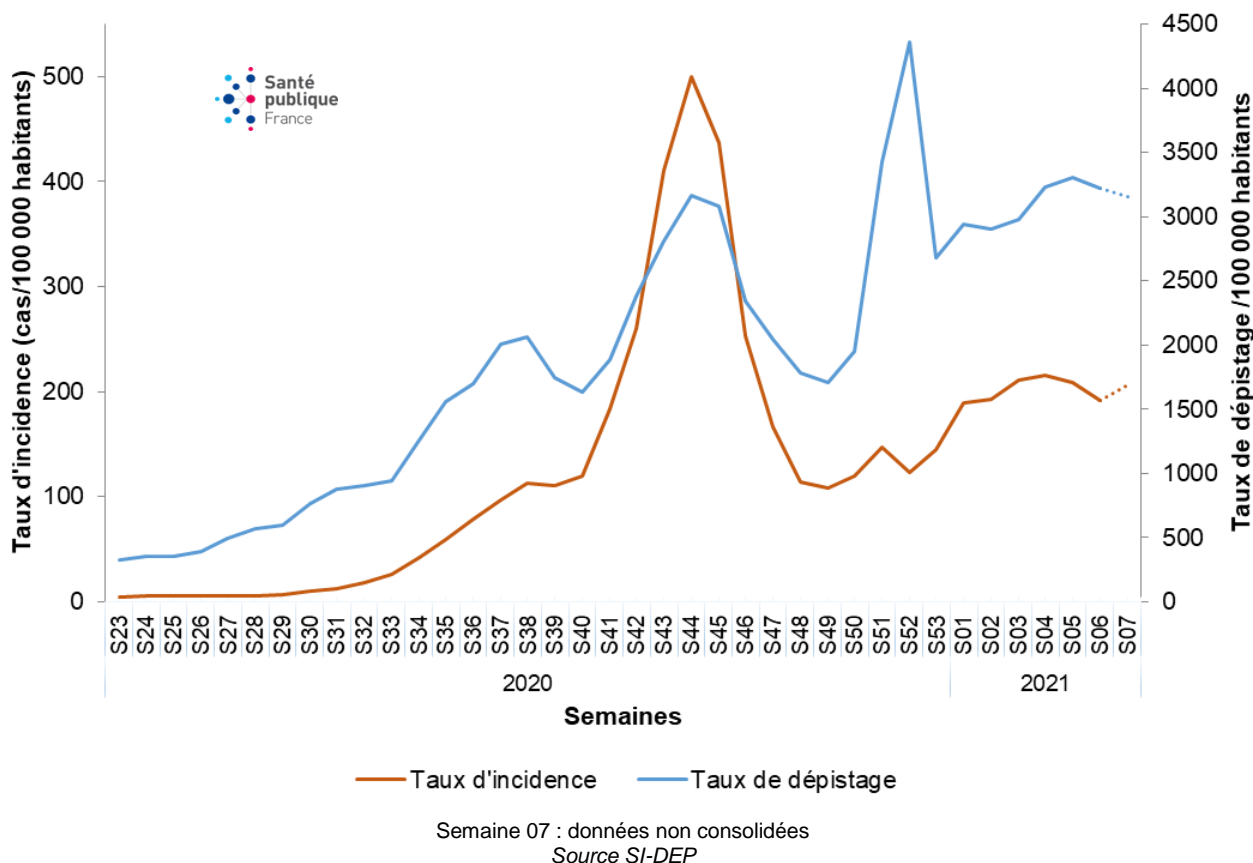
Semaine 07 : données non consolidées

- En S07, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **6,6%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), **supérieur** au taux consolidé de la semaine précédente (6,0% en S06, soit +0,6 point) (Figure 4).

- **Le taux national d'incidence des cas confirmés** (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **207/100 000 habitants** en S07, **en augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (192 cas/100 000 habitants en S06, +8%) (Figure 6).

- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **3 158/100 000 habitants**, **en légère diminution** par rapport à celui de S06 (3 220/100 000 habitants, -2%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 24 février 2021)



- **La proportion des tests effectués en S07** et intégrés dans la base SI-DEP le jour même ou le lendemain du prélèvement était de **97,4%**, en légère augmentation par rapport à la semaine précédente (96,3% en S06).

Analyse par classe d'âge

- **En semaine 07**, au niveau national, le **taux d'incidence** (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 115 chez les 0-14 ans, 271 chez les 15-44 ans, 213 chez les 45-64 ans, 149 chez les 65-74 ans et 188 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).

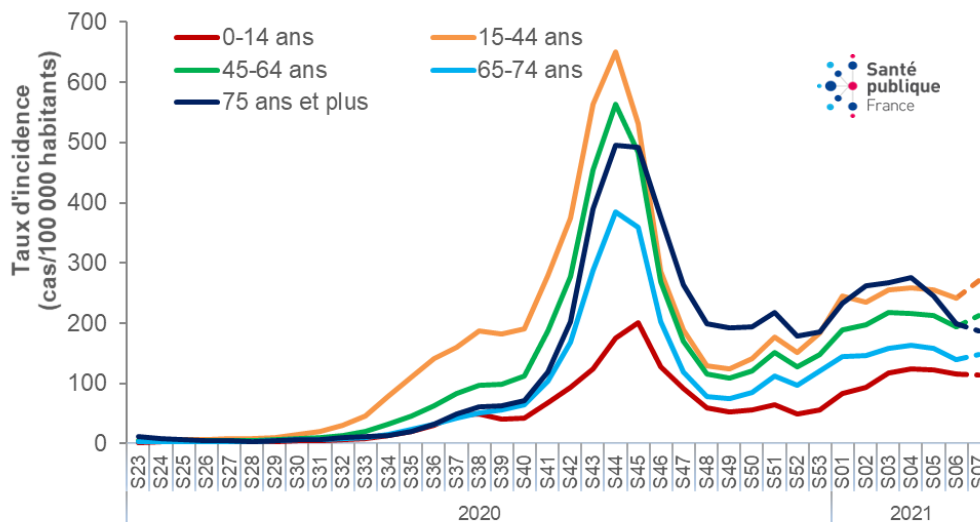
- **Le taux d'incidence a diminué par rapport à S06 chez les 75 ans et plus (-6%) et les 0-14 ans (-2%).** Ce taux était en augmentation dans le reste des classes d'âge : chez les 15-44 ans (+12%), les 45-64 ans (+10%) et les 65-74 ans (+7%) (Figure 7a).

- Comparativement à S06, le **taux de dépistage était en diminution chez les 0-14 ans (-10%)**, suivis par les 75 ans et plus (-3%), et stable chez les 45-64 ans (0%), les 15-44 ans (-1%) et les 65-74 ans (-0,7%).

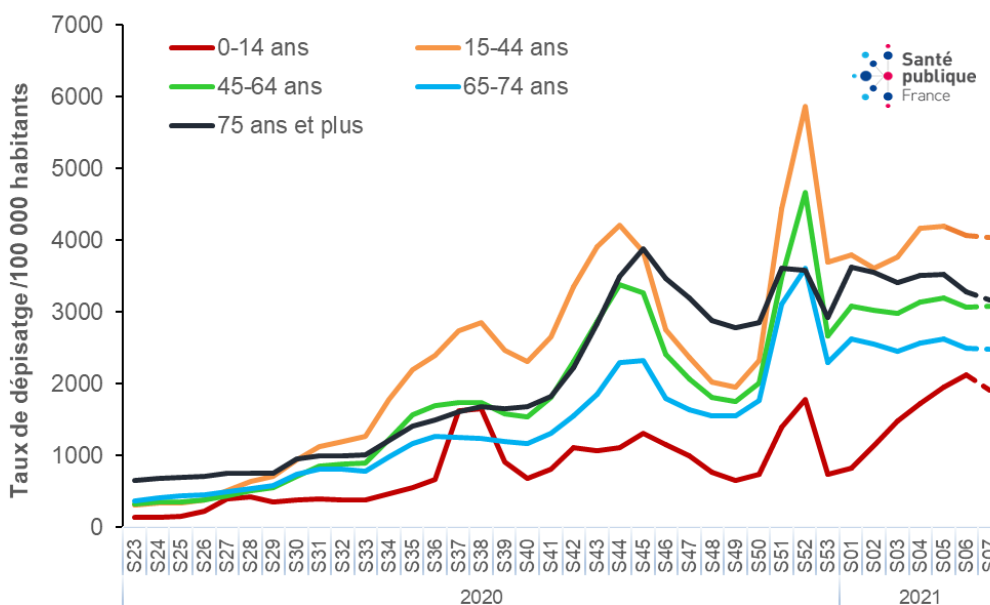
- **Le taux de positivité** des personnes testées était en **augmentation par rapport à S06 dans toutes les classes d'âge excepté chez les 75 ans et plus où ce taux a diminué (-0,1 point)**. L'augmentation la plus importante concernait les 15-44 ans (+0,8 point) suivis par les 45-64 ans (+0,6 point), les 0-14 ans (+0,5 point) et les 65-74 ans (+0,4 point) (Figure 7c).

Figure 7. Évolution des taux d'incidence (7a), de dépistage (7b) et de positivité (7c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23-2020, France (données au 24 février 2021)

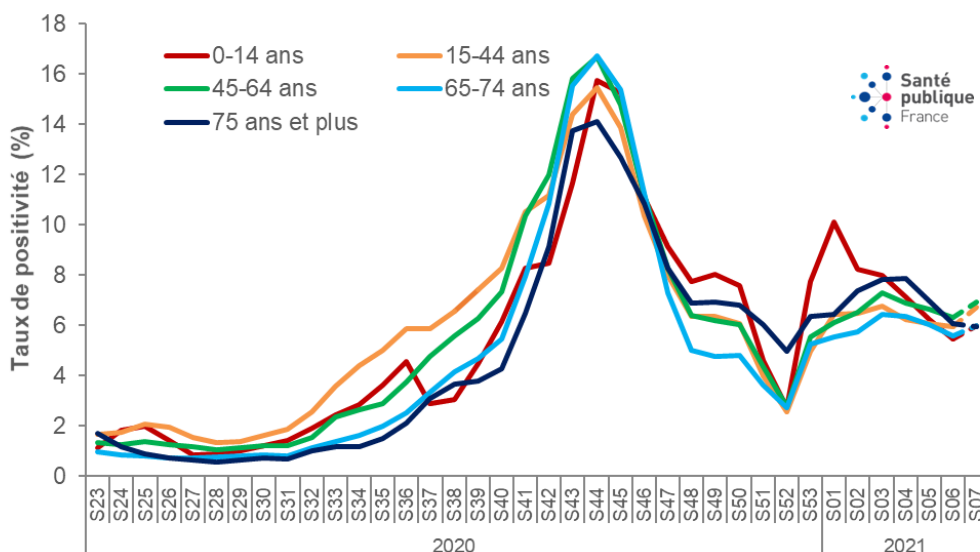
7a



7b



7c



Semaine 07 : données non consolidées
Source : SI-DEP

Dépistage selon la présence de symptômes

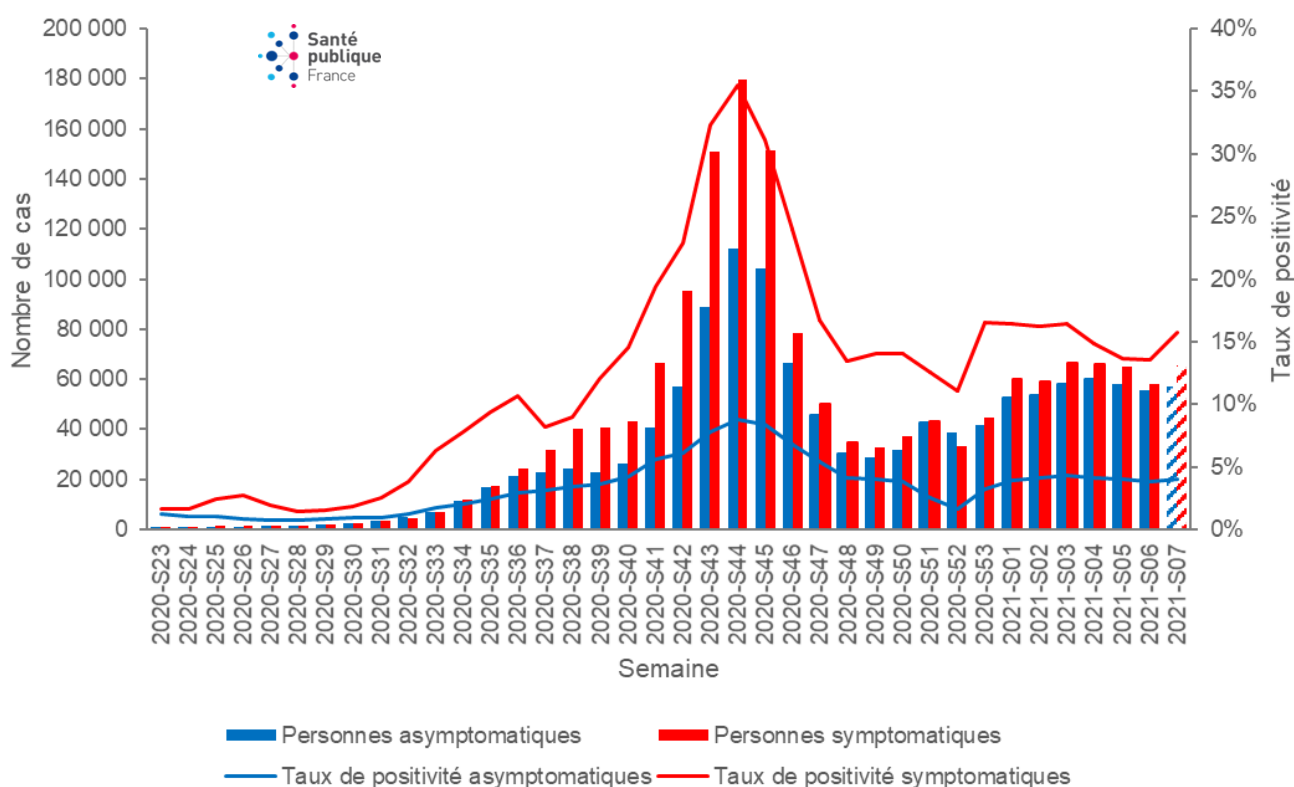
- En semaine 07, l'information sur les symptômes était disponible pour 1 844 983 personnes testées. Parmi elles (quel que soit le résultat du test), 77% se déclaraient sans symptômes, proportion stable par rapport à S06 (77%). Le nombre de personnes testées était en légère diminution par rapport à la semaine 06 chez les personnes asymptomatiques : 1 428 599 (vs 1 453 810 en S06, soit -2%), et chez les personnes symptomatiques : 416 384 (vs 427 279 en S06, soit -2,5%).

- **53% des cas confirmés présentaient des symptômes** (données disponibles pour 122 527 cas). Cette proportion était en **légère diminution** par rapport à S06, où elle était de 51% (Figure 8).

- Une **augmentation du nombre de cas était observée chez les personnes testées symptomatiques** (65 329 vs 57 925 en S06, soit +13%) **et chez les personnes testées asymptomatiques** (57 198 vs 55 376 en S06, soit +3%) (Figure 8).

- **Le taux de positivité était de 15,7% chez les personnes symptomatiques**, en augmentation par rapport à S06 (13,6%). Il était de **4% chez les asymptomatiques** (3,8% en S06) (Figure 8).

Figure 8. Évolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes (2 974 525 cas décrits), par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 24 février 2021)



Semaine 07 : données non consolidées
Source : SI-DEP

► Au niveau régional

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

En métropole

- **En France métropolitaine**, 134 808 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 07, en hausse par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S06 avec 124 733 nouveaux cas, soit +8%). Le **taux de positivité** était en augmentation à 6,5% (contre 5,9% en S06, soit +0,6 point). Le **taux d'incidence** des cas confirmés **était également en hausse** avec **208 cas/100 000 habitants** (vs 192 en S06, soit +8%). Le **taux de dépistage** s'élevait à **3 191/100 000 habitants**, comparable à celui de la semaine précédente (3 253 en S06, -2%).

- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés était, en semaine 07, **au-dessus du seuil de 100/100 000 habitants dans 82 départements métropolitains** (88 départements en S06), et au-dessus du seuil des 250/100 000 habitants dans 14 départements (11 en S06). Neuf départements présentaient un taux d'incidence supérieur à 300/100 000 habitants : Alpes-Maritimes (600), Pas-de-Calais (352), Bouches-du-Rhône (335), Seine-Saint-Denis (318), Var (314), Moselle (311), Nord (304), Paris (304) et Val-de-Marne (301) (Figure 9a).

- Le taux de positivité était supérieur ou égal à 10% dans trois départements en S07 (un en S06). Les taux les plus élevés étaient rapportés en Seine-Saint-Denis (11,1%), dans la Drôme (10,2%), les Alpes-Maritimes (10%), le Val-d'Oise et la Seine-et-Marne (9,7%), l'Ain (9,5%) et l'Essonne (9%) (Figure 9b).

- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage (/100 000 habitants)** en S07 étaient la Moselle (6 414), les Alpes-Maritimes (5 956), Paris (5 566), les Bouches-du-Rhône (5 173), la Haute-Corse (4 522), la Meurthe-et-Moselle (4 345) et le Var (4 324) (Figure 9c).

En Outre-mer

- **À Mayotte**, les indicateurs restaient **très élevés** en S07 avec un taux d'incidence de 842/100 000 habitants, comparable à celui de la semaine 06 (874), un taux de positivité stable (29% vs 30% en S06, soit +1 point) et un taux de dépistage également stable (2 915 vs 2 925 en S06).

- **À La Réunion**, les indicateurs étaient **en hausse**, avec un taux d'incidence de 98/100 000 habitants (73 en S06) et un taux de positivité de 4,2% (3,6% en S06).

- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient en **légère hausse**, avec un taux d'incidence de 54/100 000 habitants (50 en S06) et un taux de positivité de 6,8% (5,1% en S06).

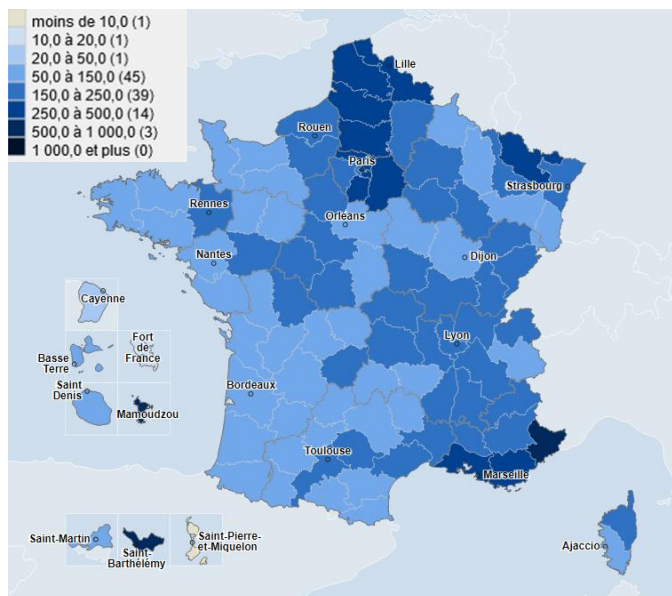
- **En Martinique**, le taux d'incidence de 16/100 000 habitants (20 en S06) était **stable** et une légère augmentation du taux de positivité de 2,3% (1,9% en S06) était observée.

- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient en **baisse**, avec un taux d'incidence de 144/100 000 habitants (221 en S06) et un taux de positivité de 4,7% (6% en S06).

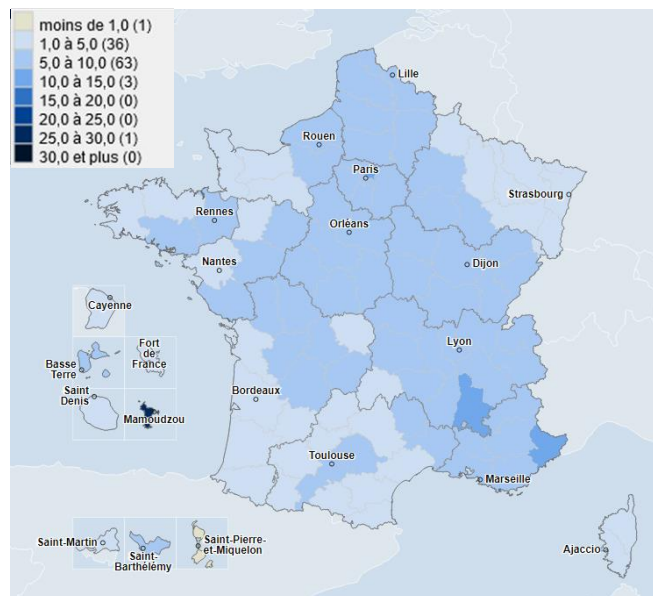
- **En Guyane**, le taux d'incidence était **en baisse** à 28/100 000 habitants (39 en S06) et le taux de positivité était de 2,9% (2,4% en S06).

Figure 9. Taux d'incidence (/100 000 habitants) (9a), de positivité (9b) et de dépistage (nombre de tests/100 000 habitants) (9c) pour le SARS-CoV-2 du 15 au 21 février 2021, par département, France (données au 24 février 2021)

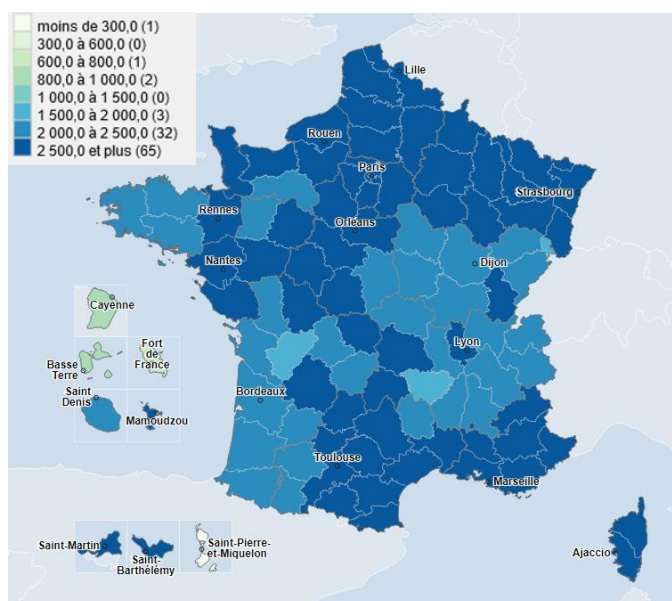
9a



9b



9c



Source : SI-DEP

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

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

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

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

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

- **Au niveau national**, en semaine 07, sur les 161 739 tests de première intention positifs (test RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, 50,8% étaient associés à un test de criblage lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 82 096 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **49,3%** (40 444) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1** (UK) et **5,6%** (4 610) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2** (ZA) ou **20J/501Y.V3** (BR).

- La proportion de tests positifs criblés variait peu selon la classe d'âge : de 48,3% chez les 20-29 ans à 54,1% chez les 0-9 ans (Tableau 1).

- La plus forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) était observée chez les 0-9 ans (57,3%) et les 10-19 ans (52,7%). Cette proportion diminuait ensuite à mesure qu'augmentait l'âge pour atteindre 31,3% chez les 90 ans et plus.

- La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) était plus élevée chez les 10-19 ans (6,5%) et les 20-29 ans (6,4%). Elle était plus faible chez les personnes âgées de 70 ans et plus (entre 4,2% et 4,1%).

Tableau 1. Proportion de suspicion de variant d'intérêt parmi les tests de criblage positifs 20I/501Y.V1 (UK), 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR), en fonction des classes d'âge, France (données au 24 février 2021)

Âge	Nb de tests (RT-PCR et TAG)	Nb de tests positifs (RT-PCR et TAG)	PCR de criblage (N)	PCR de criblage (%)	20I/501Y.V1 (N)	20I/501Y.V1 (%)	20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 (N)	20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 (%)
0-9	105 632	6 368	3 444	54,1	1 973	57,3	173	5,0
10-19	298 275	20 342	10 701	52,6	5 643	52,7	692	6,5
20-29	332 254	24 604	11 880	48,3	6 079	51,2	762	6,4
30-39	351 322	25 149	12 351	49,1	6 482	52,5	680	5,5
40-49	327 488	24 885	12 705	51,1	6 660	52,4	685	5,4
50-59	289 844	22 163	11 497	51,9	5 711	49,7	651	5,7
60-69	216 596	15 604	8 107	52,0	3 743	46,2	494	6,1
70-79	146 823	10 172	5 122	50,4	2 053	40,1	213	4,2
80-89	106 301	8 047	4 072	50,6	1 401	34,4	168	4,1
90 et plus	59 191	4 338	2 188	50,4	684	31,3	90	4,1
Inconnu	699	67	29	43,3	15	51,7	2	6,9
Tous	2 234 425	161 739	82 096	50,8	40 444	49,3	4 610	5,6

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

- Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les 95 **départements** métropolitains présentant des données interprétables, **70 affichaient une proportion supérieure à 30% de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK)**, dont 33 avec une proportion supérieure à 50%. Cette proportion était comprise entre 10% et 30% pour les 25 départements restants (Figure 10). Il semble exister un lien entre la distribution géographique du variant 20I/501Y.V1 (UK) et l'évolution relative de l'incidence, au niveau départemental (Figure 10).

- En métropole, **11 départements comptaient une proportion supérieure à 10% de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)**. Cette proportion était particulièrement élevée en Moselle (53,7%), Meurthe-et-Moselle (26,7%) et dans la Meuse (21,6%) (Figure 11). Le lien éventuel entre la distribution géographique et la dynamique de l'épidémie n'est pas actuellement identifié pour les variants 20H/501Y.V2 (ZA) et 20J/501Y.V3 (BR) sur la base de ces données (Figure 11).

- Dans les territoires d'outre-mer, et notamment à **Mayotte et à La Réunion** où les données sont interprétables, on note une **forte proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** : 68,5% à Mayotte et 57,5% à La Réunion (Figures 10 et 11).

Figure 10. Proportion de suspicions de variant d'intérêt 20I/501Y.V1 (UK) parmi les tests de criblage positifs et évolution du taux d'incidence du SARS-CoV-2, par département, France (données au 24 février 2021)

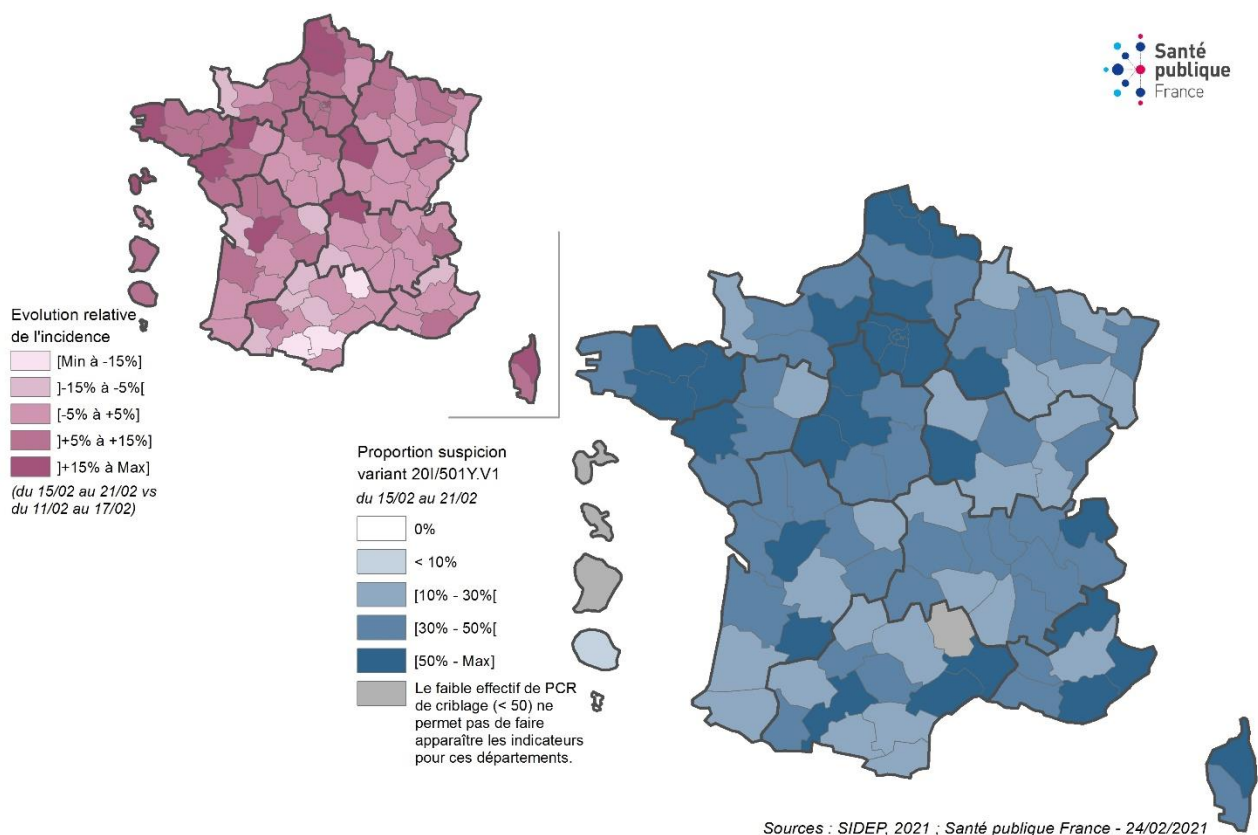
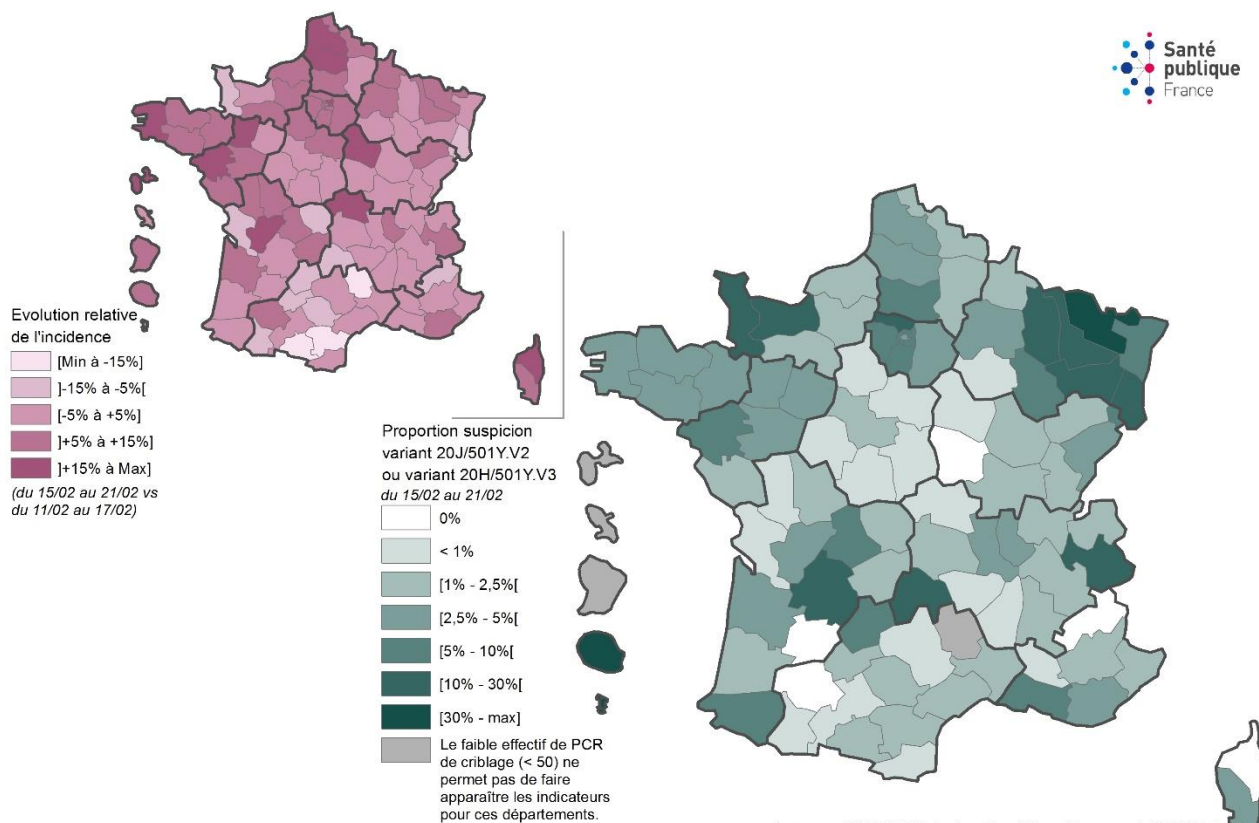


Figure 11. Proportion de suspicions de variant d'intérêt 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) parmi les tests de criblage positifs et évolution du taux d'incidence du SARS-CoV-2, par département, France (données au 24 février 2021)



SURVEILLANCE GENOMIQUE DU SARS-CoV-2

Données des plateformes nationales de séquençage

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

Cette surveillance génomique est complémentaire de celle basée sur les tests de criblage (PCR), qui est limitée à la détection de marqueurs associés de manière non exclusive aux variants d'intérêt déjà connus (20I/501Y.V1, 20H/501Y.V2, 20J/501Y.V3). En effet, l'identification précise des variants connus comme celle de nouveaux variants d'intérêt nécessite une analyse complète par Next Generation Sequencing (NGS) du génome viral obtenue grâce à la surveillance génomique, en combinaison avec des données épidémiologiques et des travaux de virologie visant à étudier les propriétés des virus concernés.

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

La montée en charge de ces plateformes et la consolidation de leurs données est progressive (Tableau 2) **avec l'objectif de dépasser 5 000 séquences par semaine en mars 2021**. Nous présentons dans la Figure 12 les premiers résultats issus de la mise en commun de près de 2 300 séquences générées par trois de ces plateformes (CNR–Institut Pasteur, CNR–Hospices Civils de Lyon, APHP Henri-Mondor) au cours de la semaine 07 (du 15 au 21 février 2021; prélèvements transmis par les laboratoires de biologie médicale en semaines 06 et 07).

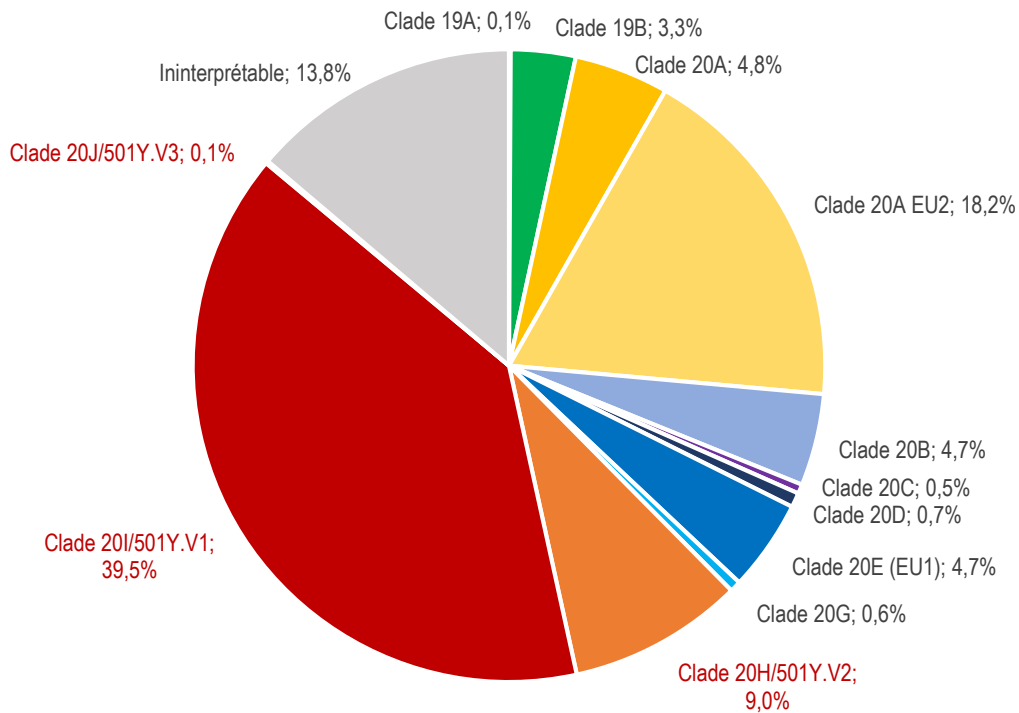
Tableau 2. Activité des plateformes de séquençage du SARS-CoV-2, semaines 05 à 07-2021, France

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

L'analyse de ces séquences permet d'illustrer la diversité génétique des virus circulant actuellement en France (ici distribués par clade¹) (Figure 12). **Elle confirme la part importante des infections liées au variant d'intérêt 20I/501Y.V1 au niveau national, qui représentait 39,5% des séquences ici analysées. Elle permet également de souligner la part significative du variant d'intérêt 20H/501Y.V2 (9,0%) alors que celle du variant d'intérêt 20J/501Y.V3 (0,1%) reste négligeable.**

Ces données sont toutefois biaisées car encore majoritairement ciblées sur des prélèvements orientés pour l'investigation de clusters ou la confirmation de variants d'intérêt connus. La part des prélèvements sélectionnés de manière aléatoire sera renforcée dans les prochaines semaines pour corriger ce biais.

Figure 12. Distribution par clade des virus de SARS-CoV-2 séquencés en semaine 07 (n=2 296 séquences), France



Ces premières données seront mises à jour et publiées régulièrement dans les prochains Points épidémiologiques, avec une déclinaison par région et par indication du séquençage permettant de mieux les interpréter. En effet, la part des investigations de cluster peut surestimer la représentation de certains variants d'intérêt.

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

ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

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

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

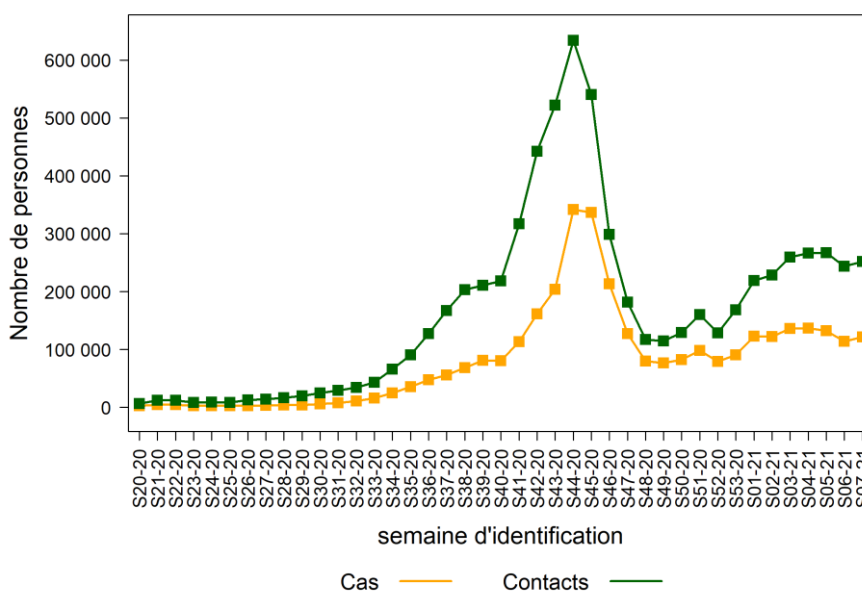
À Mayotte, le contact-tracing est mis en œuvre autour de tous les cas enregistrés dans SI-DEP. Cependant, pour des raisons structurelles, toutes les données ne figurent pas dans ContactCovid, et ne reflètent donc pas l'activité complète de contact-tracing sur le département. Les bilans de données sont réalisés par l'ARS (incluant les données de ContactCovid). La situation épidémique de Mayotte ne permet pas de disposer d'indicateurs de contact-tracing actualisés en semaine 07.

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

- Au cours de la semaine 07, le nombre total de nouveaux cas a légèrement augmenté (121 528 cas vs 113 713 en S06, soit +6,9%), ainsi que le nombre total de nouvelles personnes-contacts à risque : 251 871 vs 243 527 en S06, soit +3,4% (Figure 13).

- **Le pourcentage de nouveaux cas diagnostiqués par test antigénique était stable** (24,1% vs 24,3% en S06). Toutes les régions ont diagnostiqué davantage de cas par tests RT-PCR que par tests antigéniques, mais ces derniers ont représenté jusqu'à 39% des diagnostics confirmés en Guadeloupe en semaine 07.

Figure 13. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai 2020 au 21 février 2021, France



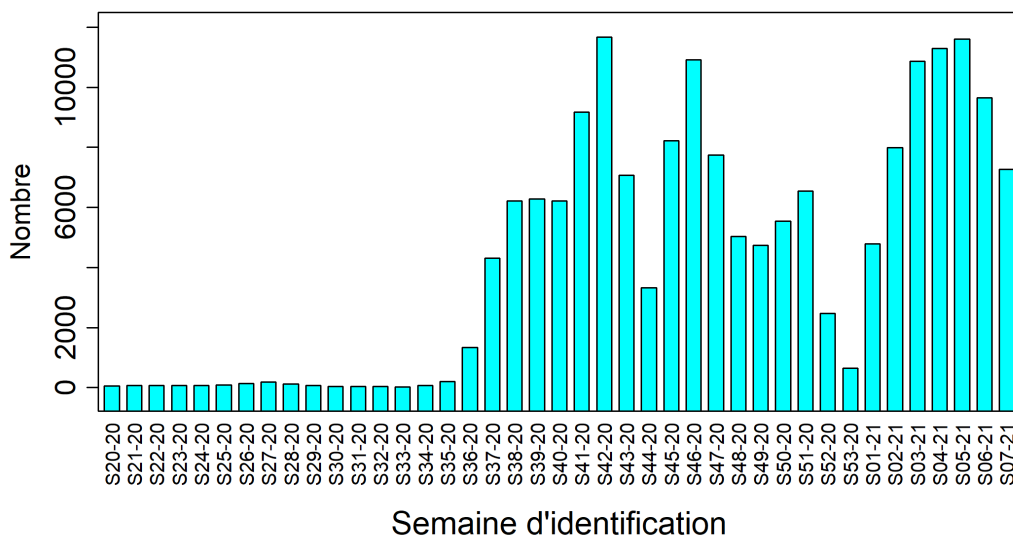
* Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique.

Source : ContactCovid - Cnam

- En semaine 07, **l'âge moyen des cas était de 42 ans**, comme en S06, après avoir varié entre 44 et 46 ans entre S46-2020 et S05-2021. L'âge moyen des personnes-contacts était de 32 ans, contre 31 ans en S06 et 33 ans en S05. **Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus s'était stabilisée à 7,2%**, après une diminution observée depuis le début de l'année (7,2% en S06 vs 9,4% en S01).

- 7 262 cas ayant eu un **lien avec le milieu scolaire** ont été rapportés, un nombre en forte diminution pour la deuxième semaine consécutive (-24,8% par rapport à S06) (Figure 14). La moitié de ces cas était des adolescents âgés de 10 à 18 ans et un tiers était âgé de plus de 18 ans. Il s'agit d'élèves, d'enseignants et de personnels travaillant dans les établissements scolaires. Cet indicateur fait partie de l'interrogatoire habituel des cas par les agents de l'Assurance maladie. Les cas sont interrogés sur la fréquentation d'une collectivité et, s'ils répondent affirmativement, la nature de la collectivité, dont les établissements scolaires, leur est proposée.

Figure 14. Nombre de cas rapportés ayant fréquenté un milieu scolaire (avant ou après le début des signes), par semaine, du 13 mai 2020 au 21 février 2021, France



Source : ContactCovid - Cnam

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

Tous les cas confirmés de COVID-19 signalés à l'Assurance maladie reçoivent en premier lieu un message SMS leur demandant de préparer un entretien téléphonique et d'établir la liste de leurs personnes-contacts à risque. Ces personnes-contacts sont informées par un SMS contenant un lien cliquable qui renvoie vers un site internet présentant leurs droits et l'ensemble des informations portant sur les mesures sanitaires à respecter. Les personnes-contacts qui ne vont pas au bout de la démarche sur le site internet ou celles pour lesquelles l'Assurance maladie ne dispose pas de numéro de téléphone portable continuent à être appelées. Ainsi, une personne-contact prise en charge par l'Assurance maladie pour ce suivi correspond soit à une personne ayant reçu un SMS et ayant été au bout du processus sur le site internet, soit à une personne contactée par téléphone.

- En semaine 07, la **proportion de cas et de personnes-contacts à risque ayant pu être investigués par l'Assurance maladie est restée à un niveau élevé** (94% pour les cas et 95% pour les personnes-contacts).

- La proportion des cas investigués était la plus basse à La Réunion (77%), et la plus haute en Auvergne-Rhône-Alpes et Centre-Val de Loire (99% pour ces deux régions).

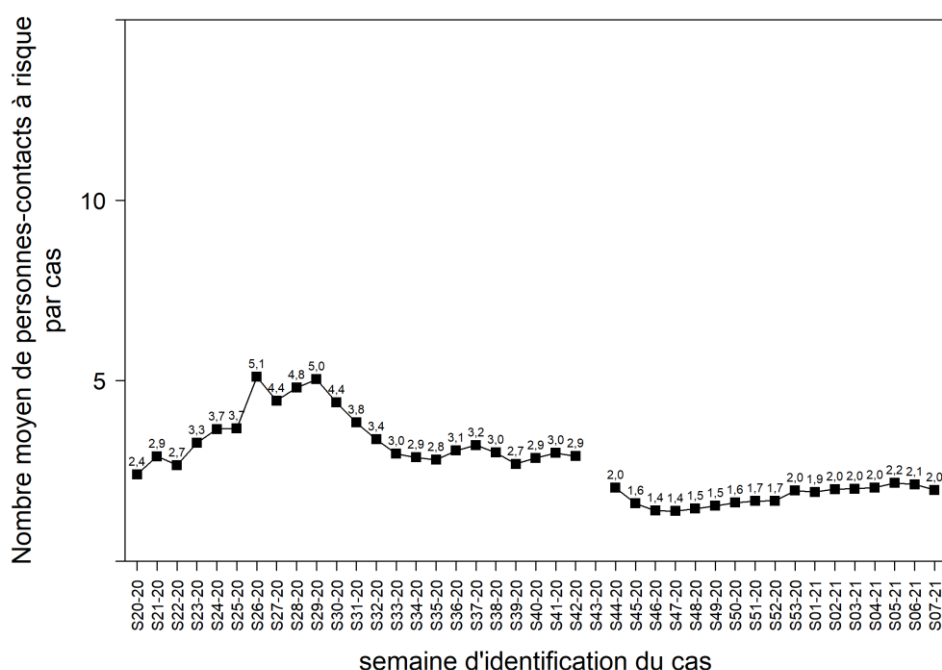
- La proportion des personnes-contacts à risque investiguées était égale ou supérieure à 89% dans toutes les régions.

- À l'échelle nationale, la proportion de cas ayant pu être investigués restait plus importante chez les personnes âgées de moins de 75 ans ($\geq 92\%$) que chez celles âgées de 75 ans et plus (86%).

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- **Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était stable à 2,0** en S07 (Figure 15), contre 2,1 en S06. Au niveau régional, cette valeur s'échelonnait entre 1,4 (Martinique) et 3,5 (La Réunion).
- 44,9% des cas ne rapportaient aucune personne-contact à risque (stable par rapport à S06). Par ailleurs, 9,3% des cas rapportaient plus de cinq personnes-contacts à risque.
- Parmi les cas déclarant au moins une personne-contact à risque, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était de 3,6.
- En S07, **les sujets âgés de 14 à 44 ans représentaient 38,3% du total des cas ne rapportant aucun contact à risque** (36,3% en S06), contre 22,9% pour les 65 ans et plus (25,7% en S06). En revanche, les sujets âgés de 65 ans et plus ne représentaient que 6,2% des cas rapportant plus de cinq personnes-contacts à risque, contre 59,1% pour les 14-44 ans.

Figure 15. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, par semaine, du 13 mai 2020 au 21 février 2021, France

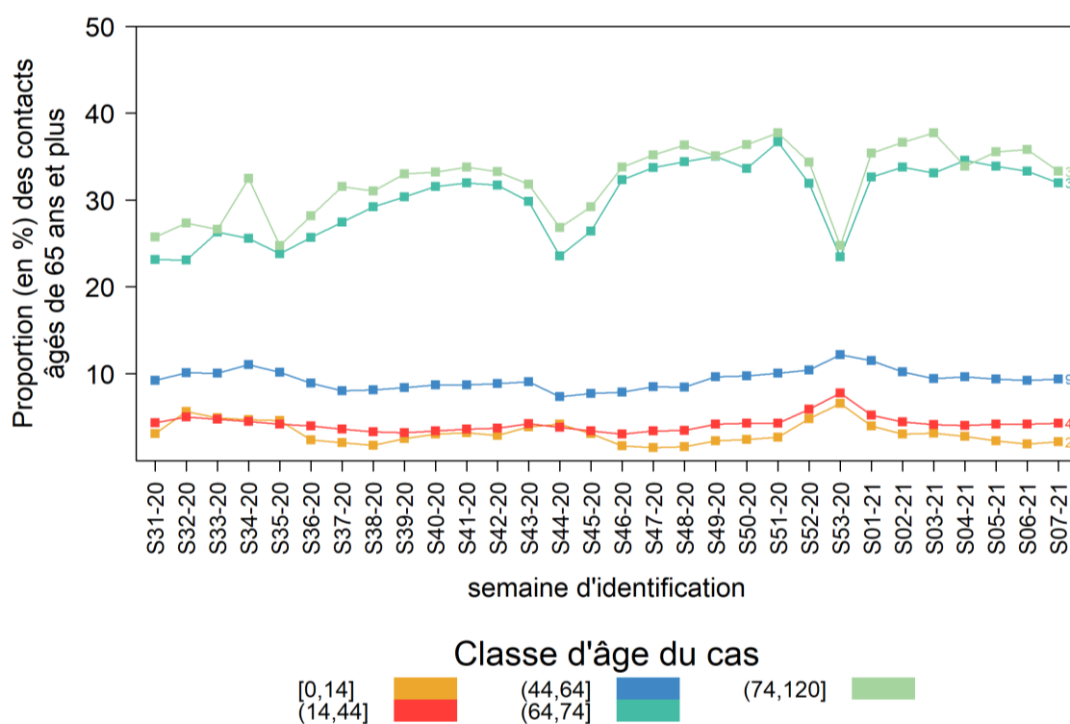


Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020
 Source : ContactCovid - Cnam

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

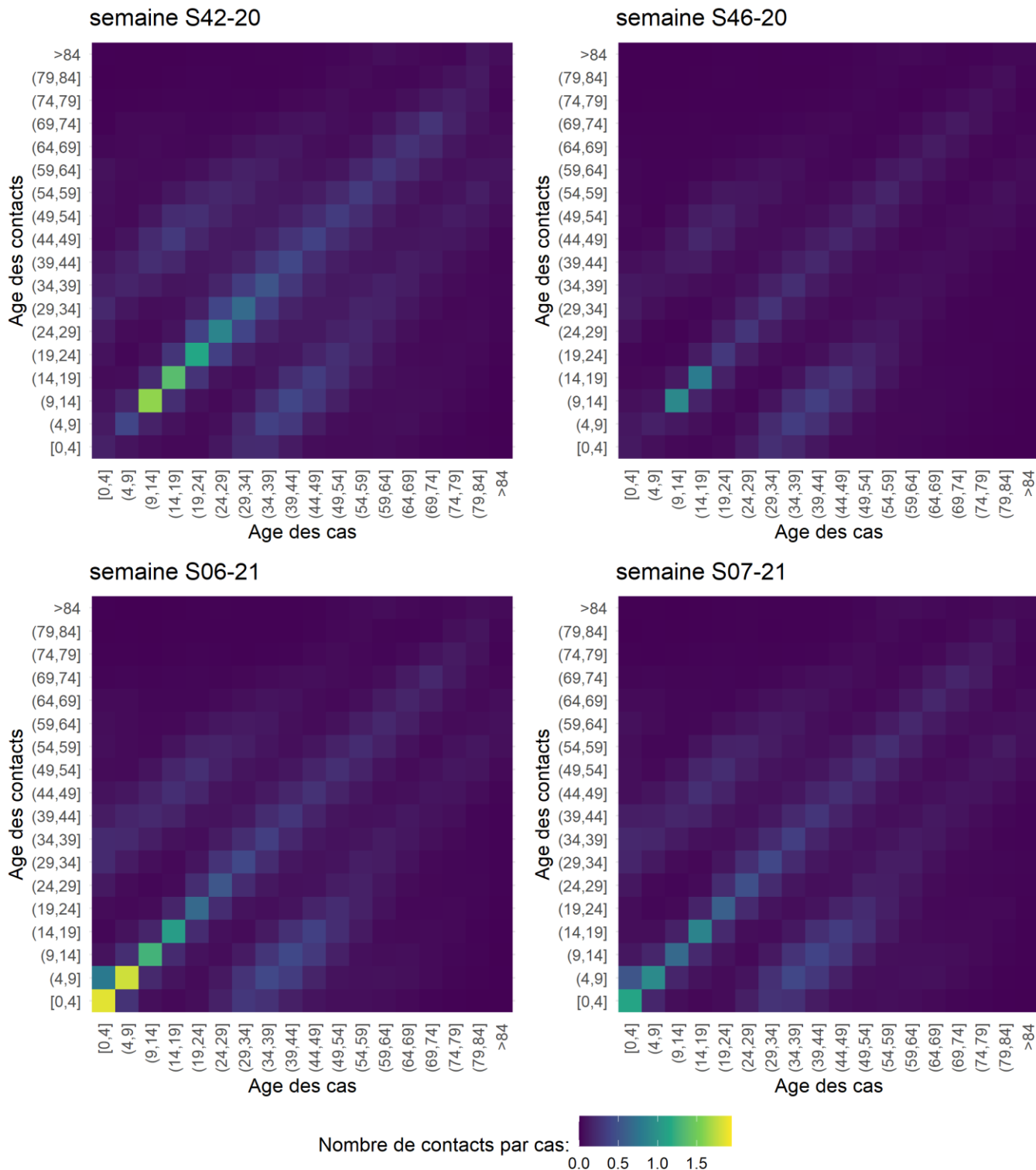
- En semaine 07, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas restait le plus faible chez les cas âgés de 75 ans et plus (0,7 personne-contact à risque par cas, stable par rapport à S06) et le plus élevé chez les cas âgés de 15 à 44 ans (2,4 personnes-contacts à risque par cas, stable par rapport à S06).
- Les cas âgés de moins de 65 ans avaient peu de contacts avec des personnes âgées de 65 ans et plus ($\leq 9,4\%$). À l'inverse, plus de 32% des personnes-contacts des cas de plus de 65 ans avaient elles-mêmes plus de 65 ans (Figure 16).
- Pour les classes d'âge des cas et des personnes-contacts supérieures à 20 ans, le nombre de contacts à risque était globalement stable par rapport à S06 (Figure 17).
- Au cours des dernières semaines, un délai important de consolidation des données de contacts à risque a été observé pour les personnes de moins de 19 ans. Cela complique l'interprétation de l'évolution du nombre de contacts à risque dans cette classe d'âge pour la semaine la plus récente. Cependant, entre S05 et S06 (données consolidées), le nombre de contacts à risque entre personnes de moins de 19 ans avait diminué, ce qui pourrait s'expliquer par un effet des vacances scolaires. En S07, on retrouve cette diminution (Figure 17), sans qu'il puisse être déterminé quelle part est attribuable au manque de consolidation des données et quelle part aux vacances scolaires.

Figure 16. Proportion de contacts de 65 ans et plus, suivant l'âge du cas index, du 13 mai 2020 au 21 février 2021, France



Source : ContactCovid - Cnam

Figure 17. 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), 06 et 07-2021, France



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

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

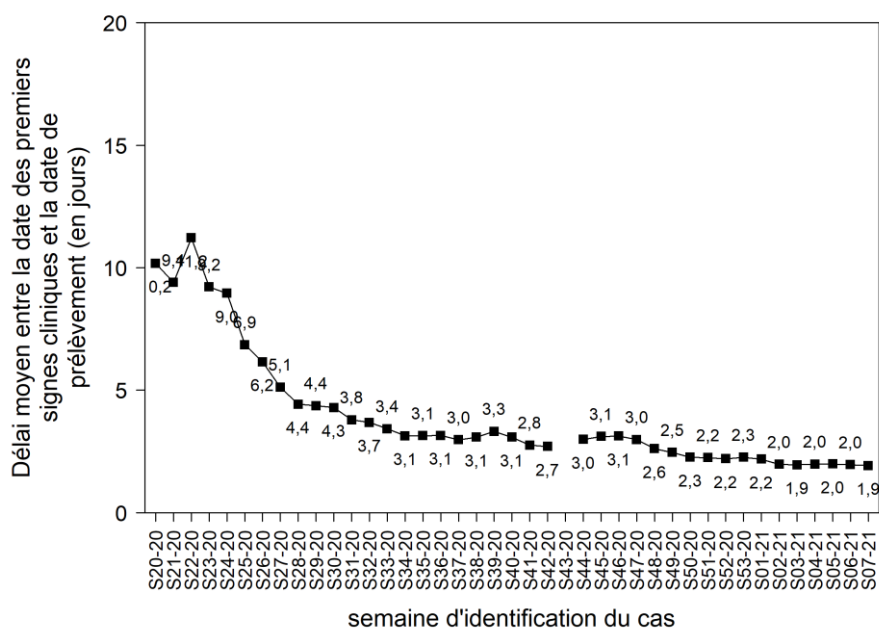
Source : ContactCovid - Cnam

► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En semaine 07, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour diagnostic par RT-PCR ou tests antigéniques renseignés (soit 54,7% des cas), **le délai moyen de diagnostic était de 1,9 jour**, contre 2,0 jours en S06 (Figure 18). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

- Au niveau régional, les délais de diagnostic s'échelonnaient entre 1,6 jour (Hauts-de-France, comme en S06) et 2,6 jours (Guadeloupe). Le faible nombre de cas dans les départements d'outre-mer rend cependant cet indicateur très volatil dans ces départements, et sujet à des variations importantes. Cet indicateur est calculé uniquement lorsque le nombre de cas avec l'information est supérieur à 30 dans une région donnée.

Figure 18. Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques, par semaine, du 13 mai 2020 au 21 février 2021, France



Note : le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et une date de prélèvement renseignées. En semaine 07, cela représente 54,7% des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine à l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un Point épidémiologique à l'autre.

Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020.

Source : ContactCovid - Cnam

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

- Au niveau national, la **proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque d'un autre cas poursuivait son augmentation progressive, observée depuis la S02** (27,5% en S07 vs 26,4% en S06) (Figure 19). Cette proportion était la plus basse en Martinique (15,6%) et Île-de-France (19,6%), et la plus haute en Normandie, comme en S06 (34,7%) (Figure 20).

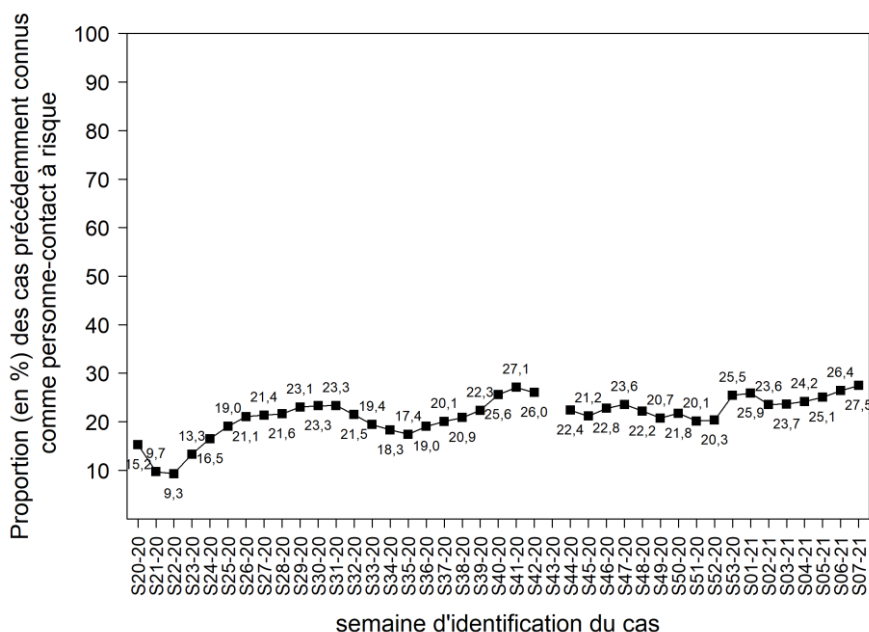
- La **proportion des personnes-contacts devenues des cas poursuivait sa diminution progressive, observée depuis la S53-2020**, passant de 11,6% (personnes-contacts identifiées en S05, valeur consolidée) à 11,1% (personnes-contacts identifiées en S06), mais cette dernière valeur est amenée à légèrement augmenter après consolidation en semaine n+1. Ce nombre était près de **deux fois plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques** (13,2%) que de cas asymptomatiques (6,7%).

- La proportion des personnes-contacts (identifiées en S06) devenues des cas était près de **trois fois plus élevée lorsque leur cas index appartenait au même foyer qu'elles** (18,3%) que lorsque cela n'était pas le cas (6,9%). Il n'est pour le moment pas possible de déterminer si cela s'explique en partie par un recours accru aux tests dans ce premier groupe.

- 2,9% des personnes-contacts de 10 ans et moins identifiées en S06 étaient devenues des cas.

- **14,1% des personnes-contacts** (identifiées en S06) **de cas classés comme « variants »** dans ContactCovid (soit 25 373 cas en S06) **étaient devenues des cas**, contre 10,0% lorsque les cas n'étaient pas classés « variants », sans qu'il puisse être distingué s'il s'agissait de l'effet d'un meilleur suivi de ces personnes-contacts ou/et d'une plus grande transmissibilité des variants du SARS-CoV-2, et sous réserve de la sensibilité et de la spécificité de cette information dans la base ContactCovid.

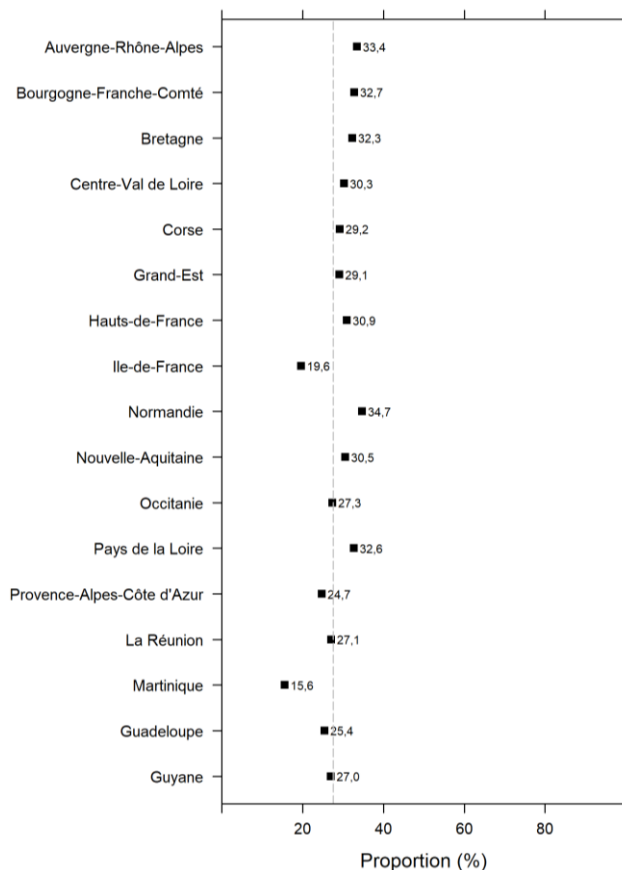
Figure 19. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 21 février 2021, France



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

Source : ContactCovid - Cnam

Figure 20. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque durant la semaine 07 (du 15 au 21 février 2021), par région, France



Note : délai moyen calculé quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.
La ligne verticale correspond à la moyenne nationale.

Source : ContactCovid - Cnam

► Mobilité des cas et des personnes-contacts

- En S07, **1,0% des cas revenaient d'un voyage hors de France** au cours des deux dernières semaines et **2,7% des cas avaient voyagé en France hors de leur région de résidence habituelle**.

- Dans le cadre du suivi plus rapproché des personnes atteintes d'un **variant** du SARS-CoV-2, le pays visité par certains cas, identifiés en S07, ayant voyagé hors de France, a pu être renseigné. Les pays qui avaient été les plus visités par ces cas étaient, par ordre décroissant, le Luxembourg (222 cas), la Suisse (110 cas), la Belgique (79 cas), l'Allemagne, la Tanzanie, l'Espagne, le Maroc, l'Italie, la Tunisie, le Cameroun et le Sénégal (entre 20 et 50 cas pour chacun de ces pays).

- La **proportion de personnes-contacts qui n'appartenaient pas au même foyer que le cas index se stabilisait à 63,4%**, après une légère augmentation observée entre S04 (61,5%) et S06 (63,8%).

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

► Données cumulées depuis début mars 2020

- Du 1^{er} mars 2020 au 21 février 2021, **27 224** 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 3).
- Il s'agissait de **16 766 (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD et autres EHPA) **et 10 458 (38%) dans les autres ESMS** (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 3).
- Parmi les **16 766 signalements en EHPA**, 14 076 (84%) épisodes comprenaient **au moins un cas confirmé** parmi les résidents ou le personnel.
- Parmi les 27 224 signalements en ESMS, **189 464 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents (Tableau 3). Parmi les **24 601 décès survenus dans les établissements**, 24 405 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 3. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'ESMS, chez les résidents et le personnel, rapportés entre le 1^{er} mars 2020 et le 21 février 2021, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	16 766	7 468	1 176	1 814	27 224
Cas confirmés ⁶	164 575	20 287	1 357	3 245	189 464
Chez les résidents					
Décès ⁷ hôpitaux	9 588	372	0	39	9 999
Décès ⁷ établissements	24 405	138	0	58	24 601
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	79 326	15 332	1 429	1 582	97 669

¹Établissement d'hébergement pour personnes âgées

²Établissement d'hébergement pour personnes handicapées

³Établissement de l'Aide sociale à l'enfance

⁴Autres établissements

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

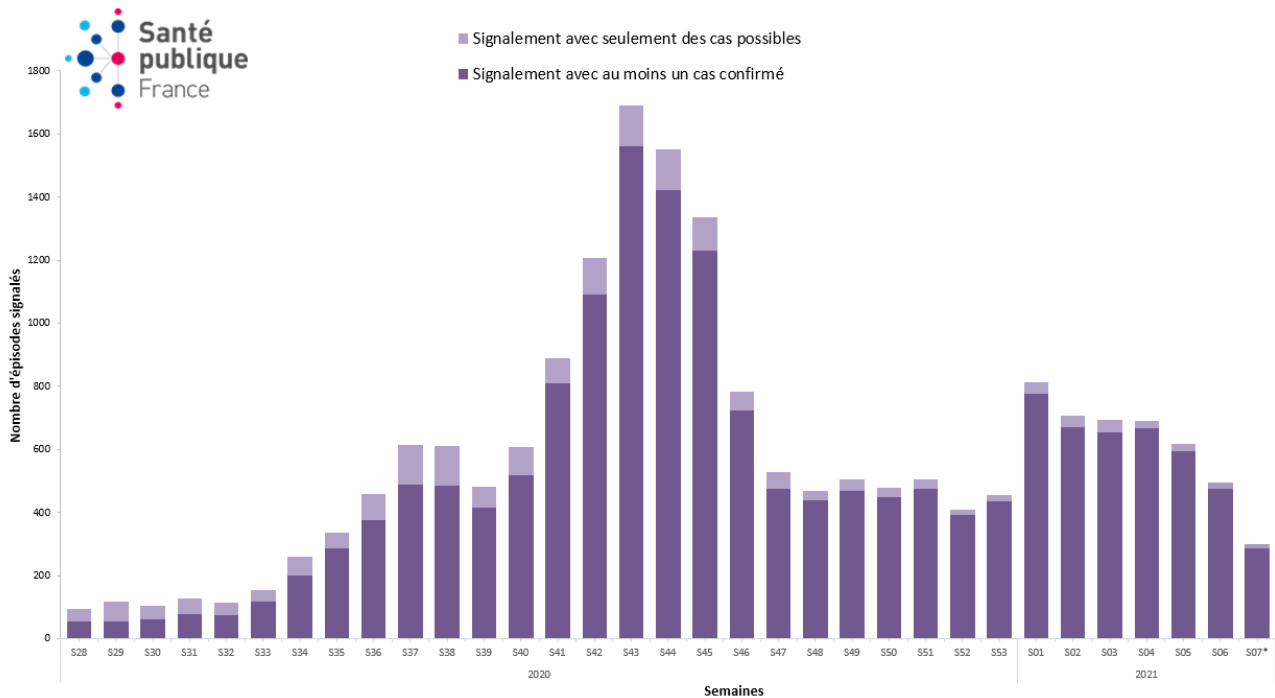
⁶Cas de COVID-19 biologiquement confirmés

⁷Cas possibles et confirmés décédés

► Données recueillies depuis début juillet 2020

- Depuis début juillet 2020, **le nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS** a augmenté pour atteindre un pic en S43 avec **1 690** signalements enregistrés, puis il a diminué entre les semaines 44 et 48 et s'est stabilisé les semaines suivantes. Une augmentation du nombre de signalements a été enregistrée en semaine 01-2021 et une stabilisation est observée depuis la semaine 02. **Le nombre de signalements a diminué** en semaine 05 et 06 avec respectivement 619 et 494 signalements enregistrés contre 692 en semaine 04. En semaine 07, **299 signalements ont été enregistrés** (données non consolidées) (Figure 21).
- La proportion d'EHPA par région ayant signalé au moins un nouvel épisode en S07 sur le territoire métropolitain est comprise entre 1% et 3%.
- Depuis le 20 juillet, parmi les 10 446 EHPA en France, 6 377 (61%) ont déclaré au moins un épisode. Quant aux 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 2 943 d'entre eux (soit 33%) ont déclaré au moins un épisode.

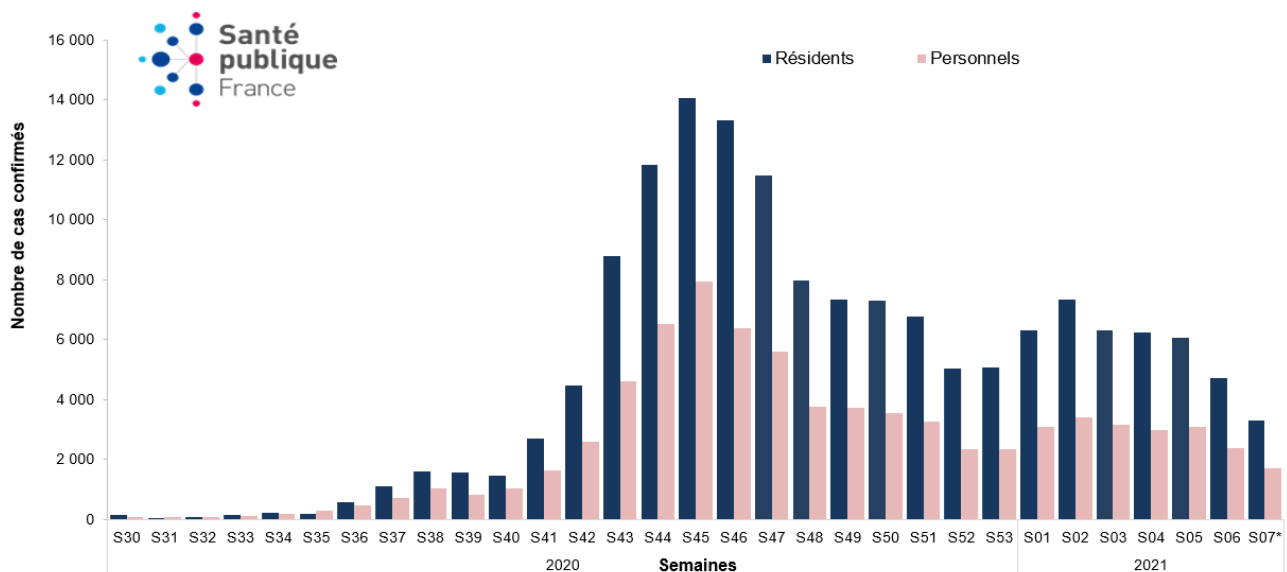
Figure 21. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 en ESMS, par date de début des signes du premier cas, entre le 06 juillet 2020 et le 21 février 2021, France



* Semaine 07 : données non consolidées

● Depuis fin juillet, le nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS a augmenté, pour atteindre un pic en semaine 45-2020 (22 003 cas), puis a diminué jusqu'en semaine 52 (7 373 cas). Le nombre de cas confirmés a de nouveau augmenté en semaines 01 et 02-2021 puis s'est stabilisé autour de 9 200 cas jusqu'à début février. En semaine 06, une diminution du nombre de cas confirmés est observée avec 7 100 cas enregistrés contre 9 131 en semaine 05-2021. En semaine 07-2021, 5 015 cas ont été enregistrés (données non 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 21 février 2021, France

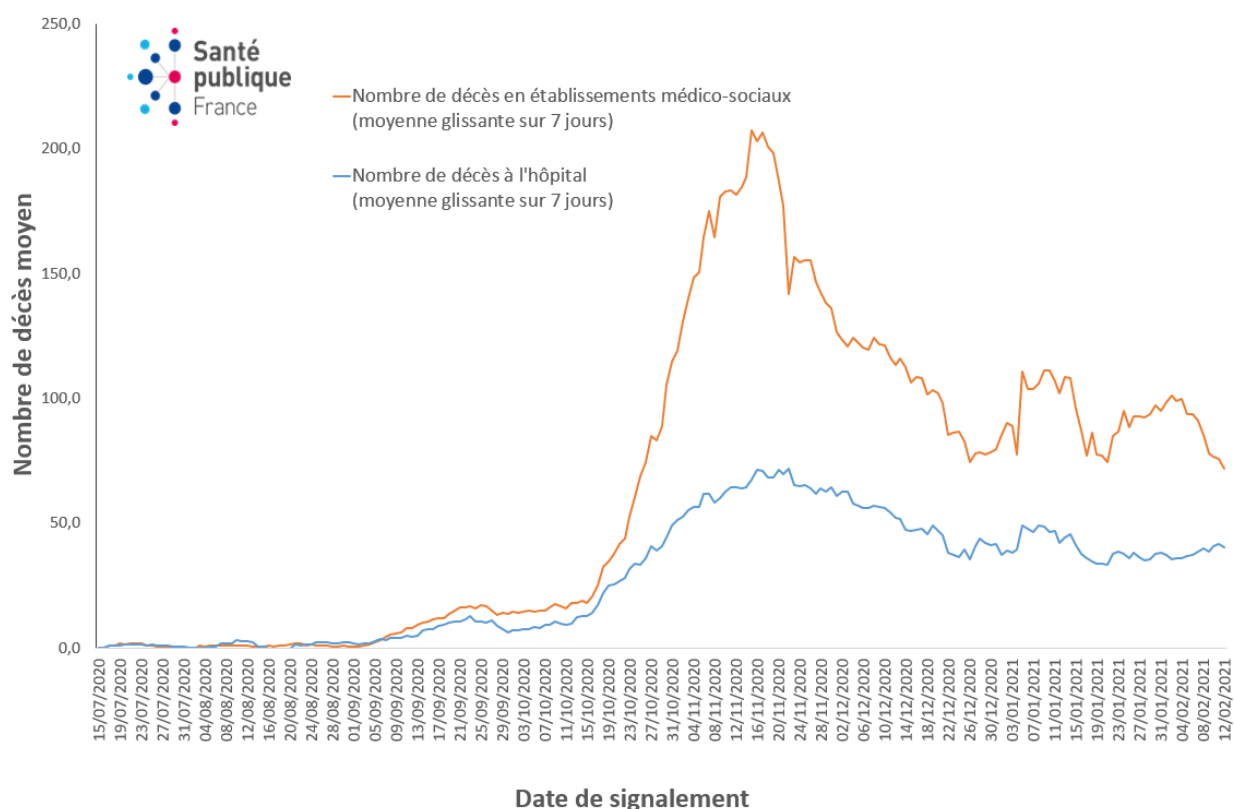


*Semaine 07 : données non consolidées

- Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36-2020, **le nombre de décès en établissement d'accueil dans les ESMS** a augmenté de la semaine 37 à la semaine 46 (S46 : 1 490 décès) puis a diminué jusqu'en semaine 48 et s'est stabilisé depuis. Une diminution du nombre de décès en établissement est observée pour les semaines 05 et 06-2021 (636 et 493 décès respectivement). En semaine 07, **180 décès ont été enregistrés** (données non consolidées).

- Le nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès dans l'ensemble des ESMS **diminue pour les décès en établissement et stagne pour les décès à l'hôpital** (Figure 23). La consolidation des données permettra de confirmer l'évolution observée.

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 21 février 2021, France*



* Dernières données de décès le 12 février 2021 pour l'estimation de la moyenne glissante sur 7 jours.

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **371 716 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 23 février 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période) (Figure 24).

- **En semaine 07** (du 15 au 21 février 2021), **6 746 passages aux urgences pour suspicion de COVID 19** ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (6 706 passages en S06). Ce chiffre était **stable** (+0,6%) après la baisse observée la semaine précédente (-11%) (Figure 24).

- La part d'activité était également stable (2,7% en S07 vs 2,8% en S06). Le nombre d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était stable (58% en S07 et S06).

- Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en baisse chez les 5-14 ans (-40%) et 75 ans et plus (-6%). Ce nombre était en hausse chez les 0-4 ans (+8% soit +5 passages), 15-44 ans (+7% soit +96 passages), 45-64 ans (+3% soit +59 passages), 65-74 ans (+2% soit +26 passages). La **répartition du nombre de passages par classe d'âge** était **comparable à la semaine précédente** : 0-4 ans (1%), 5-14 ans (1%), 15-44 ans (23%), 45-64 ans (30%), 65-74 ans (17%), 75 ans et plus (28%) (Figure 24).

- **Au niveau régional**, le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en hausse en Île-de-France (+18%, soit +235 passages), Centre-Val-de-Loire (+93%, soit +119 passages), Hauts-de-France (+15%, soit +72 passages), Grand Est (+8%, soit +46 passages) et Bourgogne-Franche-Comté (+9%, soit +29 passages), ainsi qu'à La Réunion (+20%, soit +9 passages).

- En semaine 07, comme les semaines précédentes, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité des passages était enregistrée en Île-de-France (23%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (17%), Auvergne-Rhône-Alpes (12%) et Grand Est (9%).

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

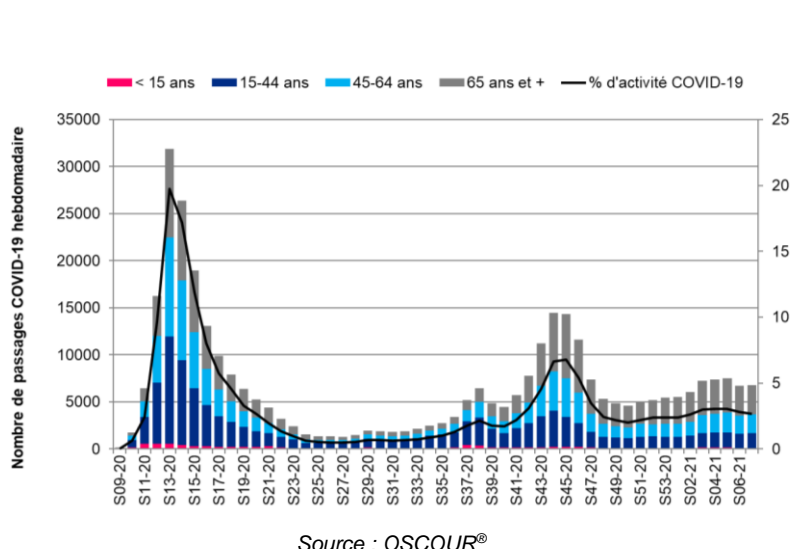
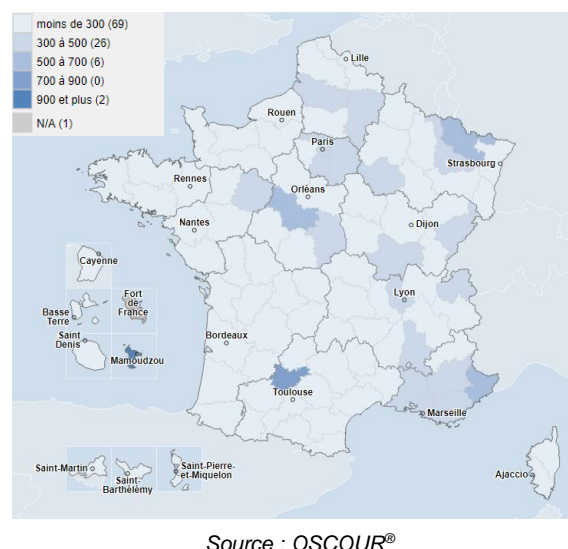


Figure 25. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 07-2021, France



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

NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

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

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

L'estimation du nombre de reproduction effectif en **France métropolitaine** au 20 février est **supérieure à 1 de façon significative** à partir des **données virologiques (SI-DEP) : 1,04** (IC95% [1,04-1,05]) (Tableau 4 et Figure 26). **Elle est significativement inférieure à 1 dans les deux autres sources de données :**

- à partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)**, l'estimation au 20 février est de **0,95** (IC95% [0,93-0,98]) ;
- à partir des **données d'hospitalisation pour COVID-19 (SI-VIC)**, l'estimation au 21 février est de **0,91** (IC95% [0,89-0,93]).

► Régions métropolitaines

• Au 20 février 2021, les estimations des **R-effectifs à partir des données virologiques SI-DEP** sont significativement supérieures à 1 dans cinq régions métropolitaines : Bretagne, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie et Pays de la Loire. Les estimations dans trois autres régions métropolitaines sont supérieures à 1 de façon non significative : Centre-Val de Loire, Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Tableau 4).

• À partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®)**, l'Île-de-France présentait une estimation du nombre de reproduction significativement supérieure à 1. Les régions Centre-Val de Loire, Grand Est et Hauts-de-France présentaient des estimations supérieures à 1 mais de façon non significative.

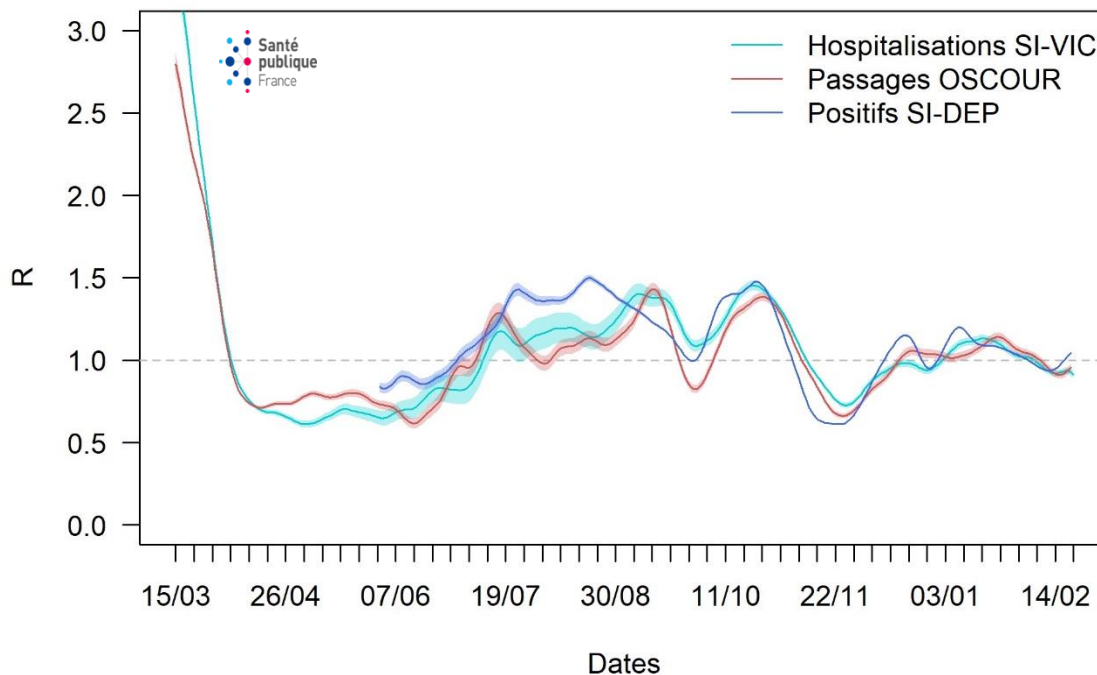
• À partir des **hospitalisations pour COVID-19** rapportées dans **SI-VIC**, aucune région ne présentait un nombre de reproduction supérieur à 1 significativement. L'estimation du nombre de reproduction au 21 février était supérieure à 1 de façon non significative dans les Pays de la Loire.

► Régions d'outre-mer

Au 20 février, les estimations **du nombre de reproduction à partir des données virologiques SI-DEP** étaient significativement supérieures à 1 en **Guadeloupe et à La Réunion** (Tableau 4). Le nombre de reproduction estimé à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) excédait 1 de façon non significative à La Réunion. Enfin, les estimations du 21 février à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) étaient supérieures à 1 de façon non significative à La Réunion et en Guyane.

[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 20 février 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 4. Nombre de reproduction effectif du 20 février 2021 à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), et nombre de reproduction effectif du 21 février à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), par région, France

Territoire	Régions	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	0,98 (0,96-0,99)	0,90 (0,84-0,96)	0,85 (0,80-0,90)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,94 (0,91-0,96)	0,94 (0,85-1,04)	0,88 (0,80-0,97)
	Bretagne	1,07 (1,04-1,11)	0,98 (0,83-1,15)	0,96 (0,83-1,09)
	Centre-Val de Loire	1,01 (0,98-1,04)	1,00 (0,87-1,13)	0,85 (0,75-0,95)
	Corse	1,08 (0,97-1,19)	0,61 (0,38-0,91)	0,84 (0,53-1,24)
	Grand Est	0,99 (0,97-1,01)	1,02 (0,94-1,10)	0,88 (0,81-0,94)
	Hauts-de-France	1,21 (1,19-1,23)	1,05 (0,97-1,14)	0,97 (0,91-1,03)
	Ile-de-France	1,13 (1,12-1,14)	1,09 (1,04-1,15)	0,98 (0,93-1,02)
	Normandie	1,06 (1,03-1,09)	0,89 (0,76-1,04)	0,88 (0,78-0,98)
	Nouvelle-Aquitaine	0,92 (0,90-0,95)	0,77 (0,69-0,86)	0,77 (0,69-0,85)
	Occitanie	0,89 (0,87-0,91)	0,76 (0,69-0,83)	0,81 (0,73-0,88)
	Pays de la Loire	1,09 (1,06-1,12)	0,83 (0,72-0,94)	1,01 (0,90-1,13)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,00 (0,98-1,01)	0,97 (0,91-1,02)	0,99 (0,93-1,04)
	France métropolitaine	1,04 (1,04-1,05)	0,95 (0,93-0,98)	0,91 (0,89-0,93)
France ultramarine	Guadeloupe	1,28 (1,12-1,46)	0,96 (0,47-1,62)	NC
	Guyane	0,56 (0,44-0,69)	NC	1,00 (0,60-1,51)
	La Réunion*	1,26 (1,17-1,35)	1,29 (0,97-1,66)	1,20 (0,88-1,57)
	Martinique	0,93 (0,71-1,17)	NA	NC
	Mayotte	0,98 (0,94-1,02)	0,89 (0,74-1,07)	0,92 (0,78-1,08)

NC : le nombre de reproduction n'est pas estimable de façon fiable en raison d'un nombre de cas insuffisant sur les 7 derniers jours
 NA : données non disponibles pour cette région

* 20% de cas importés

Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

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

• Depuis le 1^{er} mars 2020, **2 043** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

• Parmi les **338 559 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars 2020 (Tableau 5) :
 – l'âge médian des patients est de 73 ans et 53% sont des hommes ;
 – **60 469** patients sont décédés : **75%** étaient âgés de 75 ans et plus et **58%** étaient des hommes ;
 – **252 114** patients sont retournés à domicile.

• Le 23 février 2021, **25 705 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France** (vs 26 239 le 16 février, soit -2%), **dont 3 445 en services de réanimation** (vs 3 348 le 16 février, soit +3%) (Figures 27 et 28).

Tableau 5. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en réanimation) le 23 février 2021 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

	Le 23 février 2021				Depuis le 1 ^{er} mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	25 705		3 445		252 114		60 469	
Classes d'âge *								
Total	25 509		3 411		250 049		60 140	
0-14 ans	52	<1	8	<1	2 861	1	5	<1
15-44 ans	1 028	4	190	6	30 051	12	420	1
45-64 ans	4 292	17	1 134	33	62 758	25	4 741	8
65-74 ans	5 572	22	1 311	38	49 256	20	9 801	16
75 et +	14 565	57	768	23	105 123	42	45 173	75
Régions *								
Total	25 660		3 435		252 083		60 443	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	3 395	13	411	12	36 452	14	8 915	15
Bourgogne-Franche-Comté	1 503	6	151	4	13 816	5	3 718	6
Bretagne	728	3	50	1	4 630	2	1 110	2
Centre-Val de Loire	1 030	4	132	4	7 514	3	1 940	3
Corse	95	<1	8	<1	613	<1	143	<1
Grand Est	2 330	9	293	9	27 641	11	7 929	13
Hauts-de-France	2 700	11	360	10	23 326	9	6 051	10
Île-de-France	5 088	20	805	23	65 144	26	14 622	24
Normandie	1 248	5	128	4	8 386	3	2 195	4
Nouvelle-Aquitaine	1 279	5	175	5	11 061	4	2 740	5
Occitanie	1 660	6	281	8	13 776	5	3 141	5
Pays de la Loire	820	3	86	3	8 412	3	1 975	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 452	13	457	13	26 137	10	5 524	9
Outre-mer								
La Réunion	121	<1	52	2	870	<1	62	<1
Martinique	14	<1	4	<1	402	<1	45	<1
Mayotte	143	1	26	1	857	<1	77	<1
Guadeloupe	27	<1	8	<1	840	<1	176	<1
Guyane	27	<1	8	<1	2 206	1	80	<1

* L'information sur l'âge 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

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

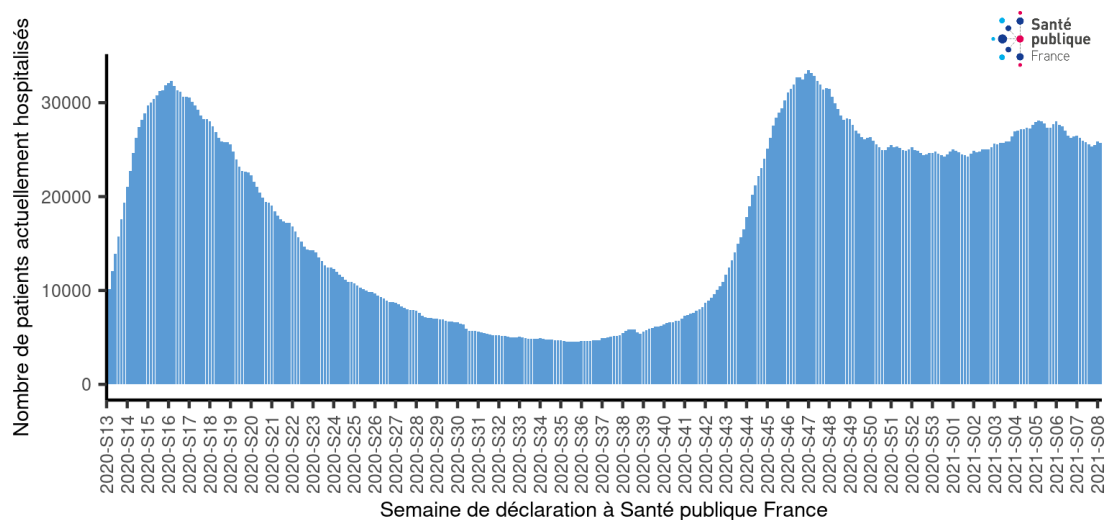
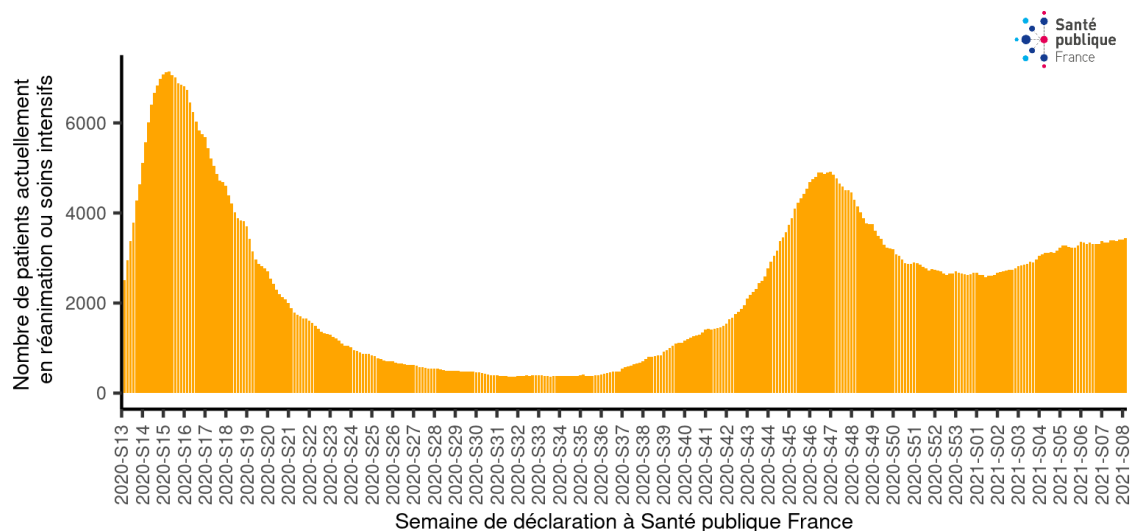


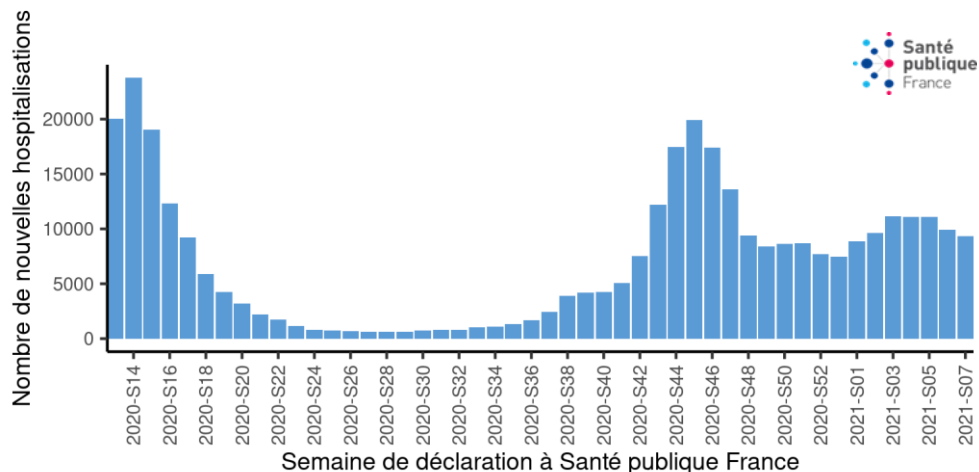
Figure 28. Nombre de patients COVID-19 en services de réanimation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 23 février 2021)



● La diminution du nombre de déclarations de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 observée en semaine 06 se poursuit en semaine 07 : **9 362 nouvelles hospitalisations** déclarées en S07 vs **9 921** en S06, soit -6 % (Figure 29).

Le **taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19** était de **14,0/100 000 habitants** en S07 contre **14,8** en S06.

Figure 29. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 21 février 2021)



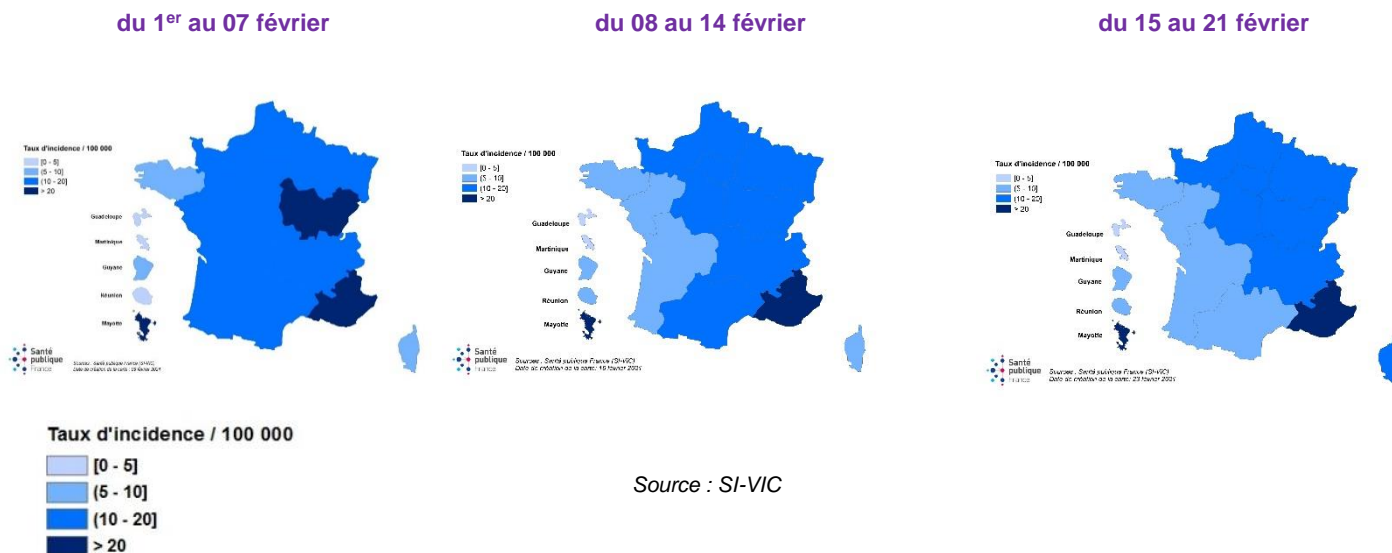
Source : SI-VIC

● En France métropolitaine en semaine 07, le **taux hebdomadaire d'hospitalisations** était en augmentation en **Corse** (+148% soit +37 nouvelles hospitalisations), dans les **Hauts-de-France** (+23%), en **Bretagne** (+17%) et **Normandie** (+8%). Il était stable ou en diminution dans les autres régions de France métropolitaine.

● Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (27,7/100 000 habitants), dans les **Hauts-de-France** (19,8), en **Corse** (18,0), en **Bourgogne-Franche Comté** (16,6) et en **Île-de-France** (15,7). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 15 pour 100 000 habitants (Figure 30).

● En **Outre-mer**, le **plus fort taux d'hospitalisations** en semaine 07 était observé à **Mayotte** avec 61,5/100 000 habitants, en **diminution** par rapport à S06 (72,3, soit -15%). Une **hausse** était observée dans les quatre autres régions d'outre-mer : **La Réunion** (6,9 vs 5,7 en S06, soit +10 hospitalisations), **Martinique** (1,39 vs 0,6, soit +3), **Guadeloupe** (2,1 vs 1,1, soit +4) et **Guyane** (6,2 vs 5,2, soit +3).

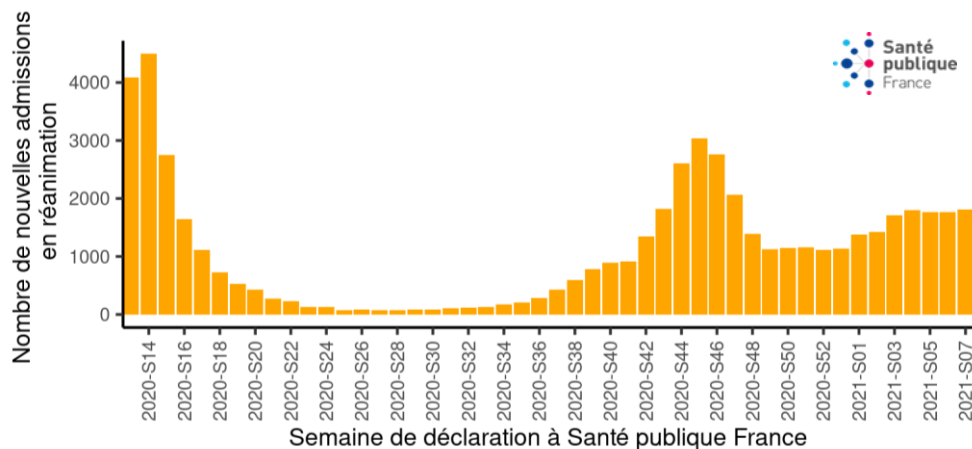
Figure 30. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 1^{er} au 21 février 2021 (S05 à S07), France



Source : SI-VIC

● Après avoir augmenté entre les semaines 01 et 04, le nombre de déclarations de **nouvelles admissions en services de réanimation** de patients COVID-19 s'est stabilisé depuis la semaine 04 : **1 807** nouvelles admissions en services de réanimation ont été déclarées en S07 contre **1 763** en S06, soit +2,4% (Figure 31). **Le taux hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de réanimation est resté stable à 2,7/100 000 habitants en S07.**

Figure 31. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 21 février 2021)



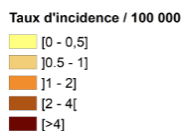
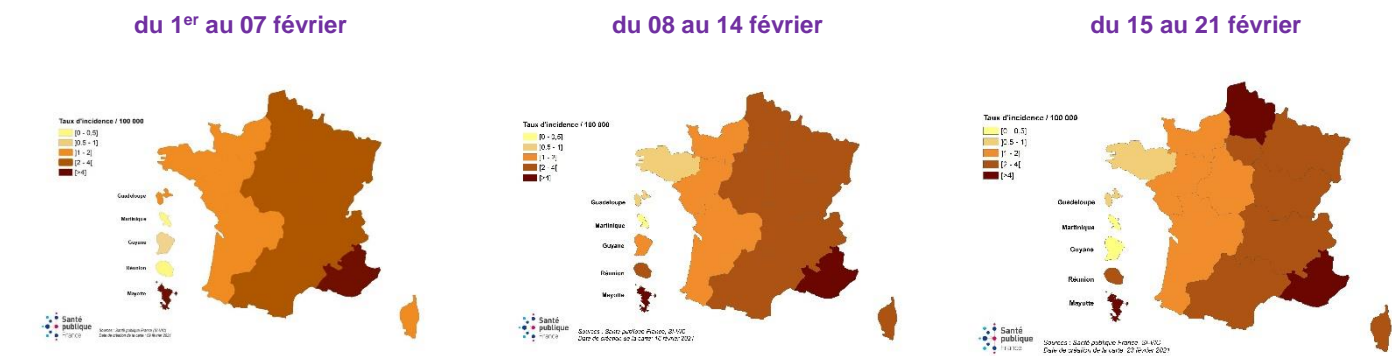
Source : SI-VIC

● En France métropolitaine en semaine 07, le **taux hebdomadaire de nouvelles admissions en services de réanimation était en augmentation** dans les **Hauts-de-France (+39%)**, en **Provence-Alpes-Côte d'Azur (+12%)**, en **Auvergne-Rhône-Alpes (+9%)** et en **Normandie (+5%)**. Ce taux était stable dans les **Pays de la Loire (-4%, soit - 2 admissions)**, et en diminution dans le reste des régions (de -8% en **Nouvelle-Aquitaine** à -36% en **Corse** soit -4 admissions).

● Les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de réanimation** en métropole étaient rapportés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur (4,9/100 000 habitants)**, **Île-de-France (3,3)**, **Auvergne-Rhône-Alpes (3,0)**, **Bourgogne-Franche Comté (2,5)**, **Grand Est** et **Occitanie (2,3)**, et **Corse (2,0)**. Les autres régions de France métropolitaine rapportaient des taux inférieurs à 2,0 pour 100 000 habitants (Figure 32).

● En **Outre-mer**, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en services de réanimation** en semaine 07 était observé à **Mayotte (17,2/100 000 habitants)**, en **augmentation** par rapport à la S06 (+41% soit +14 admissions). Une **augmentation** était également observée à **La Réunion (3,7 vs 2,8 en S06, soit +8 admissions)**. Les effectifs réduits des admissions en services de réanimation dans les autres régions ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

Figure 32 Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 1^{er} au 21 février 2021 (S05 à S07), France



Source : SI-VIC

- Après s'être stabilisé entre les semaines 04 et 06, le nombre de **déclarations de décès** de patients COVID-19, survenus au cours d'une hospitalisation, était **en diminution** en semaine 07 : **2 016** décès en S07 vs **2 246** en S06, soit -10% (Figure 33).

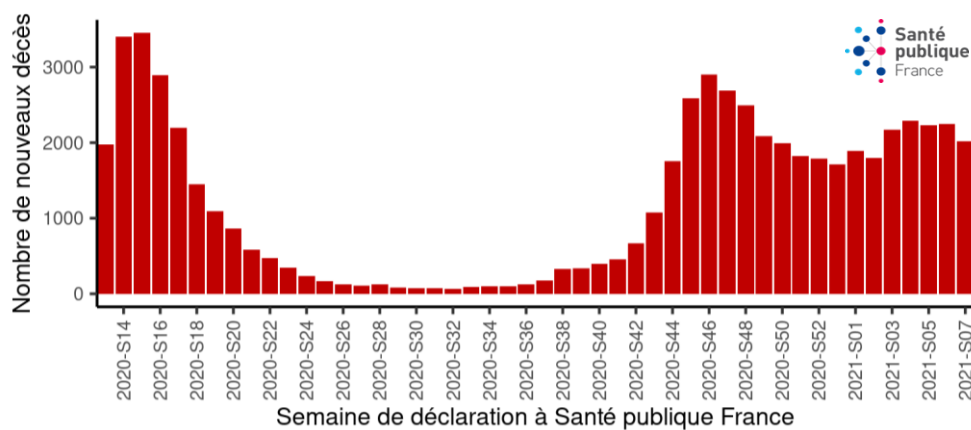
Le **taux hebdomadaire de décès de patients COVID-19** était de **3,0/100 000 habitants** (vs **3,4** en S06).

- **En France métropolitaine** en semaine 07, le **taux hebdomadaire de décès était en diminution dans toutes les régions, excepté** en Corse (0%) où il était stable, et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (+7%), Bretagne (+20%) et Hauts-de-France (+28%) où il était en augmentation.

- Les **plus forts taux hebdomadaires de décès** en métropole étaient rapportés en Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,7 pour 100.000 habitants), en Hauts-de-France (4,1), en Bourgogne-Franche-Comté (3,7), en Grand-Est (3,5), en Auvergne-Rhône-Alpes (3,1) et en Centre-Val de Loire (3,1).

- **En Outre-mer**, le **plus fort taux hebdomadaire de décès** en semaine 07 était observé à **Mayotte** (5,7/100 000 habitants), en **augmentation** par rapport à la S06 (+45% soit +5 décès). Les effectifs réduits des décès dans les autres régions ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à S06.

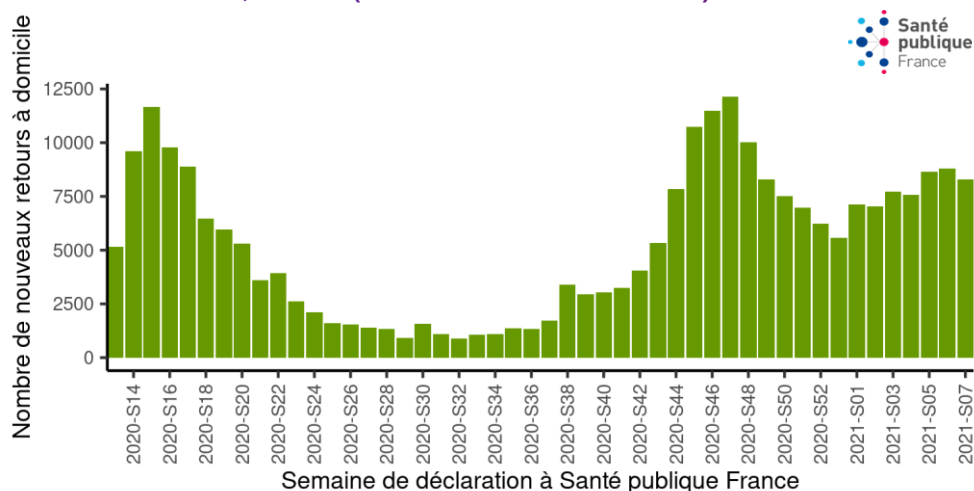
Figure 33. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 21 février 2021)



Source : SI-VIC

- Le nombre de déclarations de **retours à domicile** de patients COVID-19 après une hospitalisation était **en diminution** en S07 : **8 283** vs **8 800** en S06, soit -6% (Figure 34).

Figure 34. Nombre hebdomadaire de nouveaux retours à domicile de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 21 février 2021)



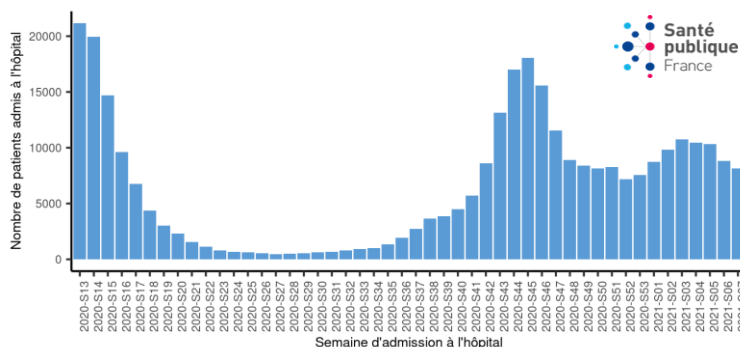
Source : SI-VIC

NB. Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en services de réanimation ou le décès d'un patient COVID-19 et la date de déclaration ou de mise à jour du statut du patient dans le système SI-VIC est fréquent. Ce délai peut être particulièrement important dans le cas de rattrapage de déclaration d'anciens dossiers de patients. Ce délai entraîne un retard dans l'observation des tendances et peut aboutir à une surestimation des incidences si des événements anciens sont comptabilisés au cours de la semaine de déclaration.

- Les graphiques précédents (Figures 29, 31, 33 et 34) sont présentés par date de déclaration. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients COVID-19 hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figures 35 et 36) ou par date de décès (Figure 37). Toutefois, les données de la S07 ne sont pas consolidées.

- **Le nombre de nouvelles hospitalisations a diminué en S06** (-14% par rapport à S05, données consolidées). Les données de S07 ne sont pas encore consolidées (-8% entre S06 et S07) (Figure 35).

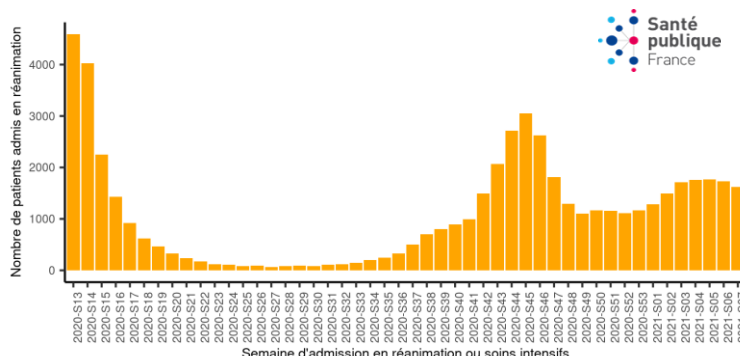
Figure 35. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis à l'hôpital, par semaine d'admission, depuis le 23 mars 2020, France (données au 23 février 2021)



Semaine 07 : données non consolidées / Source : SI-VIC

- Le nombre de nouvelles admissions en services de réanimation est resté stable en semaine 06 (-1,8% par rapport à S05, données consolidées). Les données de S07 ne sont pas encore consolidées (-6% entre S06 et S07) (Figure 36).

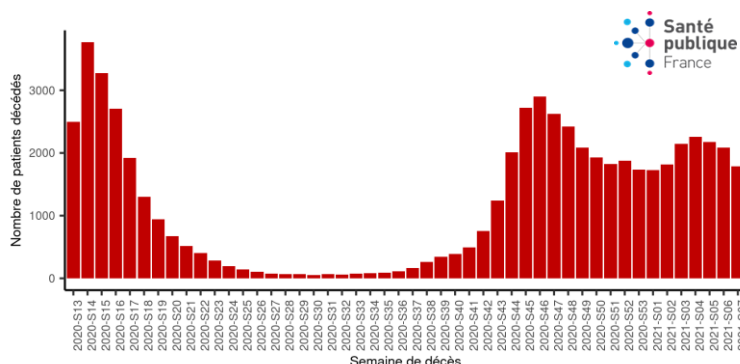
Figure 36. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 admis en services de réanimation pendant leur hospitalisation, par semaine d'admission en services de réanimation, depuis le 23 mars 2020, France (données au 23 février 2021)



Semaine 07 : données non consolidées / Source : SI-VIC

- Le nombre de décès a légèrement diminué en S06 (-4% par rapport à S05, données consolidées). Les données de S07 ne sont pas encore consolidées (-14% entre S06 et S07) (Figure 37).

Figure 37. Nombre hebdomadaire de décès à l'hôpital de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 23 mars 2020, France (données au 23 février 2021)



Semaine 07 : données non consolidées / Source : SI-VIC

► 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 DROM. 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 23 février 2021, parmi les **7 022 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19, 71% étaient des hommes**. L'âge médian des patients était de **68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [59-74]), et 61% étaient âgés de 65 ans et plus. 100 de ces patients étaient des professionnels de santé.

- **89% des patients admis en réanimation présentaient au moins une comorbidité**, et cette proportion était de **84% parmi ceux âgés de moins de 65 ans**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'**hypertension artérielle** (45%), l'**obésité** (IMC \geq 30kg.m⁻²) (45% des cas signalés dont l'IMC était renseigné) et le **diabète** (31%) (Tableau 6).

- Parmi les 5 408 patients pour lesquels l'information était renseignée, 46% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 5 699 patients : 46% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 42% d'une ventilation invasive et 3% d'une assistance extracorporelle (ECMO/ECCO₂R) au cours de leur séjour en réanimation.

- **1 336 décès** ont été rapportés à ce jour, dont cinq chez des professionnels de santé. **L'âge médian des personnes décédées était de 74 ans** (IIQ : [67-79]) ; 82% étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 1 311 patients ; parmi eux, 1 243 (95%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (53%), l'obésité (41% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (38%) (Tableau 6). Entre le 05 octobre 2020 et le 23 février 2021, 4 076 sorties de réanimation ont été rapportées.

Tableau 6. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 23 février 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=7 022)		Cas décédés en réanimation (n=1 336)	
	n	%	n	%
0-14 ans	20	<1	0	-
15-44 ans	417	6	22	2
45-64 ans	2 273	33	212	16
65-74 ans	2 563	37	496	37
75 et +	1 701	24	605	45
Non renseigné	48		1	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	760	11	68	5
Au moins une comorbidité	6 082	89	1 243	95
Hypertension artérielle	3 111	45	697	53
Obésité (IMC \geq 30) ³	2 785	45	473	41
Diabète	2 117	31	441	34
Pathologie cardiaque	1 690	25	502	38
Pathologie pulmonaire	1 432	21	339	26
Pathologie rénale	597	9	193	15
Immunodépression	485	7	146	11
Cancer	484	7	150	11
Pathologie neuromusculaire	234	3	72	5
Pathologie hépatique	163	2	60	5
Autre	1 025	15	208	16
Non renseigné	180		25	

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

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

³La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients dont l'IMC est renseigné (n=6 186 et n=1 164 pour les cas décédés)

SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES

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

- **Entre le 1^{er} mars 2020 et le 21 février 2021, 396 cas** de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (ou PIMS) ont été signalés.

- 170 cas (43%) ont concerné des filles. L'âge médian des cas était de 7 ans (25% des cas avaient ≤ 3 ans et 75% ≤ 11 ans).

- **Trois quarts des cas étaient confirmés par une RT-PCR et/ou une sérologie pour SARS-CoV-2 positives** (n=297, 75%). Le lien avec le virus était probable chez 18 patients soit 5% des cas (contage avec un sujet positif ou scanner évocateur) et considéré comme possible chez 23 patients (6%). Pour les 58 patients restants (15%), ce lien n'a pas pu être établi.

- Parmi les 338 patients pour lesquels le lien avec la COVID-19 était possible, probable ou confirmé, les PIMS étaient associés à une myocardite pour 240 cas (71%). Parmi les 58 patients sans lien établi avec la COVID-19, une myocardite n'a été retrouvée que chez 5 d'entre eux.

- Un séjour en réanimation a été nécessaire pour 179 enfants (45%) et en unité de soins critiques pour 94 (24%). Les autres enfants ont été hospitalisés en service de pédiatrie. Un enfant âgé de 9 ans est décédé dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite.

- **Les régions ayant signalé le plus grand nombre de cas** sont l'**Île-de-France** (159 cas, 40%), Auvergne-Rhône-Alpes (57 cas, 14%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (50 cas, 13%) et Grand Est (24 cas, 6%). Les autres régions ont rapporté moins de 20 cas (Tableau 7).

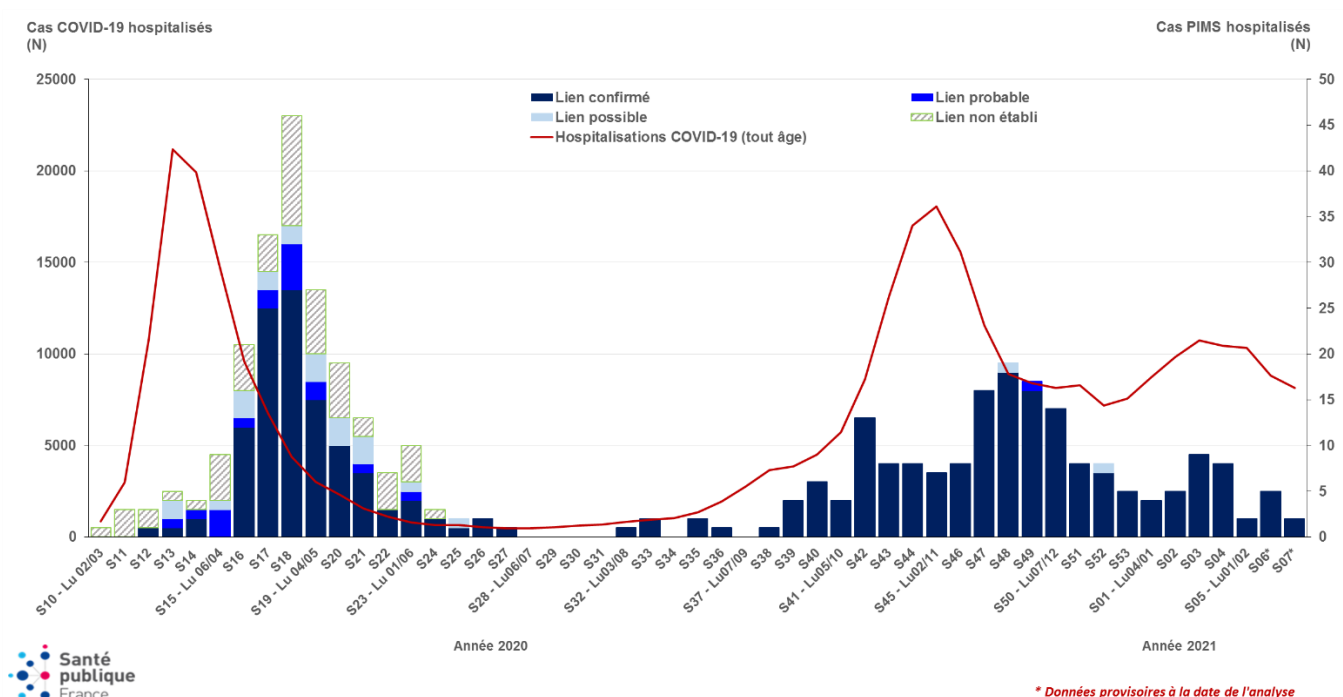
- Un **délai moyen de survenue des PIMS de quatre à cinq semaines après l'infection par le SARS-CoV-2** avait été observé lors de la première vague de l'épidémie. Après un pic observé en semaine 18-2020 (semaine d'hospitalisation), le nombre de cas signalés a diminué de manière importante au cours de l'été, avant une nouvelle augmentation depuis la semaine 39 (fin septembre) : 180 cas ont été rapportés entre le 21 septembre 2020 et le 21 février 2021, tous confirmés à l'exception d'un cas probable et de deux cas possibles (Figure 38).

- Au total, les données recueillies confirment l'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique rare chez l'enfant avec fréquente atteinte cardiaque, lié à l'épidémie de COVID-19, également observé dans d'autres pays. En France, l'incidence des PIMS en lien avec la COVID-19 (338 cas) a été estimée à **23,3 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans** (soit 14 511 544 habitants, données Insee 2019).

Tableau 7. Nombre de cas de PIMS par région en fonction de leur lien avec le SARS-CoV-2, du 02 mars 2020 au 21 février 2021, France (données au 23 février 2021)

Nombre de cas de PIMS selon le lien avec le SARS-CoV2					
Régions métropolitaines	Lien confirmé	Lien probable	Lien possible	Lien non établi	Total
Île-de-France	128	8	6	17	159
Auvergne-Rhône-Alpes	41	3	2	11	57
Provence-Alpes-Côte d'Azur	39	1	4	6	50
Grand Est	17	2	2	3	24
Nouvelle-Aquitaine	14	1	0	4	19
Pays de la Loire	11	1	1	6	19
Normandie	6	1	2	5	14
Occitanie	10	0	0	1	11
Bourgogne-Franche-Comté	5	1	0	2	8
Hauts-de-France	4	0	2	0	6
Centre-Val de Loire	3	0	2	0	5
Bretagne	1	0	1	1	3
Corse	0	0	0	0	0
Régions ultramarines					
Mayotte	12	0	0	0	12
Guadeloupe	4	0	1	2	7
Guyane	1	0	0	0	1
La Réunion	1	0	0	0	1
Martinique	0	0	0	0	0
France entière	297	18	23	58	396

Figure 38. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations pour PIMS, en fonction du lien avec la COVID-19, et d'hospitalisations COVID-19 tous âges, du 02 mars 2020 au 21 février 2021, France (données au 23 février 2021)



SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

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

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 23 février 2021, **85 070 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **60 469** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **24 601** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 21 février 2021).

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

- Au niveau national, après consolidation des données, **le nombre hebdomadaire de décès était en légère diminution en semaine 06**, avec 2 739 décès vs 2 869 en S05 (-4,5%). **En semaine 07, 2 196 décès ont été recensés** mais les données n'étant pas consolidées, l'évolution ne peut pas encore être interprétée.

- En ESMS : une forte diminution des décès était constatée entre S05 et S06 (-22,5% soit -143 décès). Entre S06 et S07, l'évolution ne peut pas être interprétée, les données n'étant pas consolidées.

- En hospitalisation : une stabilisation des décès était notée entre S05 et S06 (+0,6% soit +13 décès). Entre S06 et S07, le nombre de décès était en diminution (-10,2% soit -230 décès, données consolidées).

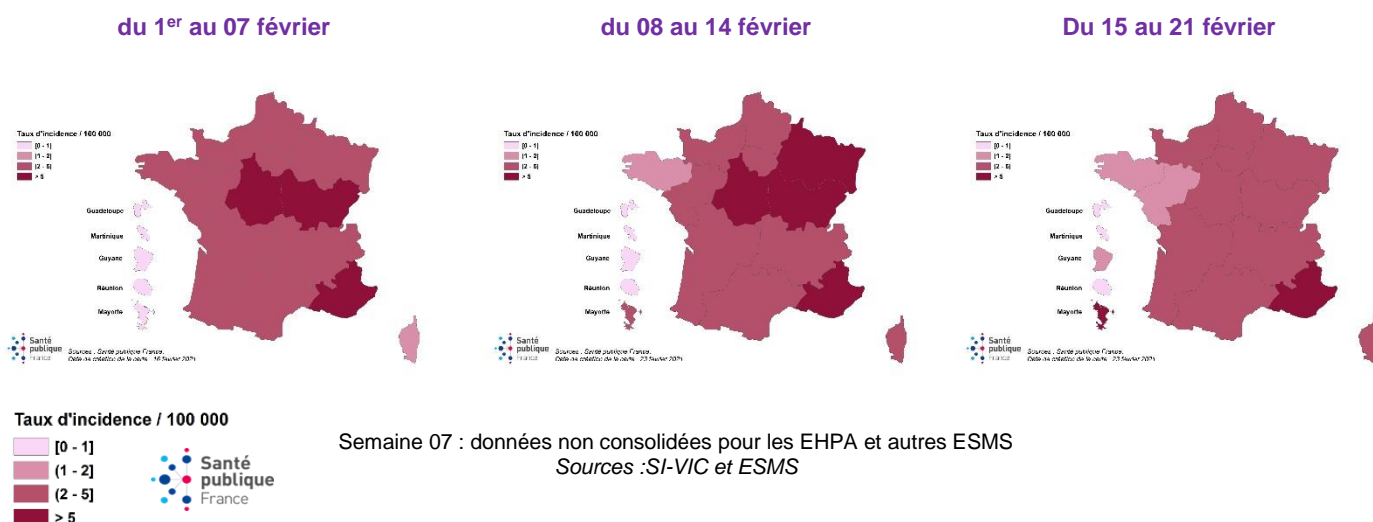
- Après consolidation des données, à l'échelle nationale le **taux hebdomadaire de décès** en S06 était de **4,1 pour 100 000 habitants** (vs 4,3 en S05). En S07 (données non consolidées), ce taux était de 3,3.

- **En semaine 07 (données non consolidées)**, les **plus forts taux de décès** dus à la COVID-19 **par région** rapportés à la population étaient observés en Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,9/100 000 habitants), à Mayotte (5,5), en Hauts-de-France (4,3), Bourgogne-Franche-Comté (4,2), Grand Est (3,8) et Centre-Val de Loire (3,6) (Figure 39).

- Entre les semaines 05 et 06 (données consolidées), **le taux de décès avait augmenté** à Mayotte (+450% soit +9 décès), en Guadeloupe (+200%, soit +2 décès), en Corse (+40%, soit +2 décès), en Île-de-France (+20,5%), dans le Grand-Est (+7,7%), en Centre-Val de Loire (+7,3%), en Auvergne-Rhône-Alpes (+5,5%) et en Normandie (+2,3%).

En semaine 07, bien que les données ne soient pas consolidées, une augmentation du taux de décès était observée en Guyane et à La Réunion (+2 décès pour ces deux régions).

Figure 39. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 1^{er} au 21 février 2021 (S05 à S07), par région, France



► Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 36 538 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 6).

- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92,7% des personnes avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 54% de ces décès.
- 54,5% de ces certificats de décès contenaient une mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée.

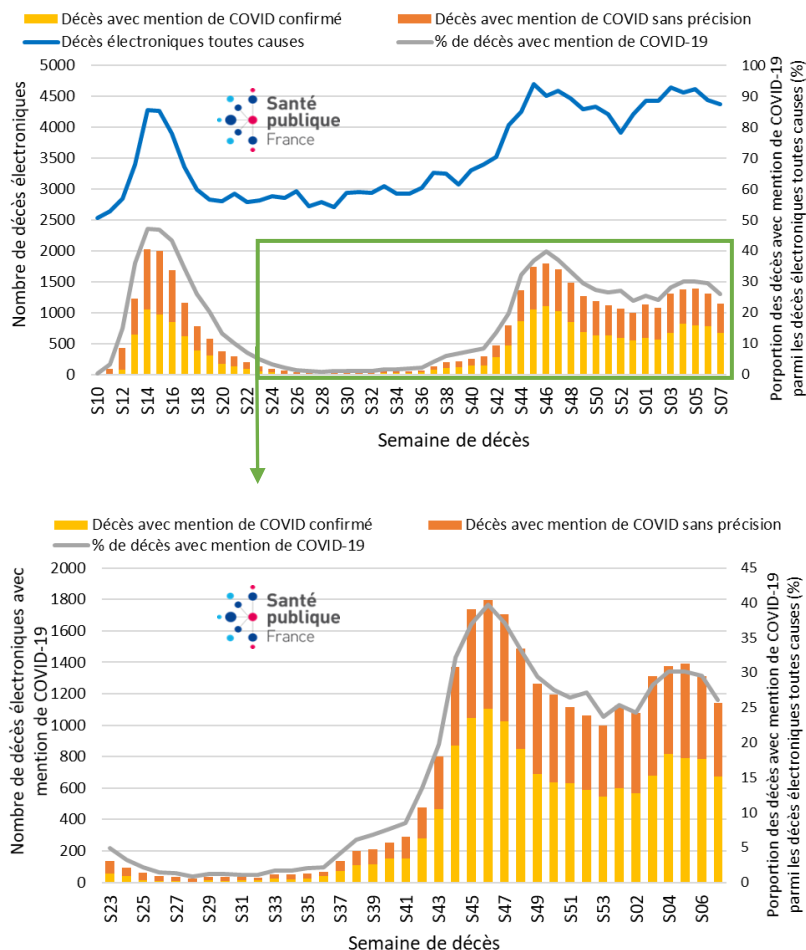
- Des comorbidités étaient renseignées pour 23 887 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 35% de ces décès et une mention d'hypertension artérielle pour 22%.

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

- Pour la semaine 07 (du 15 au 21 février 2021), **1 142 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 26,1% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 40). Ce **nombre de décès est en diminution par rapport à la semaine précédente** (-170 décès, soit -13% par rapport à S06). La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 59%.

- Parmi les 1 142 personnes décédées au cours de la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 873 (76%) étaient âgées de 75 ans et plus, 187 (16%) de 65 à 74 ans et 74 (6%) de 45 à 64 ans. Huit personnes décédées étaient âgées de 15 à 44 ans.

Figure 40. Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 21 février 2021, France (données au 23 février 2021)



Sources : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 8. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 22 février 2021, France (données au 23 février 2021)

Sexe	n	%
Hommes	19 841	54
Femmes	16 696	46

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	1	25	3	75	4	0
15-44 ans	73	33	146	67	219	1
45-64 ans	681	28	1 750	72	2 431	7
65-74 ans	1 517	29	3 659	71	5 176	14
75 ans ou plus	10 379	36	18 329	64	28 708	78
Tous âges	12 651	35	23 887	65	36 538	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	8 398	35
Hypertension artérielle	5 253	22
Diabète	3 834	16
Pathologie respiratoire	3 094	13
Pathologie rénale	3 099	13
Pathologies neurologiques *	2 049	9
Obésité	1 319	6
Immunodéficience	528	2

* ce groupe inclut les pathologies neurovasculaires et neuromusculaires

¹% présentés en ligne ; ²% présentés en colonne

► Mortalité toutes causes

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

● **Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu à partir de la S40-2020** (du 28 septembre au 04 octobre 2020) **jusqu'en S06-2021** (du 08 au 14 février 2021), avec une hausse jusqu'en S45 (du 02 au 08 novembre), puis une diminution amorcée à partir de la S47 (du 16 au 22 novembre) (Figure 41). À partir de la semaine 53-2020, les effectifs de décès sont repartis à la **hausse jusqu'en semaine 03-2021, avec un excès de mortalité au niveau national atteignant +22%** (Tableau 9). **Entre les semaines 04 et 06-2021, une diminution de la mortalité se confirme.** Du fait du délai habituel de transmission des données, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 06-2021 sera précisée la semaine prochaine.

Tableau 9. Estimation de la proportion (%) de l'excès de décès par rapport à la mortalité attendue, tous âges confondus, dans un échantillon de 3 000 communes, de la semaine 43-2020 à la semaine 05-2021, France

Semaine	2020											2021				
	S43	S44	S45	S46	S47	S48	S49	S50	S51	S52	S53	S01	S02	S03	S04	S05
%	+21	+26	+33	+31	+25	+21	+20	+19	+15	+12	+15	+18	+17	+22	+18	+16

*Estimations non consolidées pour les semaines S03 à S05-2021
Sources : Santé publique France, Insee*

● Au niveau régional (Figure 42), le **nombre de décès** sur les dernières semaines semble **en diminution dans la plupart des régions pour lesquelles un excès de mortalité était observé**, notamment en Normandie, dans les Hauts-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, même si les effectifs restent supérieurs à ceux attendus, en particulier dans cette dernière région. En Auvergne-Rhône-Alpes, le nombre de décès poursuit également sa diminution en semaine 06 et revient au niveau haut des marges de fluctuation habituelles pour la première fois depuis la semaine 40.

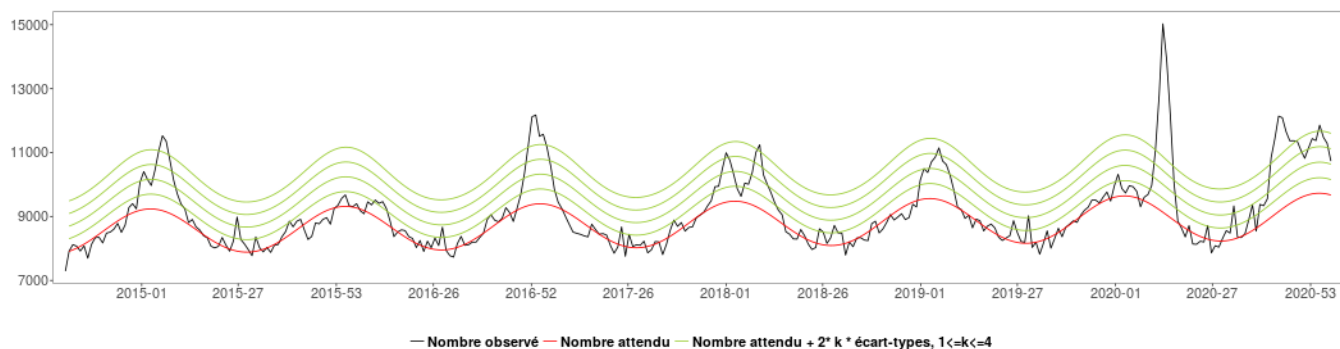
En revanche, en Bourgogne-Franche-Comté et dans le Grand Est, le nombre de décès est à nouveau en légère hausse en semaine 06 après une nette diminution en semaine 05. En Île-de-France, le nombre de décès, déjà en excès modéré depuis la semaine 03, semble également s'accroître en semaine 06.

● Au total, **le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu** en S03 et S04 dans 10 régions, en S05 dans 9 régions et **en S06 dans 6 régions** : Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

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

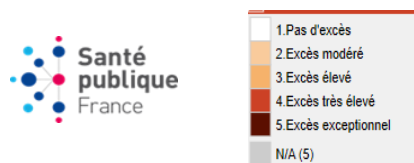
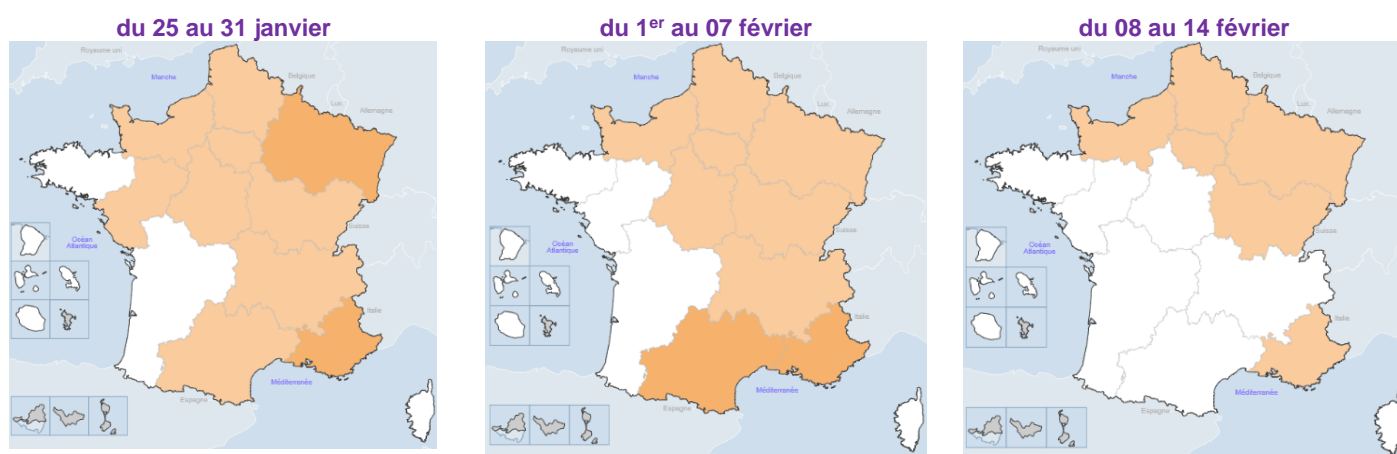
NB. Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes, en particulier sur les semaines 03 à 06-21, et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l'absence d'information sur les causes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

Figure 41. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 33-2014 à la semaine 06-2021, France



Sources : Santé publique France, Insee

Figure 42. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 04, 05 et 06-2021, par région, France (données au 23 février 2021)



Pas d'excès : indicateur standardisé de décès (Z-score) <2
 Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99
 Excès élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 5 et 6,99
 Excès très élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 7 et 11,99
 Excès exceptionnel de décès indicateur standardisé de décès (Z-score) supérieur à 12

Sources : Santé publique France, Insee

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

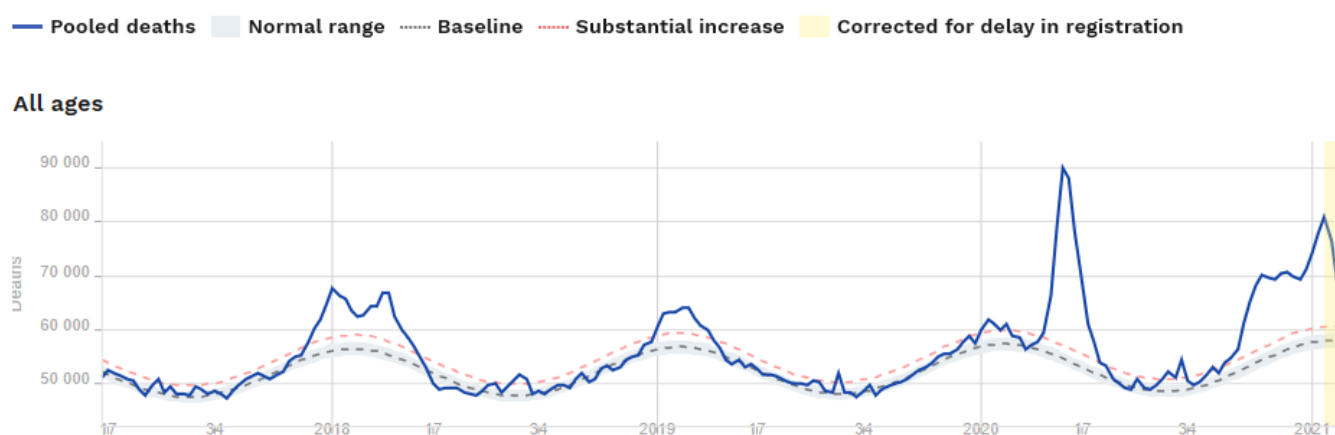
Pour en savoir + sur les évolutions de la mortalité toutes causes, consulter la page des [Bulletins SURSAUD®](#)

► Mortalité à l'échelle européenne

- Parmi les 27 pays ou régions qui participent au [consortium EuroMOMO](#) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité est notée depuis le début du mois d'octobre 2020, qui s'est accrue à partir de S43 jusqu'à S46 (Figure 43). Le nombre de décès est resté en plateau à un niveau élevé jusqu'en semaine 52, avant de repartir à la hausse jusqu'en semaine 03. **Une diminution rapide s'observe depuis la semaine 04** jusqu'à revenir dans la limite haute des marges de fluctuation habituelles en semaine 06. Cette diminution concerne toutes les classes d'âge. Cette dynamique reste à confirmer avec la consolidation des données de chaque pays/région (Figure 43).

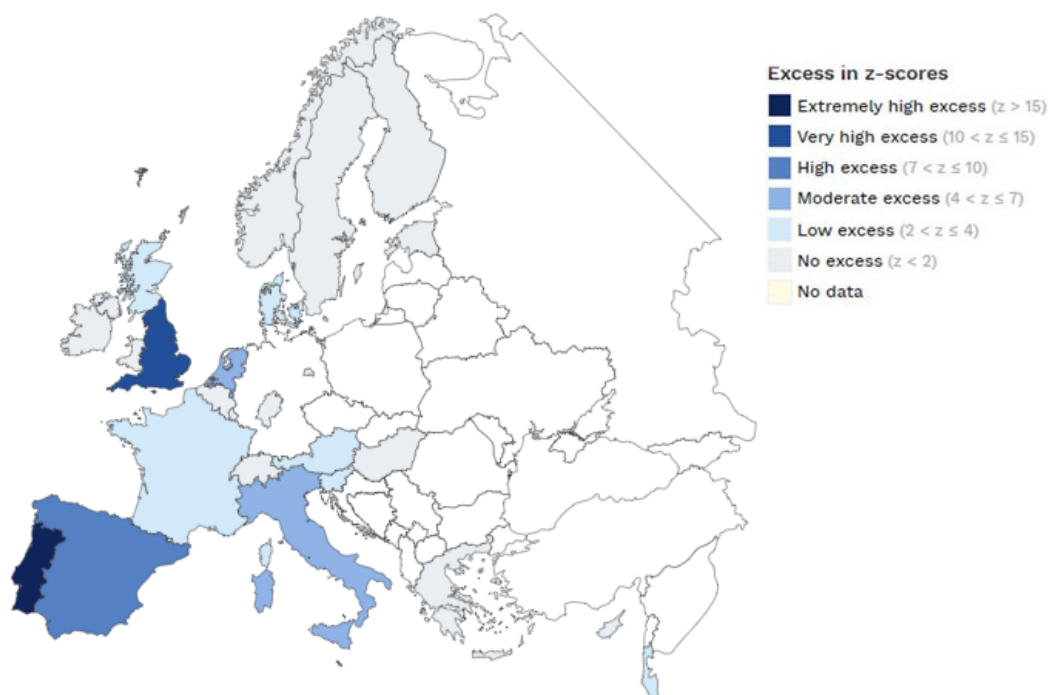
- Au total, un excès de mortalité était observé dans 18 pays/régions en S02-2021, dans 16 pays/régions en S03 et S04 et dans 12 pays/régions en S05 (Angleterre, Écosse, Danemark, Pays-Bas, France, Italie, Malte, Israël, Autriche, Slovaquie, Espagne et Portugal) (Figure 44).

Figure 43. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 27 pays/régions européens, de la semaine 16-2017 à la semaine 06-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 17 février 2021)



Source : EuroMOMO

Figure 44. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 05-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 17 février 2021)



Source : EuroMOMO

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Elle est désormais ouverte à l'ensemble des personnes appartenant aux catégories suivantes : les personnes âgées en Ehpad ou en unité de soins de longue durée (USLD) ; les professionnels de santé, y compris libéraux ; les sapeurs-pompiers et les aides à domicile de plus de 50 ans et/ou atteints de comorbidités ; les personnes handicapées vulnérables prises en charge dans les foyers d'accueil médicalisés et les maisons d'accueil spécialisées et les personnels y exerçant âgés de 50 ans et plus et/ou atteints de comorbidités ; les personnes vulnérables à très haut risque et les plus de 75 ans. À compter du 25 février 2021, les personnes âgées de 50 à 64 ans et présentant des comorbidités auront également la possibilité de se vacciner.

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

► En population générale

● Le 23 février 2021, **2 656 447 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 1 318 292 personnes ont été vaccinées par deux doses** (données par date d'injection).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, 4,0% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 2,0% a reçu deux doses.

La répartition des personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 présentée par région, par tranche d'âge et par sexe figure dans les Tableaux 10, 11 et 12.

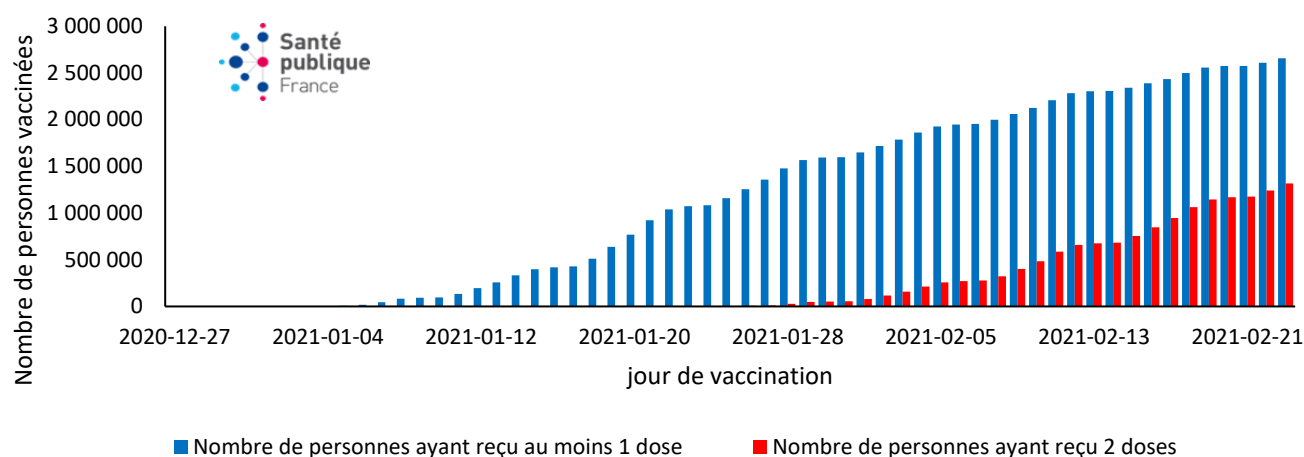
Tableau 10. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 23 février 2021, par région, France

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne - Rhône - Alpes	312 538	3,9	140 310	1,7
Bourgogne - Franche-Comté	146 045	5,2	80 333	2,9
Bretagne	154 725	4,6	68 727	2,1
Centre-Val de Loire	120 328	4,7	55 972	2,2
Corse	20 127	5,8	7 951	2,3
Grand - Est	238 358	4,3	117 222	2,1
Hauts-de-France	184 237	3,1	104 497	1,8
Ile de France	367 883	3,0	183 230	1,5
Normandie	154 799	4,7	87 901	2,7
Nouvelle - Aquitaine	289 560	4,8	146 696	2,4
Occitanie	269 937	4,6	133 967	2,3
Pays de la Loire	154 625	4,1	80 018	2,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	214 473	4,2	105 104	2,1
France métropolitaine	2 627 635	4,0	1 311 928	2,0
Guadeloupe	2 572	0,7	569	0,2
Guyane	2 591	0,9	882	0,3
La Réunion	15 055	1,8	2 890	0,3
Martinique	4 144	1,2	1 724	0,5
Mayotte	4 270	1,5	292	0,1
Saint-Barthélemy	177	1,8	5	0,1
Non précisé	3	non applicable	2	non applicable
Total	2 656 447	4,0	1 318 292	2,0

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

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

Figure 45. Nombres cumulés de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 au 23 février 2021, par jour de vaccination, France



Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

- Conformément aux recommandations de vaccination, l'analyse par tranche d'âge montre que les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées chez les personnes les plus âgées. Au total, **24,9% des personnes âgées de 75 ans et plus ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 (Tableau 11).

Tableau 11. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 23 février 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	18 907	0,3	5 027	0,1
25-29	37 873	1,0	13 326	0,4
30-39	107 370	1,3	46 066	0,6
40-49	160 360	1,9	77 251	0,9
50-59	344 743	3,9	235 069	2,7
60-64	152 695	3,7	99 619	2,4
65-69	110 571	2,8	61 621	1,6
70-74	134 902	3,9	64 704	1,9
75-79	500 396	22,6	208 047	9,4
80 ans et +	1 088 177	26,2	507 474	12,2
inconnu*	453	non applicable	88	non applicable
France	2 656 447	4,0	1 318 292	2,0

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

Tableau 12. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 23 février 2021, par sexe, France

Sexe	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Homme	1 056 070	3,3	506 741	1,6
Femme	1 598 928	4,6	811 035	2,3
Inconnu	1 449	non applicable	516	non applicable
France	2 656 447	4,0	1 318 292	2,0

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

► Résidents en Ehpad ou en USLD

Les résidents en Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou en USLD (unités de soins de longue durée) comptent parmi les personnes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 car ils sont particulièrement touchés par cette maladie. Ces résidents ne peuvent cependant pas être identifiés en tant que tels dans la base Vaccin Covid.

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

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

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

- Au 23 février 2021, **501 465 résidents en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France (données par date d'injection). Il est ainsi estimé que **80,0% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19.

Les couvertures vaccinales régionales de la première dose varient entre 70,1% et 99,0% en France métropolitaine (Tableau 13). Les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions, notamment dans celles présentant des défauts de saisie dans Vaccin Covid.

- Il est estimé que **317 214 résidents des Ehpad et USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, ce qui correspond à 50,6% de ces résidents en France.

Tableau 13. Nombre de résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% des résidents) au 23 février 2021, par région, France

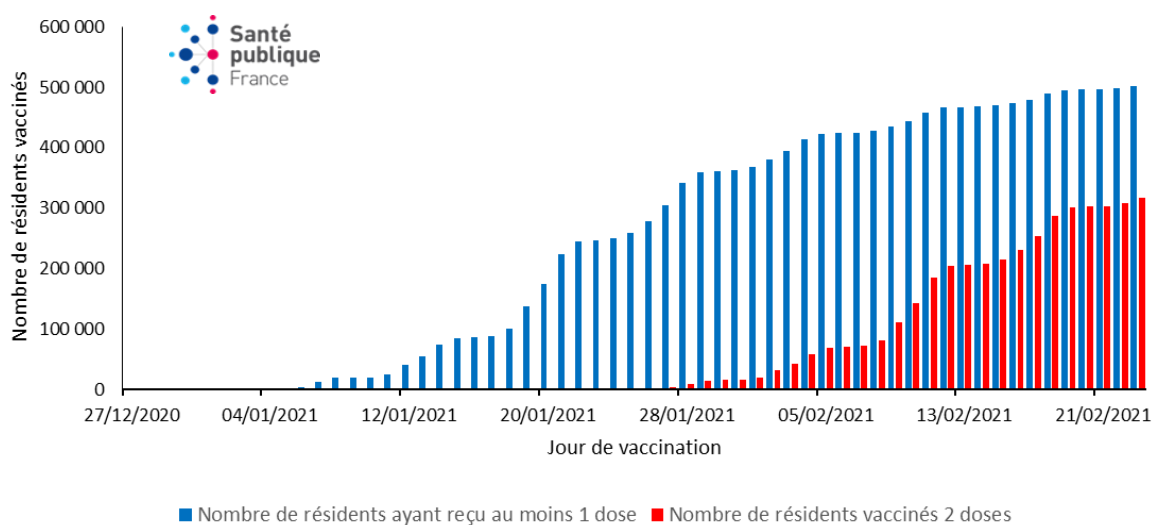
Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne - Rhône - Alpes	55 611	70,1	28 839	36,3
Bourgogne - Franche-Comté	24 368	71,9	16 669	49,2
Bretagne	38 361	91,4	24 465	58,3
Centre-Val de Loire	23 648	78,7	16 501	54,9
Corse*	2 157	>99,0	1 375	66,7
Grand - Est	42 054	78,7	28 476	53,3
Hauts-de-France	35 808	72,9	21 138	43,0
Ile de France	55 242	81,4	35 063	51,7
Normandie	31 149	89,5	22 739	65,4
Nouvelle - Aquitaine	61 368	84,3	38 303	52,6
Occitanie	51 462	83,1	30 743	49,6
Pays de la Loire	42 157	88,7	30 243	63,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	36 198	76,9	21 406	45,5
France métropolitaine	499 583	80,3	315 960	50,8
Guadeloupe	304	21,4	130	9,1
Guyane	142	64,0	122	55,0
La Réunion	1 066	69,7	783	51,2
Martinique	337	19,4	217	12,5
Saint-Barthélemy	5	non calculable	1	non calculable
Non précisé	28	non applicable	1	non applicable
Total	501 465	80,0	317 214	50,6

* Surestimation possible due à un dénominateur imprécis

Données non applicables à Mayotte

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

Figure 46. Nombres cumulés de résidents ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 au 23 février 2021, par jour de vaccination, France



Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

► Professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD

Sont incluses les professionnels travaillant en Ehpad ou en USLD, qu'ils soient professionnels de santé ou non. Ces professionnels ne peuvent cependant pas être identifiés en tant que tels dans la base Vaccin Covid.

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

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

- Au 23 février 2021, **180 263 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 **38,5% 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 28,6% et 49,6% (Tableau 14). Cependant, les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions, notamment dans celles présentant des défauts de saisie dans Vaccin Covid.

- Il est estimé que **100 767 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, ce qui correspond à 21,5% de ces professionnels en France (Tableau 14).

Tableau 14. Nombre de professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% des professionnels) au 23 février 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	17 904	28,6	8 307	13,3
Bourgogne - Franche-Comté	8 233	31,7	5 718	22,0
Bretagne	15 150	45,3	7 623	22,8
Centre-Val de Loire	8 987	41,6	5 507	25,5
Corse	576	31,5	360	19,7
Grand - Est	16 874	42,4	10 205	25,7
Hauts-de-France	13 532	37,2	6 987	19,2
Ile de France	18 924	41,7	9 808	21,6
Normandie	13 200	49,6	8 303	31,2
Nouvelle - Aquitaine	21 724	40,5	12 462	23,2
Occitanie	17 675	36,8	9 641	20,1
Pays de la Loire	15 038	41,1	8 666	23,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	11 824	36,4	6 870	21,2
France métropolitaine	179 641	38,7	100 457	21,6
Guadeloupe Martinique Guyane	301	12,4	166	6,9
La Réunion	285	26,7	142	13,3
Saint-Barthélemy	6	non calculable	0	non calculable
Non précisé	30	non applicable	2	non applicable
France entière	180 263	38,5	100 767	21,5

Données non applicables à Mayotte

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

► Par type de vaccin

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 (Tableau 15).

Tableau 15. Nombre de personnes vaccinées par type de vaccin pour la première dose et la seconde dose au 23 février 2021 en France

Régions	Pfizer/BioNTech		Moderna		AstraZeneca		Total
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	
Vacciné par première dose	2 387 232	89,9	143 351	5,4	125 859	4,7	2 656 442
Vacciné par seconde dose	1 288 137	97,7	30 153	2,3	2	0,0	1 318 292
Au moins une dose	3 675 369	92,5	173 504	4,4	125 861	3,2	3 974 734

* exprimé en doses de vaccin

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

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

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

La liste des centres de vaccination est disponible sur le lien suivant : <https://sante.fr/carte-vaccination-covid>

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

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

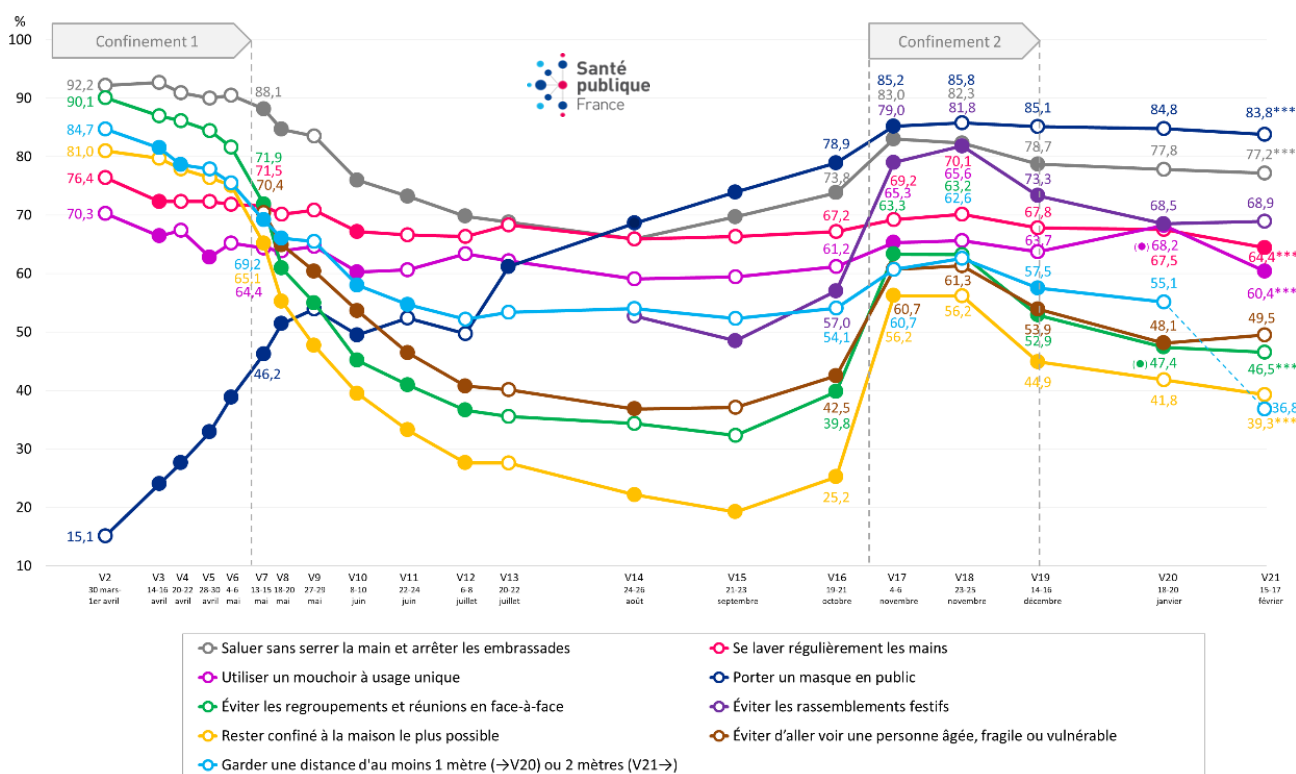
Les données proviennent de l'Enquête Santé publique France CoviPrev, [enquêtes Internet](#) répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de 2 000 personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (Access panel), de mars 2020 à février 2021.

► Adoption des mesures barrières

- En vague 21 de l'enquête (15-17 février 2021), l'adoption systématique des mesures en lien avec l'hygiène (se laver régulièrement les mains, utiliser un mouchoir à usage unique) est moindre qu'en vague 20 (18-20 janvier 2021) (Figure 47). **L'adoption systématique des autres mesures reste globalement stable** depuis la sortie du dernier confinement. Si le fait de rester confiné à la maison le plus possible est une des mesures les moins souvent déclarées (39%), le port systématique du masque en public reste la mesure déclarée la plus souvent respectée (85%). Il existe une **baisse du respect systématique de la distance** entre individus : elle est probablement due en grande partie au passage de 1 à 2 mètres qui définissent dorénavant cette distance.

- En vague 21, un tiers des personnes interrogées (33%) a aéré son logement quelques minutes toutes les heures. Plus des trois-quarts des personnes interrogées (79%) déclarent éviter de sortir pendant le couvre-feu.

Figure 47. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, février 2021

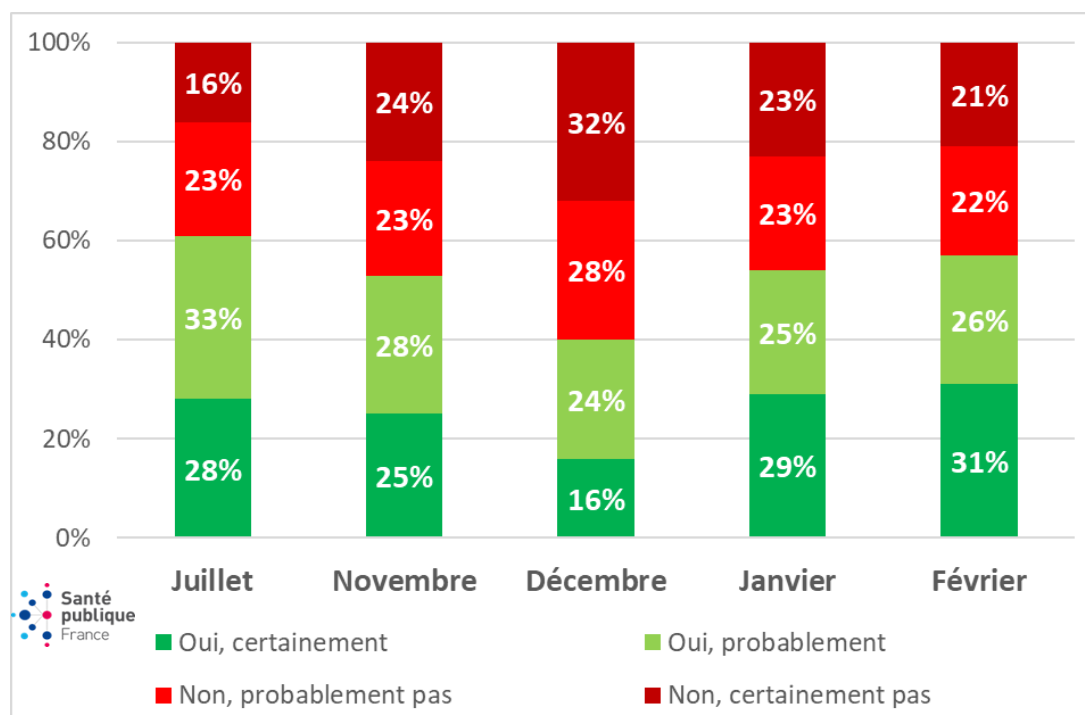


Note de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en matière de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 21) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 2), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

► Acceptabilité de la vaccination en population générale

• En vague 21 (15-17 février 2021), **plus de la moitié (57%) des personnes interrogées n'ayant pas été vaccinées (n=1 927) répondait vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la COVID-19**, dès que cela serait possible pour eux. Ce résultat est en augmentation par rapport à la vague 20 (18-20 janvier 2021) : 54% déclaraient alors avoir l'intention de le faire. L'évolution entre les deux vagues est peu marquée chez ceux déclarant vouloir certainement se faire vacciner (31 vs 29% en vague 20) et ne pas se faire vacciner (21% vs 23% en vague 20) (Figure 48).

Figure 48. Évolution des intentions de se faire vacciner contre la COVID-19 (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, février 2021



• Les hommes, les CSP+ et les personnes de 65 ans et plus restent les plus enclins à se faire vacciner (Tableau 16).

Tableau 16. Intentions de se faire vacciner contre la COVID-19 selon l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle (CSP). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, février 2021

Oui, certainement ou probablement	Sexe		Âge (années)					CSP en 3 classes		
	Homme	Femme	18-24	25-34	35-49	50-64	≥65	CSP+	CSP-	Inactifs
Vague 20 (%)	61	49	35	37	47	64	72	66	43	47
Vague 21 (%)	62	53	35	40	54	62	77	68	50	43

• Parmi les 821 personnes (43%) qui ne souhaitent pas être vaccinées, les raisons le plus souvent citées pour ne pas le faire étaient : « **les nouveaux vaccins ne sont pas sûrs** » (75%) ; « je préfère d'autres moyens de prévention comme les gestes barrières » (24%) ; « ce n'est pas efficace pour empêcher la propagation de l'épidémie » (21%) ; « ce n'est pas efficace pour m'empêcher de tomber malade » (18%) ; « je suis contre le vaccin en général » (18%).

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

► Santé mentale

- En vague 21 (15-17 février), une **augmentation significative des états anxieux (+4 points) et des états dépressifs (+3 points)** était observée par rapport à la vague précédente (vague 20, 18-20 janvier) (Figure 49).

- Aucune évolution statistiquement significative de la satisfaction de vie et des problèmes de sommeil n'a été observée par rapport à la vague précédente (Figure 49).

- **La prévalence des états dépressifs se maintient à un niveau élevé** depuis la vague 17 (4-6 novembre 2020) (supérieur à 20% vs 10% selon les données du Baromètre santé 2017) (Figure 50). **Elle avait été multipliée par deux** entre fin septembre (11% en vague 15) et fin novembre (23% en vague 18). Les états dépressifs ont globalement **augmenté** depuis le début du premier confinement (vague 2, 30 mars-1^{er} avril).

- **La prévalence des états anxieux se maintenait également à un niveau élevé** : près de 23% (vs 13,5% dans le Baromètre santé 2017) (Figure 49).

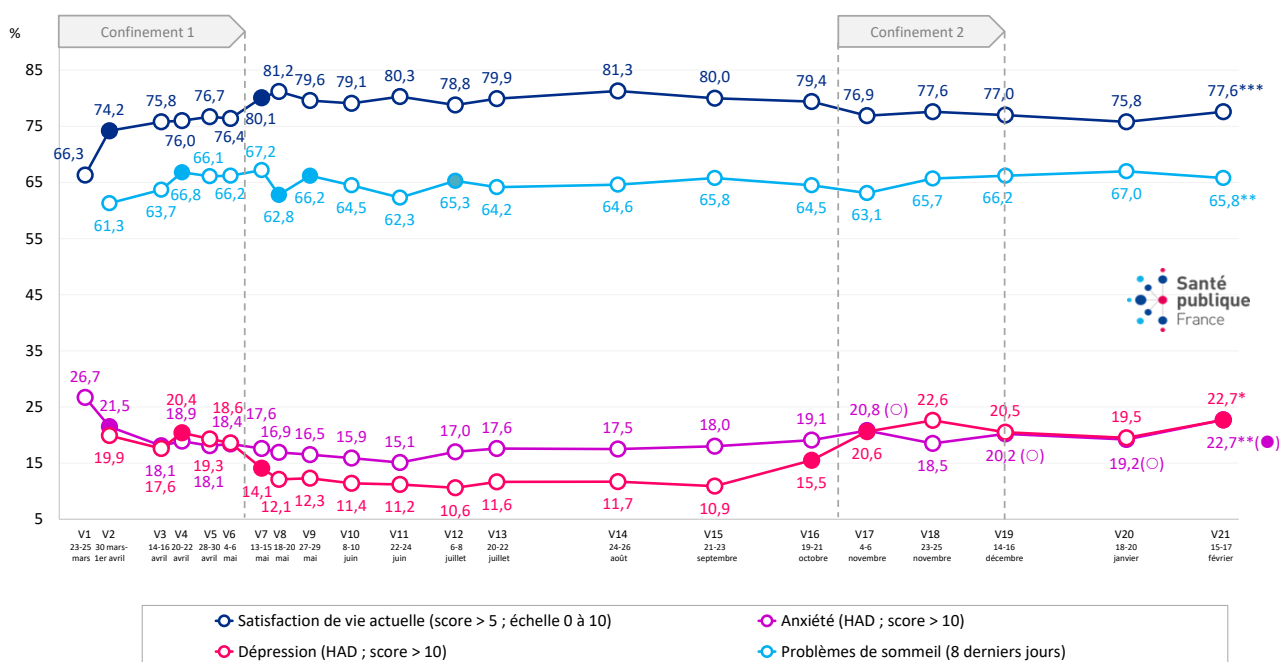
- En vague 21, **34% des personnes interrogées présentaient un état anxieux ou dépressif** (11% un état anxieux seulement, 11% un état dépressif seulement et 12% un état à la fois dépressif et anxieux).

- **Les problèmes de sommeil ont globalement augmenté depuis le début du premier confinement** (66% en vague 21 vs 61% en vague 2, 30 mars-1^{er} avril). Ils se maintiennent à un niveau élevé, supérieur à 65% (vs 49% selon les données du Baromètre santé 2017) (Figure 49).

- La satisfaction de vie (78%) était supérieure à celle observée au début du premier confinement (vague 1, 23-25 mars). Elle restait cependant inférieure à celle observée hors épidémie (-9 points par rapport aux données du Baromètre santé 2017) et suivait une tendance globalement à la baisse depuis fin août (81,3% en vague 14 : 24-26 août) (Figure 49).

- En vague 21, **la prévalence des pensées suicidaires présentait un niveau élevé**, supérieur à 8% (vs 5% selon le Baromètre santé 2017).

Figure 49. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2021



Note de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables sur le plan des variables sociodémographiques (sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation). Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 21) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 1 ou 2 selon l'indicateur), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$. HAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

• En vague 21, les profils de population ayant **une santé mentale plus dégradée** sont (Tableau 17) :

- les personnes déclarant **des antécédents de trouble psychologique**, celles **ayant ou ayant eu des symptômes de COVID-19**, les personnes déclarant une **situation financière très difficile** ainsi que celles **sans activité professionnelle (inactifs)** pour les trois indicateurs : anxiété, dépression, problèmes de sommeil ;
- les **femmes** pour les états anxieux et les problèmes de sommeil ;
- les **18-24 ans**, les **étudiants** et les personnes **vivant dans un logement surpeuplé** pour les états anxieux et les états dépressifs ;
- les **25-34 ans** pour les états anxieux ;
- les **chômeurs** pour les états dépressifs ;
- les personnes présentant **un risque de développer une forme grave de COVID-19** pour les états dépressifs et les problèmes de sommeil.

Tableau 17. Variables sociodémographiques associées à l'anxiété, à la dépression et aux problèmes de sommeil (vague 21 : 15-17 février 2021). Enquête CoviPrev, France métropolitaine

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Sexe	Femmes	--	Femmes
Classe d'âge (en 5 classes)	18-34 ans	18-24 ans	--
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	Inactifs	Inactifs	Inactifs
Situation professionnelle	Etudiants	Etudiants/Chômeurs	--
Situation financière perçue	Très difficile	Très difficile	Très difficile
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^b	--	Oui	Oui
Vivre dans un logement surpeuplé ^c	Oui	Oui	--
Avoir ou avoir eu des symptômes de COVID-19	Oui	Oui	Oui
Antécédents de trouble psychologique	Oui	Oui	Oui

Note de lecture : Les associations entre chacun des trois indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (test de Wald ajusté, $p < 0,05$). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à un trouble plus élevé, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. -- signifie qu'aucune modalité de la variable sociodémographique n'est associée au trouble considéré.

^aHAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*. ^b Facteurs de risque de développer une forme grave de COVID-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC > 30).

^c Selon la définition de l'Insee : logement avec moins de 18 m² par personne ou moins de 25 m² si la personne vit seule.

• En vague 21, indépendamment des facteurs sociodémographiques et des conditions de vie durant l'épidémie, **les facteurs affectifs** (émotions ressenties vis-à-vis de la situation épidémique) associés à **une santé mentale plus dégradée** sont (Tableau 18) :

- **l'inquiétude à l'égard de la santé** pour les états anxieux et les problèmes de sommeil ;
- l'inquiétude à l'égard **de la situation économique** et **la colère** pour les états anxieux ;
- le **sentiment de solitude** pour les états anxieux et dépressifs ;
- le sentiment **de déprime** pour les états anxieux et les problèmes de sommeil ;
- les sentiments **d'isolement, de peur, d'impuissance et de frustration** pour les états dépressifs.

Tableau 18. Déterminants cognitifs et affectifs associés à l'anxiété, à la dépression et aux problèmes de sommeil (vague 21 : 15-17 février 2021). Enquête CoviPrev, France métropolitaine

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Déterminants affectifs			
Inquiétude à l'égard de la santé	***	--	***
Inquiétude à l'égard de la situation économique	*	--	--
Frustration	--	***	--
Colère	***	--	--
Déprime	***	∅	***
Solitude	*	***	--
Isolement	--	*	--
Peur	∅	***	--
Impuissance	--	**	--

Notes de lecture : L'association entre les déterminants affectifs et les trois indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) était testée, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées aux conditions de vie durant l'épidémie (modèles de régression logistique, test de Wald au seuil de 5%), ***: p<0,001 ; **: p<0,01 ; *: p<0,05 ; -- : association non significative (p>0,05). ∅ déterminant affectif non introduit dans le modèle d'analyse. ^aHAD : Hospital Anxiety and Depression scale

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](https://www.santepubliquefrance.fr/).

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



SITUATION INTERNATIONALE

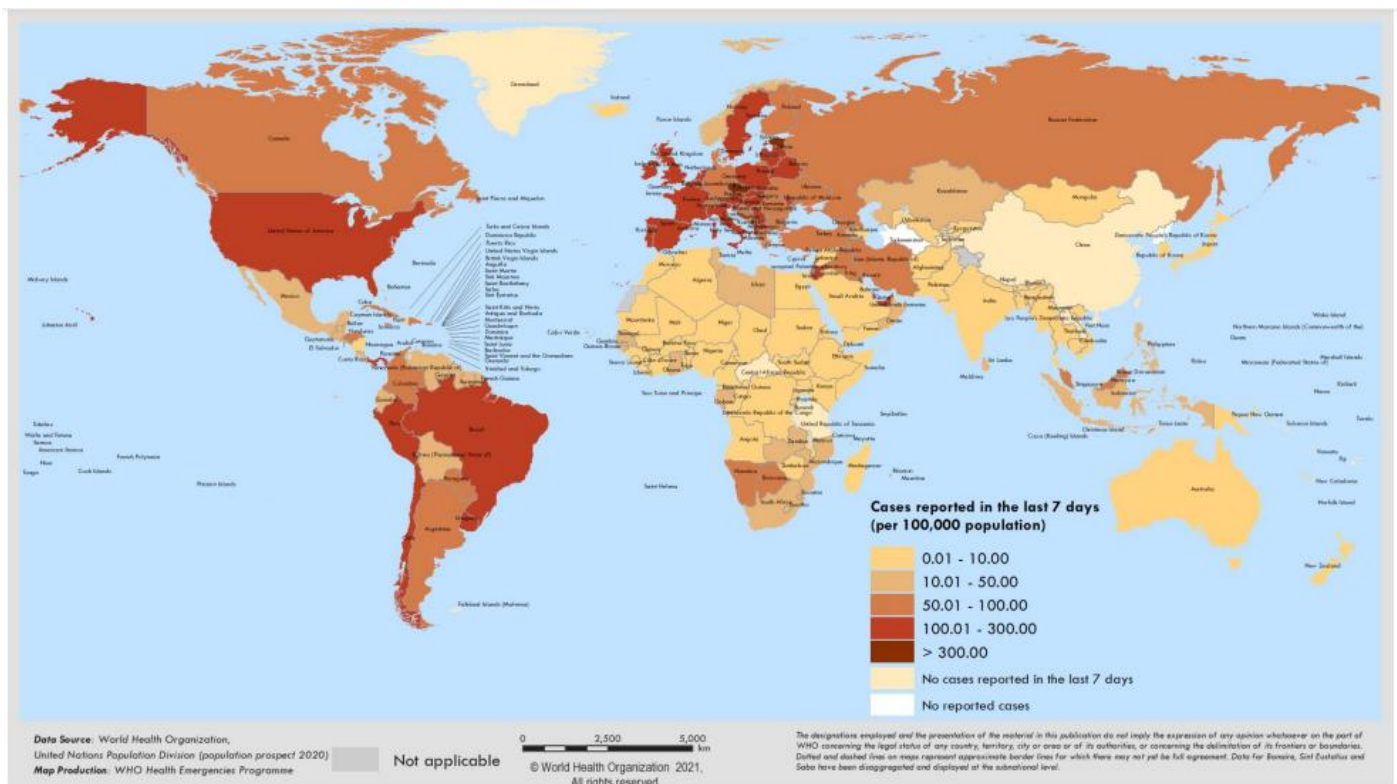
Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **111 419 939 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés **dans le monde - dont 2 470 772 décès** - au 23 février 2021. En semaine S07, 2,4 millions de nouveaux cas ont été signalés dans le monde, soit une **baisse** par rapport à la semaine précédente (-11%) **pour la sixième semaine consécutive**. Le nombre de décès est également en baisse avec 66 000 décès (-20%).

► Foyers majeurs

- Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Amériques** (1 066 990 cas et 34 386 décès rapportés en semaine 07) et en **Europe** (939 271 cas et 24 102 décès). Ces régions sont à l'origine, respectivement, de 43% et 38% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 52% et 36% des nouveaux décès en S07 (Figure 50, Tableau 19).

- Les pays qui signalaient le plus grand nombre de nouveaux cas en S07 sont : **les États-Unis** (+480 467 nouveaux cas), **le Brésil** (+316 221), **la France** (+138 771), **la Russie** (+92 843) et **l'Inde** (+86 711).

Figure 50. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 07 (du 15 au 21 février 2021)



Source : OMS

► Tendances

• Comparativement à la semaine 06, les indicateurs sont en baisse ou stables dans toutes les régions OMS sauf dans la région Méditerranée orientale et Pacifique occidental où les nombres de cas et de décès sont en hausse (Tableau 19). La diminution la plus marquée du nombre de nouveaux cas est rapportée dans la régions Amériques (-19% par rapport à la semaine précédente). **Des baisses importantes du nombre de nouveaux décès** sont signalées dans les régions Amériques (-23%), Afrique (-20%), et Europe (-19%), par rapport à la semaine 06.

Tableau 19. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 07 et évolution par rapport à la semaine 06

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+ 66 453	+ 1 066 990	+ 157 379	+ 939 271	+ 181 969	+ 44 964
Tendance	-2% →	-19% ↘	+2% →	-7% ↘	+7% ↗	-9% ↘
Décès rapportés	+ 2 038	+ 34 386	+2 189	+ 24 102	+ 2 443	+ 1 201
Tendance	-20% ↘	-23% ↘	-6% ↘	-19% ↘	-3% →	+6% ↗

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

Source : OMS

► Par région

• Dans la région des **Amériques**, le nombre de nouveaux cas hebdomadaires a dépassé 1 million en S07, et plus de 34 000 nouveaux décès ont été dénombrés. Les États-Unis restent le pays rapportant le plus grand nombre de cas dans la région, avec 480 467 nouveaux cas, soit 145 cas/100 000 habitants (-29% par rapport à S06) et 14 747 nouveaux décès rapportés (-31%). Les autres pays connaissant les plus grands nombres de nouveaux cas et de décès sont le Brésil, qui compte 316 221 nouveaux cas, soit 149 cas/100 000 habitants (-1%) et 7 276 décès (-2%), et le Mexique, avec 51 537 nouveaux cas, soit 40 cas/100 000 habitants (-22%) et 6 408 décès (-22%). Pour plus de détails sur la région Amériques, [cliquez ici](#).

• La région **Europe** a continué d'enregistrer en S07 une baisse du nombre de cas et de décès pour la cinquième semaine consécutive, avec plus de 939 000 de nouveaux cas et plus de 24 000 nouveaux décès. Les pays de la région Europe ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux cas étaient la France, qui rapportait 138 771 nouveaux cas, soit 207 cas/100 000 habitants (+8%), la Russie avec 92 843 nouveaux cas, soit 64 cas/100 000 habitants (-11%) et l'Italie avec 84 977 cas, soit 141 cas/100 000 habitants (-1%). Les plus grands nombres de décès ont été signalés au Royaume-Uni (3 457 décès ; -28%), en Russie (3 167 ; -9%) et en Allemagne (2 881 ; -16%). Pour plus de détails sur la région Europe, [cliquez ici](#).

• En région **Afrique**, plus de 66 400 nouveaux cas et 2 000 décès ont été rapportés en S07. Le nombre de cas et de décès hebdomadaires était en baisse pour la cinquième semaine consécutive. Les trois pays ayant rapporté le plus grand nombre de nouveaux cas ont été l'Afrique du Sud avec 12 304 cas, soit 21 cas/100 000 habitants (-25% par rapport à la semaine 06), le Mozambique avec 6 380 cas, soit 20 cas/100 000 habitants (+42%) et l'Éthiopie avec 6 153 cas, soit 5 cas/100 000 habitants (+45%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient l'Afrique du Sud (1 119 décès ; -32%), l'Éthiopie (90 ; +150%) et le Nigeria (84 ; -16%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

• En région **Asie du Sud-Est**, le nombre de cas restait stable en semaine 07. On dénombrait plus de 157 000 nouveaux cas et plus de 2 100 nouveaux décès. Les pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés étaient l'Inde avec 86 711 cas, soit 6 cas/100 000 habitants (+10%), l'Indonésie avec 60 650 cas, soit 22 cas/100 000 habitants (-5%) et le Sri Lanka avec 4 628 cas, soit 22 cas/100 000 habitants (-26%). Les trois pays cumulant le plus de décès étaient l'Indonésie (1 380 décès ; -11%), l'Inde (660 ; +2%) et le Bangladesh (76 ; 0%). Pour plus de détails sur la région Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

● En **région Méditerranée orientale**, plus de 181 000 nouveaux cas et 2 400 décès ont été signalés en semaine 07. Les pays comptant le plus grand nombre de nouveaux cas étaient l'Iran avec 55 208 cas, soit 66 cas/100 000 habitants (+7%), l'Irak avec 23 122 cas, soit 58 cas/100 000 habitants (+63%), et les Émirats arabes unis avec 22 570 cas, soit 228 cas/100 000 habitants (+2%). Les plus grands nombres de décès ont été observés en Iran (526 décès ; +12%), en Égypte (363 ; +10%) et au Liban (336 ; -16%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

● En **région Pacifique occidental**, plus de 45 000 nouveaux cas ont été rapportés, soit une baisse pour la quatrième semaine consécutive. Le nombre de décès s'élevait à 1 200. Les trois pays signalant le plus grand nombre de nouveaux cas restaient la Malaisie avec 18 467 cas, soit 57 cas/100 000 habitants (-20%), les Philippines avec 12 033 cas, soit 11 cas/100 000 habitants (+2%) et le Japon avec 10 035 cas, soit 8 cas/100 000 habitants (-9%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient les Philippines (561 ; +41%), le Japon (505 décès ; -12%), et la Malaisie (93 ; -8%). Pour plus de détails sur la région Pacifique occidental, [cliquez ici](#).

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

Pour en savoir + sur la situation internationale :

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

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

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

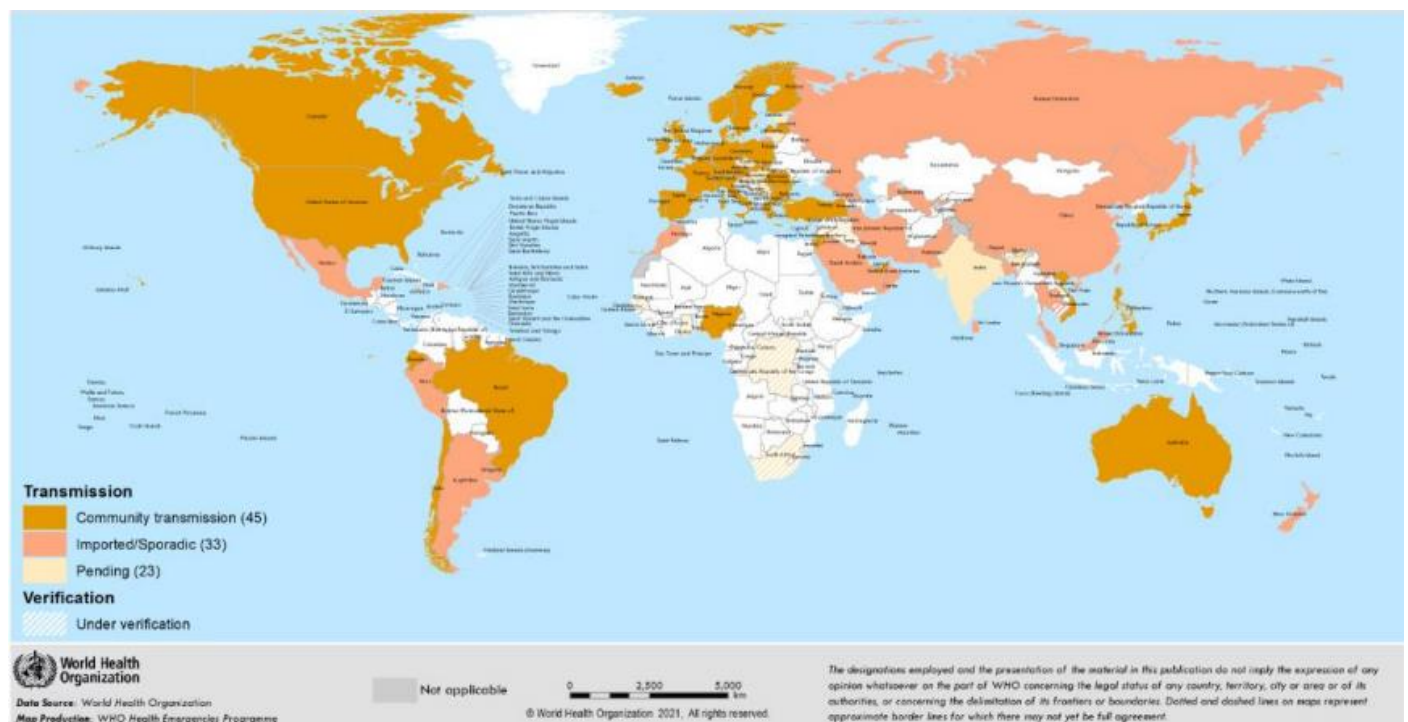
Plusieurs variants du SARS-CoV-2 ont émergé au cours des derniers mois et font l'objet d'une attention particulière, notamment 20I/501Y.V1, identifié pour la première fois au Royaume-Uni, 20H/501Y.V2, repéré pour la première fois en Afrique du Sud et 20J/501Y.V3, ayant émergé au Brésil.

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

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

- Le 14 décembre 2020, le Royaume-Uni signalait à l'OMS la circulation du variant 20I/501Y.V1, identifié rétrospectivement le 20 septembre 2020.
- Ce variant est associé à une transmissibilité plus accrue (de 36 à 75%) et possiblement à une forme plus sévère de la maladie et une mortalité plus élevée. Il ne semble pas associé à une réduction de l'efficacité des vaccins Pfizer-BioNTech, Oxford/AstraZeneca ou Moderna.
- Dans le monde, au 23 février 2021, le variant 20I/501Y.V1 a été rapporté dans **101 pays** par l'OMS (Figure 51), soit **sept pays de plus** que la semaine précédente. Une transmission communautaire (sans lien avec un voyage) a été rapportée dans au moins 45 pays et ce, dans toutes les régions OMS.

Figure 51. Pays et territoires rapportant des cas confirmés de COVID-19 et type de transmission liés au variant 20I/501Y.V1 (données au 23 février 2021)

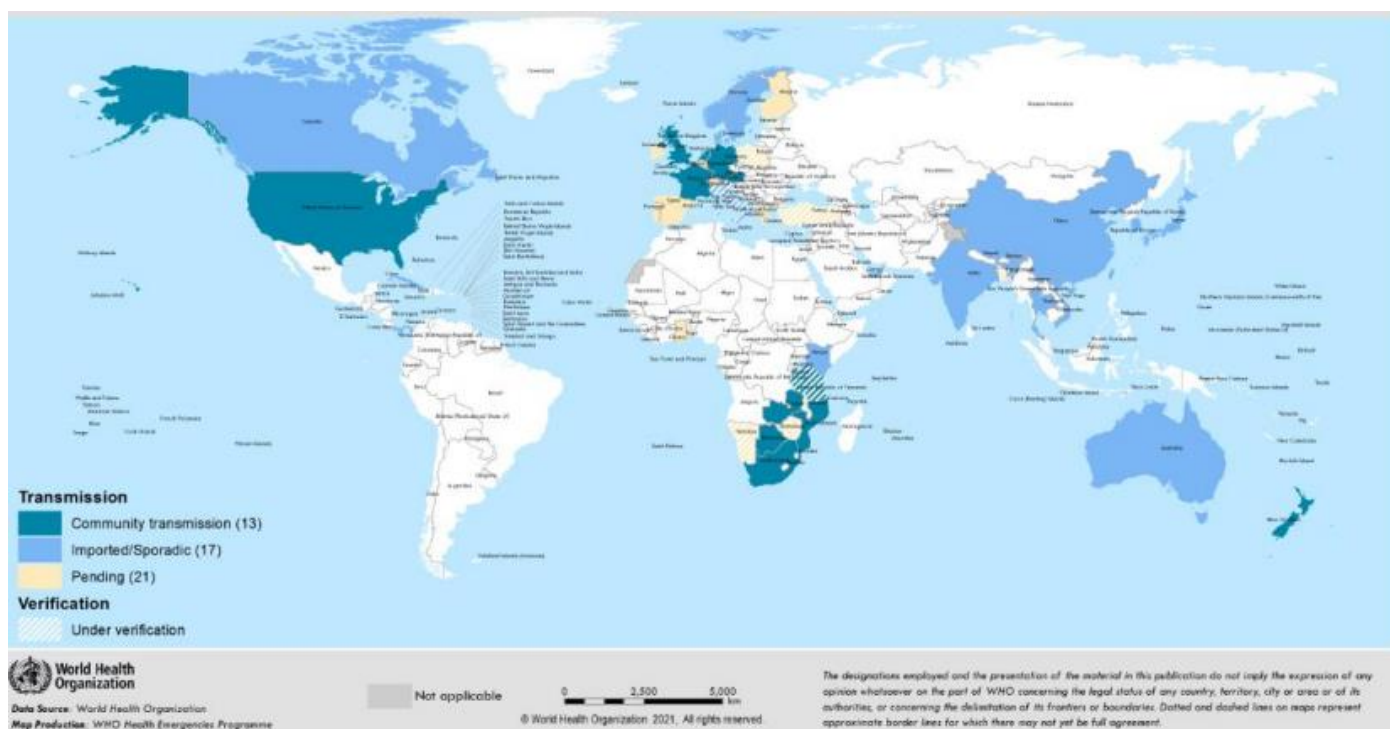


Source : OMS

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

- En Afrique du Sud, le gouvernement signalait, le 18 décembre 2020, l'émergence du variant 20H/501Y.V2. Les résultats des séquençages génétiques indiquent sa présence en Afrique du Sud depuis novembre 2020.
- Des études préliminaires suggèrent que ce variant est associé à un risque plus élevé de réinfection. De plus en plus d'études montrent que les mutations présentes sur ce variant pourraient contribuer à un échappement à la réponse immunitaire développée suite à une infection antérieure ou à la vaccination.
- Dans le monde, au 23 février 2021, le variant 20H/501Y.V2 a été rapporté dans **51 pays** selon l'OMS (Figure 52), soit **cinq pays de plus** que la semaine précédente. Une transmission communautaire a été rapportée dans au moins 13 pays.

Figure 52. Pays et territoires rapportant des cas confirmés de COVID-19 et type de transmission liés au variant 20H/501Y.V2 (données au 23 février 2021)



Source : OMS

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

- Ce variant aurait émergé courant décembre 2020 à Manaus (Brésil).
- La situation épidémiologique dans les pays où sa circulation est active et des travaux préliminaires suggèrent une transmissibilité accrue de ce variant sans que toutefois cette hypothèse ait été démontrée. À ce jour, aucune donnée ne permet de déterminer si ce variant est associé à une létalité plus élevée, mais des études sur le sujet sont en cours.
- De même, l'impact de la vaccination sur ce variant est en cours d'étude. Des études préliminaires de laboratoire suggèrent que l'effet de la vaccination est potentiellement réduit pour ce variant. De plus, il a été observé au Brésil qu'un petit nombre de personnes ayant déjà été infectées par une souche de SARS-CoV-2 autre que variante ont été réinfectées par le variant 20H/501Y.V2.
- Dans le monde, au 23 février 2021, le variant 20J/501Y.V3 a été rapporté dans **huit nouveaux pays** selon l'OMS (Figure 53), soit **28 pays au total**. Une transmission communautaire a été rapportée dans au moins trois pays.

Figure 53. Pays et territoires rapportant des cas confirmés de COVID-19 et type de transmission liés au variant 20J/501Y.V3 (données au 23 février 2021)



Source : OMS

► Autres variants en cours d'étude

La surveillance de l'émergence de variants du SARS-CoV-2 est réalisée de manière continue en s'appuyant sur le partage des données de séquençage au niveau mondial. De nouveaux variants présentant des mutations d'intérêt sont ainsi continuellement étudiés. Deux nouveaux variants, particulièrement, sont en cours d'étude :

- **Le variant B.1.525**, détecté pour la première fois au Royaume-Uni et au Nigeria en décembre 2020 : il comporte des mutations similaires aux variants 20I/501Y.V1 et 20H/501Y.V2, associées à un échappement immunitaire.
- Une version du **variant 20I/501Y.V1 comportant une mutation supplémentaire (E484K)** a été détectée en Angleterre. Au 17 février 2021, 26 cas de ce variant avaient été rapportés dans ce pays. Bien qu'il n'existe pas encore de preuves que cette mutation seule soit associée à une forme de maladie plus sévère ou une transmissibilité accrue, elle reste en cours d'investigation en raison de son impact possible sur la réponse immunitaire, l'efficacité vaccinale et sa transmissibilité.

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

Pour en savoir + sur ces variants du SARS-CoV-2 : [Weekly Epidemiological Update](#) de l'OMS du 23 février 2021

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

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 07 (du 15 au 21 février 2021), les taux d'incidence et de positivité étaient à nouveau en hausse après deux semaines de diminution. Les indicateurs se maintiennent à un niveau très élevé, témoignant de l'intensité de la circulation du SARS-CoV-2 sur le territoire. Les variants, plus transmissibles, continuent de progresser à un rythme soutenu et deviennent prédominants. Conformément aux résultats de certains travaux de modélisation¹, la tension sur le système hospitalier risque de s'aggraver du fait de la hausse récente des infections dans la communauté qui se traduira d'ici quelques jours par une accentuation des nouvelles hospitalisations déjà à un niveau très élevé. La situation est cependant hétérogène selon les régions et au sein de celles-ci, selon les départements, voire collectivités territoriales. Les mesures supplémentaires nécessaires au contrôle de l'épidémie dans les semaines à venir doivent donc être adaptées au niveau départemental et territorial. Elles incluent le renforcement de la vaccination dans les territoires les plus touchés. Ses premiers effets se dessinent avec une diminution des indicateurs épidémiologiques chez les plus de 75 ans et les résidents en EHPAD, alors que la couverture vaccinale atteint le 23 février 80% (pour la première dose) chez ces derniers. À cette date, 4% de la population française avait reçu une première injection de vaccin.

Au niveau national, en semaine 07, le **taux d'incidence** était de 207/100 000 habitants, en augmentation par rapport à la semaine précédente (192 en S06, soit +8%). Cette augmentation, était observée chez les personnes âgées de 15 à 74 ans, alors que la diminution se poursuivait chez les 75 ans et plus (-6%) pour la troisième semaine consécutive. **En S07, 138 771 nouveaux cas confirmés** ont été enregistrés, soit **19 824 cas confirmés en moyenne chaque jour**.

Le **taux de positivité (6,6%)** était également en hausse par rapport à celui de la semaine précédente (6,0%, soit +0,6 point). Cette augmentation était observée dans toutes les classes d'âge à l'exception des 75 ans et plus (-0,1 point) chez qui il diminuait pour la troisième semaine consécutive également.

Le taux de dépistage était de 3 158 pour 100 000 habitants (soit 2 119 281 personnes testées). **Le recours au dépistage était à nouveau en légère diminution** par rapport à la semaine précédente (3 220 pour 100 000 habitants en S06, soit -2%). Cette tendance concernait **essentiellement les moins de 15 ans** (-10%) et les 75 ans et plus (-3%). Les taux de dépistage étaient les plus élevés chez les personnes âgées de 15 à 74 ans et restaient stables dans ces classes d'âge en S07.

En semaine 07, le nombre de **nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque** était à nouveau **en légère augmentation**, suite à une diminution en S06. Le nombre de personnes-contacts par cas ainsi que le délai moyen entre l'apparition des symptômes et le prélèvement diagnostique étaient en revanche similaires aux valeurs observées au cours des dernières semaines.

Entre S06 et S07, la **diminution du nombre de contacts à risque entre personnes de moins de 19 ans** doit être interprétée avec prudence mais pourrait refléter un **effet des vacances scolaire**. Pour les autres classes d'âge, les caractéristiques de contacts à risque étaient inchangées par rapport à S06.

Le nombre de cas ayant fréquenté une collectivité scolaire (enfants, enseignants et personnels compris) était en diminution au cours des deux dernières semaines, comme attendu en période de vacances scolaires.

Environ **un quart des nouveaux cas** avait précédemment été **identifié comme contact par le dispositif de contact-tracing**. Cette proportion poursuit sa légère augmentation depuis la semaine 02, traduisant une amélioration encourageante de ce dispositif. Dans le contexte de la diffusion de variants plus transmissibles, tous les efforts déjà menés pour identifier et casser les chaînes de transmission doivent être soutenus.

En parallèle, la **diminution de la proportion de personnes-contacts devenues des cas**, observée depuis S53-2020, se poursuit. Cette tendance pourrait signifier que les personnes-contacts se font moins dépister ou/et que les situations de contacts à risque considérées sont moins susceptibles de donner lieu à une transmission. Cependant, cette **proportion de personnes-contacts devenues des cas** était **supérieure** lorsque les cas étaient renseignés comme « **variants** » dans la base ContactCovid (14,1% vs 10,0%). Cela pourrait refléter une plus grande transmissibilité de ces variants, mais également un meilleur suivi des personnes-contacts de cas « **variants** ». Ce résultat doit néanmoins être relativisé au regard de la complétude encore en progression des informations sur les variants dans la base ContactCovid.

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

En médecine ambulatoire, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était comparable à celui de la semaine précédente (101/100 000 habitants en S07 vs 94 en S06).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était en baisse de -7% en semaine 07. Cette baisse concernait l'ensemble des classes d'âge à l'exception des 45-74 ans.

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), la diminution **du nombre de signalements, ainsi que du nombre de cas confirmés** amorcée en S06, s'est poursuivie en S07 (sous réserve de la consolidation des données). Le nombre de nouveaux **décès de résidents** survenus en établissements a diminué de manière importante en semaine 06 (données non consolidées en semaine 07).

En semaine 07, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** tous âges était stable après la baisse observée la semaine précédente. Cependant, le nombre de ces passages était en hausse de 4% chez les 15-74 ans.

Le taux hebdomadaire d'hospitalisation par date de déclaration était à nouveau en diminution en S07 (-6%) et le taux des nouvelles admissions en réanimation était toujours stable au niveau national. **Le nombre de patients COVID-19 hospitalisés en France reste très élevé**, avec **25 705** personnes hospitalisées au 23 février (vs 26 239 au 16 février, soit -2%), dont **3 445 en réanimation** (vs 3 348 au 16 février). La proportion de patients hospitalisés de 75 ans et plus diminuait depuis S53, passant de 58% cette semaine-là à 46% en S07.

En France métropolitaine, **l'estimation du R-effectif calculée à partir des données virologiques (tests RT-PCR et tests antigéniques, SI-DEP) était à nouveau significativement supérieure à 1** (1,04), les estimations à partir des 2 autres sources étaient significativement inférieures à 1 : 0,95 pour les hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC) et 0,91 pour les données des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®).

Le **nombre hebdomadaire de décès**, incluant ceux liés à la COVID-19 survenus en milieu hospitalier et dans les établissements sociaux et médico-sociaux (décès survenus à domicile non inclus), était **à nouveau en légère diminution en semaine 06**, avec 2 739 décès vs 2 869 en S05 (-5%). 2 196 décès étaient recensés en semaine 07, mais les données n'étant pas consolidées, la tendance ne peut pas être interprétée. **Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus** restait significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre 2020) et jusqu'à la semaine 06 (du 8 au 14 février 2021). **L'excès de mortalité diminue depuis la semaine 04** (de +22% en S03 à 16% en S05). Du fait du délai habituel de transmission des données, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 06 sera précisée la semaine prochaine.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

Les **régions les plus touchées** en semaine 07 étaient toujours les régions **Provence-Alpes-Côte d'Azur, Hauts-de-France et Île-de-France**. Ces régions présentaient les **plus forts taux d'incidence** (supérieurs à 200/100 000 habitants), augmentant toujours pour les Hauts-de-France et l'Île-de-France. Ces 3 régions présentent également les **taux d'hospitalisation** parmi les plus élevés en métropole.

On observe une hétérogénéité très importante sur le plan départemental, avec 10 départements avec un taux d'incidence dépassant 300/100 000 habitants.

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, l'incidence est stable à un niveau très élevé depuis la semaine 03 (367/100 000 habitants en S07 vs 369 en S06, soit -0,4%) avec une hétérogénéité départementale importante (600/100 000 dans les Alpes-Maritimes). Les taux d'hospitalisation (27,6/100 000 habitants) et d'admission en réanimation (4,9/100 000 habitants) étaient toujours les plus élevés de métropole en S07. C'est également le cas du taux de décès (hôpital et ESMS) liés à la COVID-19, qui atteignait 7/100 000 habitants en S06 (données consolidées), mais diminuait par rapport à S05.

Dans les **Hauts-de-France**, le taux d'incidence restait à un niveau élevé et continuait d'augmenter (304/100 000 habitants vs 242 en S06, soit +26%) avec une hétérogénéité départementale importante (352/100 000 dans le Pas-de-Calais). Le taux d'hospitalisation était de 19,8/100 000 habitants (vs 16,2 en

S06, soit +23%) et celui des admissions en réanimation de 4,1 (vs 2,9 en S06, soit +40%). Le taux de décès (hôpital et ESMS) était de 4,3/100 000 habitants en S07, en augmentation par rapport à S06 (3,6) malgré l'absence de consolidation des données.

En **Île-de-France**, le taux d'incidence augmentait pour atteindre 281/100 000 habitants (vs 240 en S06, soit +17%), les taux d'hospitalisation et d'admission en réanimation étaient stables à 15,7/100 000 et 3,3/100 000 respectivement. Le taux de décès (hôpital et ESMS) atteignait 3,6/100 000 en S06 (données consolidées), en légère diminution par rapport à S05.

En **Auvergne-Rhône-Alpes**, le taux d'incidence était stable à 186/100 000 habitants (vs 183 en S06, soit +1,2%). Le taux d'hospitalisation était de 14,7/100 000 habitants (vs 16,2 en S06, soit -9%) et celui des admissions en réanimation de 3,0 (vs 2,8 en S06, soit +9%). Le taux de décès (hôpital et ESMS) était de 4,3/100 000 habitants en S06 (données consolidées), en légère augmentation par rapport à la semaine précédente (4,1).

En région **Grand Est**, le taux d'incidence était stable à 185/100 000 habitants (vs 177 en S06, soit +5%) après une diminution depuis S03.

Par ailleurs, une **augmentation des taux d'incidence dans les régions de l'Ouest** de la France appelle à la plus grande vigilance dans les prochaines semaines (+18% en Bretagne et Pays de la Loire et +14% en Normandie)

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

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

À **Mayotte**, où un confinement a été instauré le 05 février 2021, **le taux d'incidence restait stable en S07** à un niveau très élevé (842/100 000 habitants en S07 contre 874 en S06). Le taux de positivité restait également très important (29%, -1 point par rapport à S06), avec une stabilisation du taux de dépistage (-0,3%). Le taux d'hospitalisation diminuait à 61,5/100 000 (vs 72 en S06, soit -15%). Le taux d'admission en réanimation était encore en forte augmentation, passant de 12,2 à 17,2 en S07 (soit +42%). Les estimations du R-effectif étaient repassées en dessous de 1 (de manière non significative), indiquant un probable ralentissement de la progression de l'épidémie. Le nombre de décès parmi les patients hospitalisés était à nouveau en hausse (passant de 2 décès en S05 à 11 en S06 et 16 en S07).

À **la Réunion**, une **nouvelle augmentation des indicateurs épidémiologiques** était observée en S07. Le taux d'incidence était de 98/100 000 habitants (vs 73 en S06, soit +34%). Les nombres de patients hospitalisés et admis en réanimation étaient à nouveau en progression, avec respectivement 59 patients (vs 49 en S06, 25 en S05 et 13 en S04) et 32 patients (vs 24 en S06, 3 en S05 et 1 en S04).

En **Guadeloupe** une diminution de la croissance de l'incidence était observée en S07 après deux semaines d'augmentation importante (54/100 000 habitants en S07, soit +8%, vs +38% en S06). Les indicateurs hospitaliers se maintenaient à un niveau faible.

En **Guyane**, la tendance à la diminution des indicateurs se poursuit, avec un taux d'incidence de 28/100 000 habitants en S07 (vs 39 en S06 et 70 en S05). Les indicateurs hospitaliers se maintenaient à un niveau faible.

En **Martinique**, les indicateurs épidémiologiques se maintenaient à un niveau faible (taux d'incidence de 16/100 000 en S07).

Les évolutions des taux d'hospitalisation sont à interpréter avec prudence, car les variations observées dans les départements et territoires d'outre-mer peuvent être importantes mais concerner de faibles effectifs.

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

► Variants d'intérêt du SARS-CoV-2

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

Au niveau national en semaine 07, parmi les tests positifs criblés et dont les résultats sont disponibles dans SI-DEP (représentant 51% de l'ensemble des tests de première intention positifs), **49% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 (UK) et 6% pour le variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** (vs respectivement 36 et 5% en S06). Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec de fortes disparités entre les départements. 33 départements métropolitains présentaient une proportion supérieure à 50% de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) parmi les tests positifs criblés. Onze départements présentaient une proportion supérieure à 10% de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) parmi les tests positifs criblés, avec une proportion de 54% en Moselle.

Il semble exister un lien entre la distribution géographique du variant 20I/501Y.V1 (UK) et la dynamique de l'épidémie au niveau départemental. Des analyses complémentaires sont en cours pour étayer ces hypothèses.

Les données de séquençage issues des plateformes nationales de séquençage sont présentées pour la première fois dans ce Point épidémiologique. En S07, 3 978 séquences ont été générées par ces plateformes. Parmi les résultats disponibles (2 296 séquences), les variants d'intérêt représentaient 48,6% de l'ensemble des séquences, dont 39,5% de 20I/501Y.V1 (UK), 9,0% de 20H/501Y.V2 (ZA) et 0,1% de 20J/501Y.V3 (BR).

► Surveillances spécifiques et populationnelles

Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie restaient celles âgées de 65 ans et plus ainsi que celles présentant des comorbidités. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 91% des personnes décédées de la COVID-19 à l'hôpital depuis le 1^{er} mars 2020, et 61% des personnes hospitalisées en réanimation le 16 février 2021.

Il est à noter une **amélioration de la majorité des indicateurs épidémiologiques depuis S06 chez les personnes âgées de 75 ans et plus** (diminutions de l'incidence, de la proportion de personnes hospitalisées par rapport aux autres classes d'âge, du nombre de cas en EHPAD). Cette amélioration témoigne vraisemblablement d'un effet de l'augmentation progressive de la couverture vaccinale dans cette classe d'âge.

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

Les enfants sont très peu représentés parmi les patients hospitalisés pour COVID-19 et parmi les personnes décédées (moins de 1%). Une surveillance des cas de **syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)** permet d'estimer l'incidence de ces cas en lien avec la COVID-19. Entre le 1^{er} mars 2020 et le 21 février 2021, 396 cas de PIMS ont été signalés. En France, l'incidence des PIMS en lien avec la COVID-19 (338 cas) a été estimée à 23,3 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans.

► Santé mentale

La santé mentale des personnes interrogées reste dégradée (enquête CoviPrev du 15 au 17 février 2021), avec une augmentation des états anxieux et dépressifs par rapport à la vague précédente, en particulier chez les personnes en situation de précarité (emploi, finance, logement) et celles ayant des antécédents de trouble psychologique. La peur, l'inquiétude (pour sa santé, pour sa situation économique), la frustration, la colère ou encore les sentiments de solitude et d'isolement sont associés à une santé mentale plus dégradée, quelles que soient les conditions de vie.

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 la dernière enquête CoviPrev, réalisée du 15 au 17 février 2021, montrent que l'adoption systématique des mesures barrières est assez stable à l'exception d'un léger déclin de l'adoption systématique des mesures d'hygiène et une baisse plus conséquente du respect de la distance entre individus. Cette dernière baisse est probablement liée au passage de cette distance de 1 à 2 mètres.

Les résultats de cette enquête CoviPrev montrent également que, parmi les personnes non vaccinées interrogées, **57% répondaient vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la COVID-19**. Cette proportion continue d'augmenter depuis la vague 19 (mi-décembre), même si les disparités selon les catégories professionnelles et l'âge demeurent.

Les craintes d'effets secondaires restent la première raison évoquée pour ne pas se faire vacciner. Il est donc primordial de faciliter l'accès à l'information sur la vaccination (stratégie vaccinale, sécurité des vaccins...).

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Au 23 février 2021, **2 656 477 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 et **1 318 292 personnes ont été vaccinées par deux doses**, soit respectivement **4,0% et 2,0% 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 23 février 2021, il est estimé que **80,0% des résidents d'EHPAD ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin et 50,6% ont reçu 2 doses**. De plus, **38,5% des professionnels travaillant en EHPAD ou USLD ont reçu au moins une dose de vaccin**.

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

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

SOURCES DES DONNÉES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

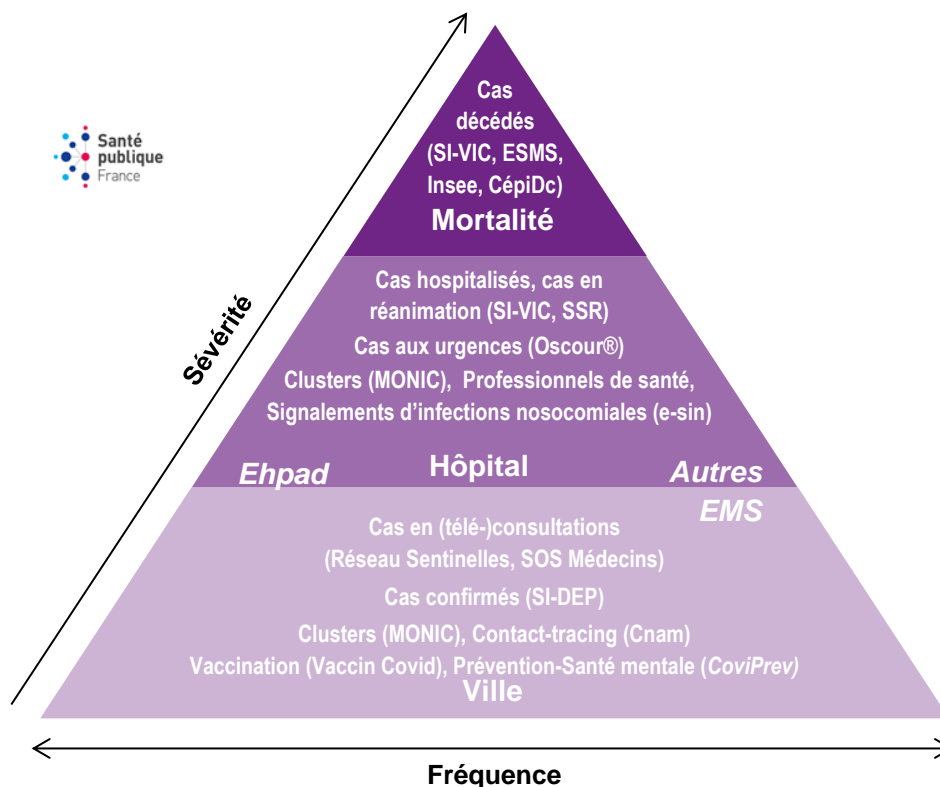
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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

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

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

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



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

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

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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



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



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



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



Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)



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



Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

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

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

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Julie Figoni, Christine Campèse, Nelly Fournet, Claire Sauvage, Sandrine Hagège, Daniel Levy-Bruhl

Systèmes de surveillance : Jonathan Bastard, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Mathias Bruyand, Céline Caserio-Schönemann, Édouard Chatignoux, Fanny Chereau, Bruno Coignard, Perrine de Crouy-Chanel, Kostas Danis, Julien Durand, Enguerrand Du-Roscoât, Myriam Fayad, Adeline Feri, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Scarlett Georges, Katia Hamdad, Eline Hassan, Yu Jin Jung, Anne Laporte, Yann Le Strat, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Michael Padget, Camille Pelat, Josiane Pillonel, Alessandro Pini, Élisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Alexandra Septfons, Cécile Sommen, Guillaume Spaccaverri, Benjamin Taisne, Marie-Michèle Thiam, Pierre-Étienne Toulemonde, Sophie Vaux, Agnès Verrier

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

25 février 2021