

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 17 mars 2021.**

► Points clés

En semaine 10, nouvelle augmentation de l'ensemble des indicateurs, poursuite de l'augmentation des admissions en services des soins critiques et des hospitalisations dans un contexte de forte tension hospitalière et de la diffusion des variants plus transmissibles

- Augmentation du nombre de nouveaux cas, après un plateau de deux semaines
- Augmentation du nombre de patients en hospitalisation et en services de soins critiques
- Poursuite de l'amélioration de l'ensemble des indicateurs chez les personnes de 75 ans et plus, en cohérence avec l'augmentation de la couverture vaccinale
- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée
- Métropole : augmentation marquée de l'incidence dans l'ensemble des régions (excepté Corse et PACA)
- Outre-mer : à Mayotte, diminution des indicateurs, augmentation de l'incidence en Martinique et en Guyane

Variants

- Augmentation de la proportion de suspicions de variants d'intérêt 20I/501Y.V1 à 72% (supérieures à 50% dans 91 départements métropolitains), stabilisation des suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 à 5%.

Prévention

- Vaccination : 5 445 157 personnes (couverture vaccinale de 8,1%) ayant reçu au moins une dose de vaccin
- Importance de l'adoption systématique des mesures barrières et de la limitation des contacts
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais
- Nécessité de continuer à identifier et contrôler les chaînes de transmission

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 10 (du 08 au 14 mars 2021)

	S10	S09*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	169 470	148 377	+ 14 %
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	7,5	7,3	+ 0,2 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 766	2 569	+ 8 %
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	8 113	7 652	+ 6 %
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	9 777	9 321	+ 5 %
Nombre de nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19 (SI-VIC)	2 251	2 034	+ 11 %
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres ESMS)	1 852	2 011	Non consolidée

* Données consolidées

Du 1^{er} mars 2020 au 16 mars 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	91 196
---	--------



► Point de situation en semaine 10 (du 08 au 14 mars 2021)

En semaine 10, l'ensemble des indicateurs, déjà à des niveaux élevés, étaient à la hausse avec notamment une augmentation de 14% du nombre de nouvelles infections et ce, sur la majeure partie du territoire métropolitain. La tension sur le système hospitalier continue de s'accroître et est critique dans certaines régions. On observe en particulier une tendance à la hausse de la proportion d'hospitalisations et d'admission en services de soins critiques chez les jeunes adultes, reflétant l'augmentation des infections à SARS-COV-2 dans les groupes d'âge entre 15 et 75 ans et une possible augmentation de la sévérité liée à la circulation majoritaire du variant d'intérêt 20I/501Y.V1 (UK). Les indicateurs hospitaliers chez les 75 ans et plus poursuivent leur décroissance, traduisant l'effet protecteur du niveau de couverture vaccinale atteint dans cette population. L'adhésion aux mesures de prévention individuelles et collectives et l'accélération de la vaccination dans les prochaines semaines restent des enjeux majeurs pour contrer ces évolutions. Des mesures supplémentaires de réduction des contacts sont nécessaires dans les zones où le niveau de pression sur le système de soins est le plus élevé ou progresse le plus.

Au niveau national, en S10, **169 470 nouveaux cas ont été confirmés**, soit **24 210 cas en moyenne chaque jour**. Les **taux d'incidence** (253/100 000 habitants), **de positivité** (7,5%) **et de dépistage** (3 371/100 000 habitants) **étaient en augmentation** par rapport à ceux de la semaine précédente.

L'analyse des résultats des tests de criblage des variants d'intérêt collectés *via* l'outil SI-DEP montrait toujours une augmentation de la proportion de suspicions de variant **20I/501Y.V1 (UK) qui représentait 72,0%** des tests criblés en S10. La proportion de suspicions de variant **20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) était stable** à 5,0%. Ces variants étaient détectés dans toutes les régions métropolitaines. Les données de séquençage confirment les résultats de criblage et soulignent que le variant 20I/501Y.V1 (UK) reste actuellement prépondérant parmi les variants d'intérêt identifiés.

En S10, **plus d'un quart des nouveaux cas** avaient précédemment été **identifiés comme contacts par le dispositif de contact-tracing**. La rentrée des classes de la dernière zone en S10 se traduit par un doublement des cas ayant fréquenté une collectivité scolaire. Les indicateurs d'évolution des personnes-contacts devenues des cas montrent que les transmissions restent majoritaires au sein des foyers.

Le taux hebdomadaire d'hospitalisations augmentait à nouveau en S10 (+5%) et le nombre de patients COVID-19 hospitalisés en France restait très élevé, avec **25 552 personnes hospitalisées** au 16 mars. Le **taux d'admissions en services de soins critiques** poursuit son **augmentation** de manière plus marquée en S10 (+11% par rapport à S09). Cette tendance se traduit par une augmentation constante du nombre de personnes en cours d'hospitalisation en services de soins critiques : au 16 mars 2021, **4 260 patients y étaient hospitalisés** (contre 3 928 le 09 mars, soit +8,5% en une semaine).

Les taux d'incidence, d'hospitalisations et d'admissions en réanimation ont nettement diminué chez les personnes de 75 ans et plus, traduisant l'impact du niveau de couverture vaccinale atteint dans ce groupe d'âge. En parallèle, les nombres et taux d'admissions en réanimation ont augmenté chez les 15-74 ans. À cet égard, une **augmentation du ratio entre le nombre d'admissions en soins critiques et le nombre de cas symptomatiques**, était observée pour les **patients âgés de 15 à 64 ans**, suggérant une possible **augmentation de la sévérité des cas chez ces patients, plus marquée chez les jeunes adultes**, population dont le **taux d'admission en soins critiques reste cependant très faible** en comparaison de ceux des tranches d'âge plus élevées.

Ces évolutions sont compatibles avec l'hypothèse d'une possible augmentation de la sévérité de la maladie chez l'adulte, en particulier l'adulte jeune, liée à la diffusion du variant 20I/501Y.V1 (UK), sans impact visible à ce stade sur la mortalité.

Le maintien de **l'adoption systématique des mesures barrières** est indispensable dans le contexte actuel. Il reste essentiel que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. Alors que l'on note une baisse d'utilisation du vaccin AstraZeneca (26,7% en semaine 11 contre 48,8% en semaine 10) l'accélération de la vaccination est plus que jamais un enjeu majeur.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DU SARS-CoV-2	14
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	17
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	22
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	25
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	26
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	28
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ	37
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	43
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE	51
SITUATION INTERNATIONALE.....	52
VARIANTS D'INTÉRÊT DU SARS-CoV-2 AU NIVEAU INTERNATIONAL.....	55
SYNTHÈSE	56
SOURCES DES DONNÉES	62

Retrouvez les dernières données concernant :

- la **surveillance des professionnels en établissements de santé** et le **signalement d'infections nosocomiales à SARS-CoV-2** dans le **PE [du 11 mars 2021](#)**

- la **surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques** dans le **PE [du 25 février 2021](#)**

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

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

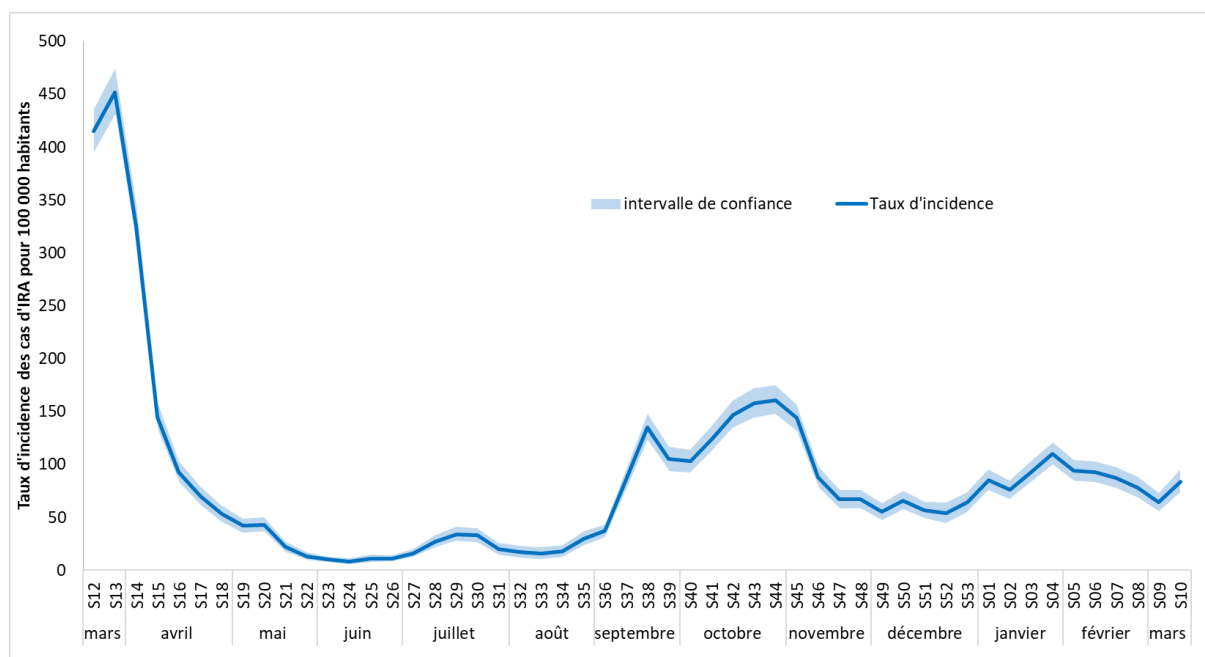
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes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

• En semaine 10 (du 08 au 14 mars 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 84/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [73-95]) en France métropolitaine, en augmentation par rapport à la semaine 09 : 64/100 000 habitants (IC95% : [55-73]) (Figure 1).

• Sur les 27 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, quatre se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2, cinq étaient positifs pour un virus respiratoire syncytial (VRS), trois pour un métapneumovirus et deux pour un rhinovirus. Aucun virus grippal n'a été détecté.

• Depuis la semaine 37-2020, sur les 913 prélèvements nasopharyngés effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés, 288 (32%) étaient positifs pour un rhinovirus, 134 (15%) pour le SARS-CoV-2, 34 (4%) pour un métapneumovirus et 27 (3%) pour un VRS. Deux prélèvements se sont avérés positifs pour un virus grippal de type B/Victoria en semaine 49-2020 et en semaine 02-2021.

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



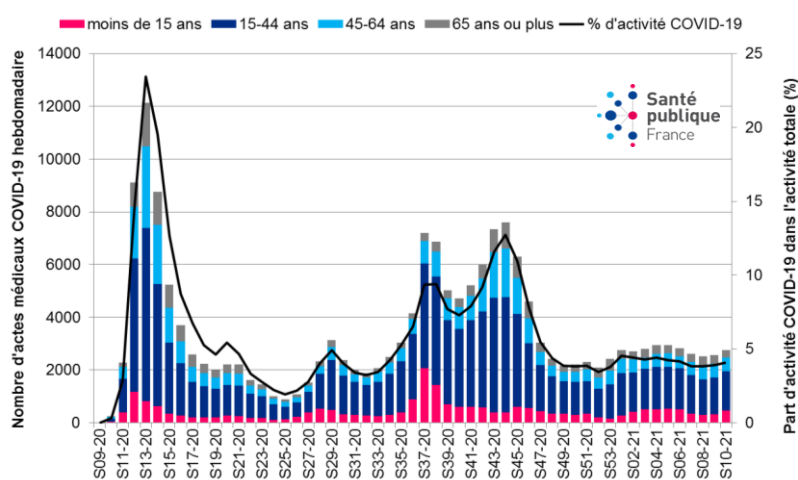
Semaine 10 : données non consolidées

Source : réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

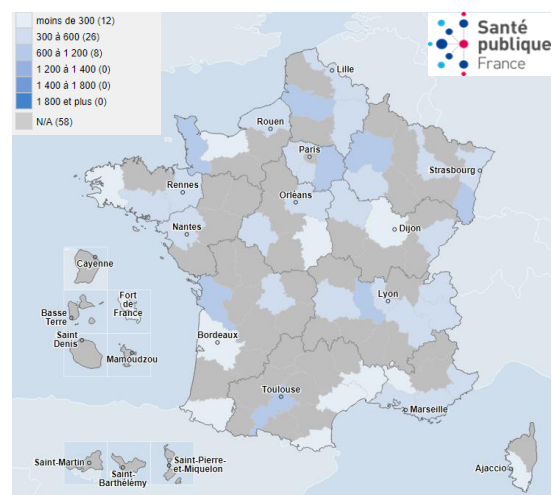
- Depuis le 03 mars 2020, **190 767 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 15 mars 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- En semaine 10 (du 08 au 14 mars 2021), **2 766 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur la période. Ce nombre était **en hausse** par rapport à la semaine précédente (2 569 actes en S09, soit +8%).
- L'analyse par classe d'âge montre une hausse importante de ces actes chez les moins de 15 ans (+46%, soit +143 actes) et une hausse plus modérée chez les 15-44 ans (+7%, soit +95 actes). Les autres classes d'âge étaient stables ou en baisse. La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge** était de 5% chez les 0-4 ans, 11% chez les 5-14 ans, 55% chez les 15-44 ans, 19% chez les 45-64 ans, 5% chez les 65-74 ans et 5% chez les 75 ans et plus (contre respectivement 3%, 9%, 55%, 20%, 6% et 6% en S09).
- Au niveau régional, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était en hausse dans les Pays de la Loire (+52%, soit +50 actes), la Bourgogne-Franche-Comté (+33%, soit +23 actes), la Bretagne (+29%, soit +24 actes), la Nouvelle-Aquitaine (+21% soit +51 actes), l'Île-de-France (+15%, soit +70 actes), dans le Grand Est (+13%, soit +28 actes) et l'Auvergne-Rhône-Alpes (+6%, soit +19 actes) ; ce nombre était stable ou en baisse dans les autres régions.
- La majorité des actes a été enregistrée en Île-de-France (19%), Auvergne-Rhône-Alpes (13%), Hauts-de-France (13%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (11%) et Nouvelle-Aquitaine (10%).
- La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était en **très légère hausse** à 4,1% (Figure 2).

Figure 2. Nombre hebdomadaire d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 24 février 2020, France



Source : SOS Médecins

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



Source : SOS Médecins

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).

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

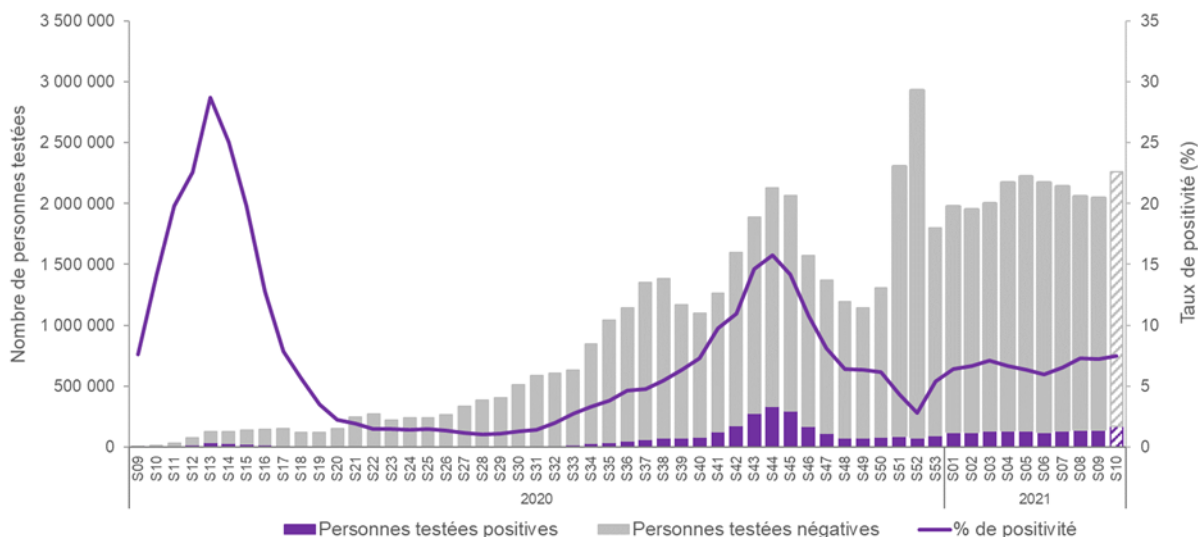
Cas confirmé de COVID-19 : personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir [définition de cas](#)).

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

- En semaine 10, 2 262 348 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 2 044 890 en S09, soit +11%). Un total de 169 470 **nouveaux cas confirmés** a été rapporté, **en augmentation** (+14%) par rapport à la semaine 09 où 148 377 nouveaux cas avaient été signalés (Figures 4 et 5).

- Au 17 mars 2021, un total de **4 146 609 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

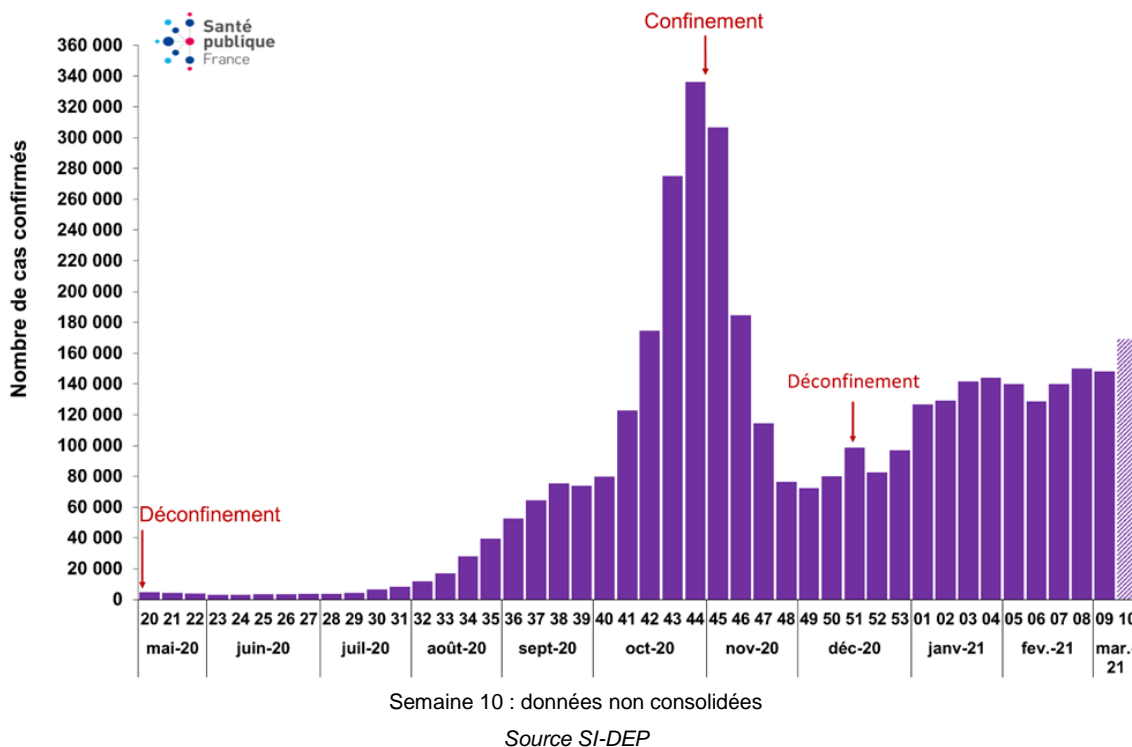
Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 17 mars 2021)



Semaine 10 : données non consolidées

Sources S09-S19-2021 : 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 14 mars 2021, France (données au 17 mars 2021)

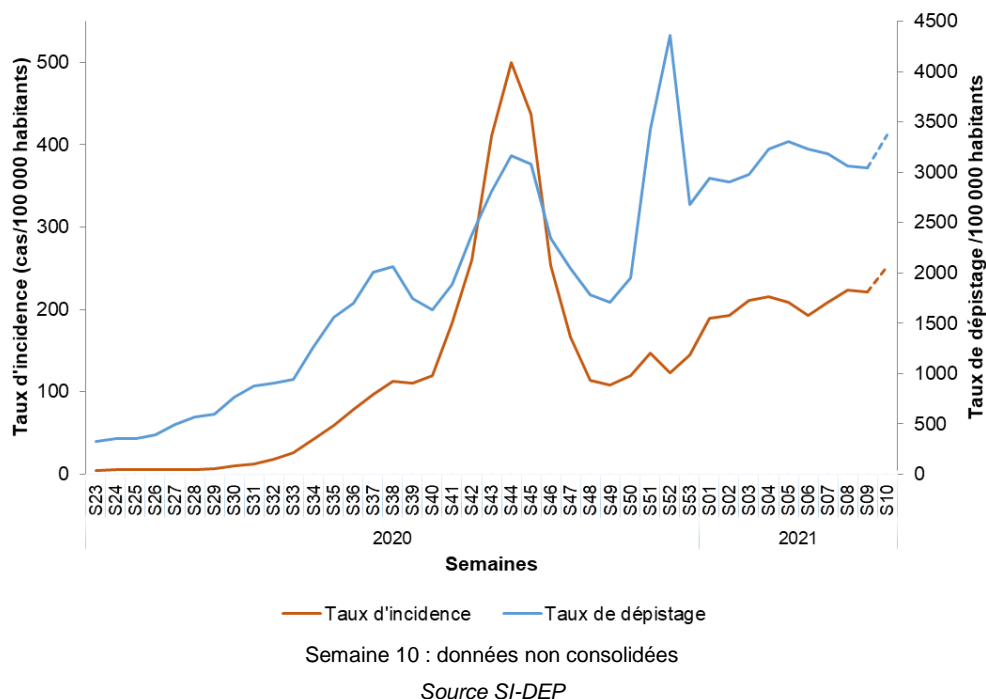


- En S10, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **7,5%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), **en légère augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (7,3% en S09) (Figure 4).

- Le **taux national d'incidence des cas confirmés** (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **253/100 000 habitants** en S10, en augmentation par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (221 cas/100 000 habitants en S09, +14%) (Figure 6).

- Le **taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **3 371/100 000 habitants**, en augmentation par rapport à celui de S09 (3 047/100 000 habitants, +11%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et taux de dépistage par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 17 mars 2021)



- **La proportion du nombre de tests effectués en S10** et intégrés dans la base SI-DEP le jour même ou le lendemain du prélèvement était de **94%**, stable par rapport à la semaine précédente (93% en S09).

Analyse par classe d'âge

- En semaine 10, au niveau national, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 167 chez les 0-14 ans, 344 chez les 15-44 ans, 255 chez les 45-64 ans, 175 chez les 65-74 ans et 153 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).

- **Le taux d'incidence était en augmentation** par rapport à S09 **dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 75 ans et plus**, pour lesquels ce taux était stable. L'augmentation la plus importante était observée chez les 0-14 ans (27%) suivis par les 15-44 ans (15%), les 45-64 ans (13%) et les 65-74 ans (8%) (Figure 7a).

- Comparativement à S09, **le taux de dépistage était en forte augmentation chez les 0-14 ans (+65%)**, en légère augmentation chez les 15-44 ans (+8%). Cet indicateur était plutôt stable chez les 45-64 ans (+5%), chez les 65-74 ans (+1%) et chez les 75 ans et plus (-3%) (Figure 7b).

- **Le taux de positivité** des personnes testées était en **en légère augmentation par rapport à la S09 dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 0-14 ans, pour lesquels ce taux était en diminution** (-2 points). La hausse la plus importante était observée chez les 15-44 ans et 45-64 ans (+0,5 point), puis les 65-74 ans (+0,4 point) et les 75 ans et plus (+0,2 point) (Figure 7c).

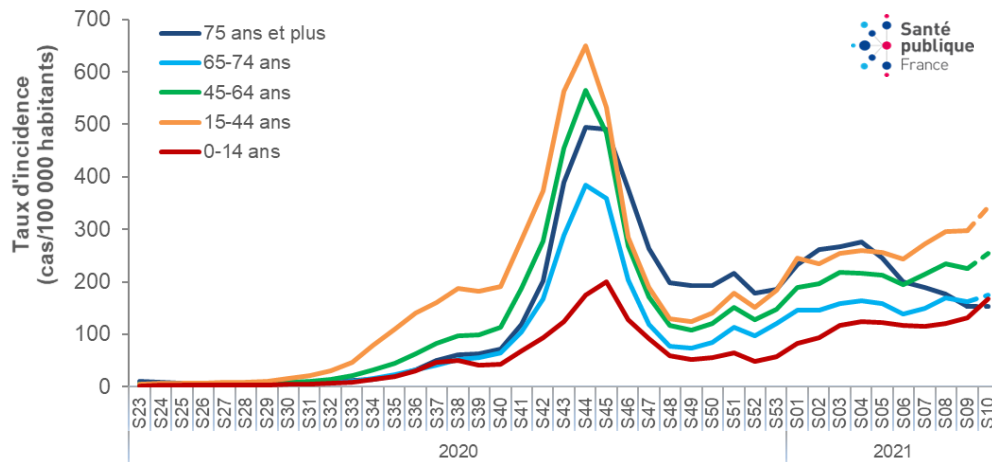
Dépistage selon la présence de symptômes

- En semaine 10, **parmi les personnes testées**, l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 87% (soit n=1 982 013). Parmi celles-ci, 20% se déclaraient symptomatiques (stable par rapport à S09, 21%). Le taux de positivité était de 20% chez les symptomatiques (en légère augmentation par rapport à S09, 19%) et de 4,5% chez les asymptomatiques (4,4% en S09).

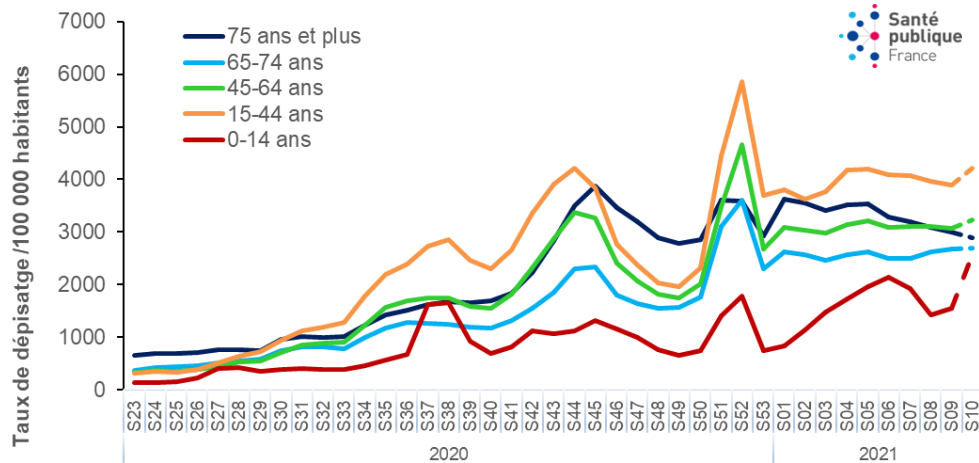
- Parmi les cas, 54% étaient symptomatiques, proportion stable par rapport à S09 (54%). **Le nombre de cas était en augmentation chez les symptomatiques** (81 862 vs 71 497 en S09, soit +14%) **et chez les asymptomatiques** (70 655 vs 61 667 en S09, soit +15%).

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 17 mars 2021)

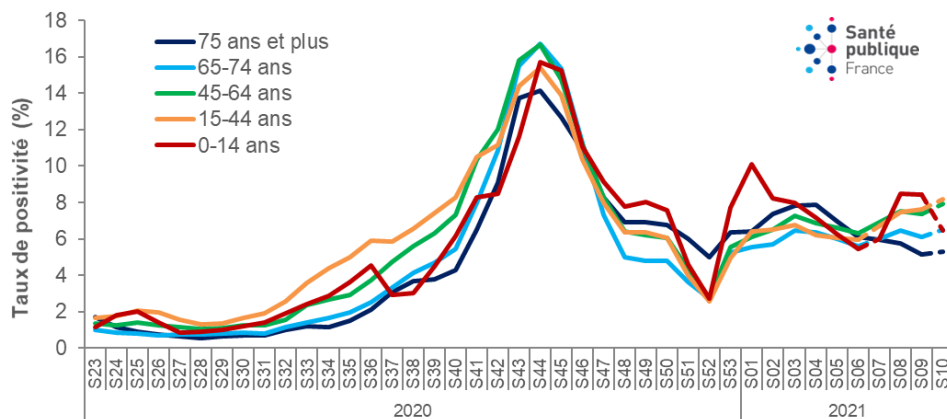
7a



7b



7c



Semaine 10 : 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](#).

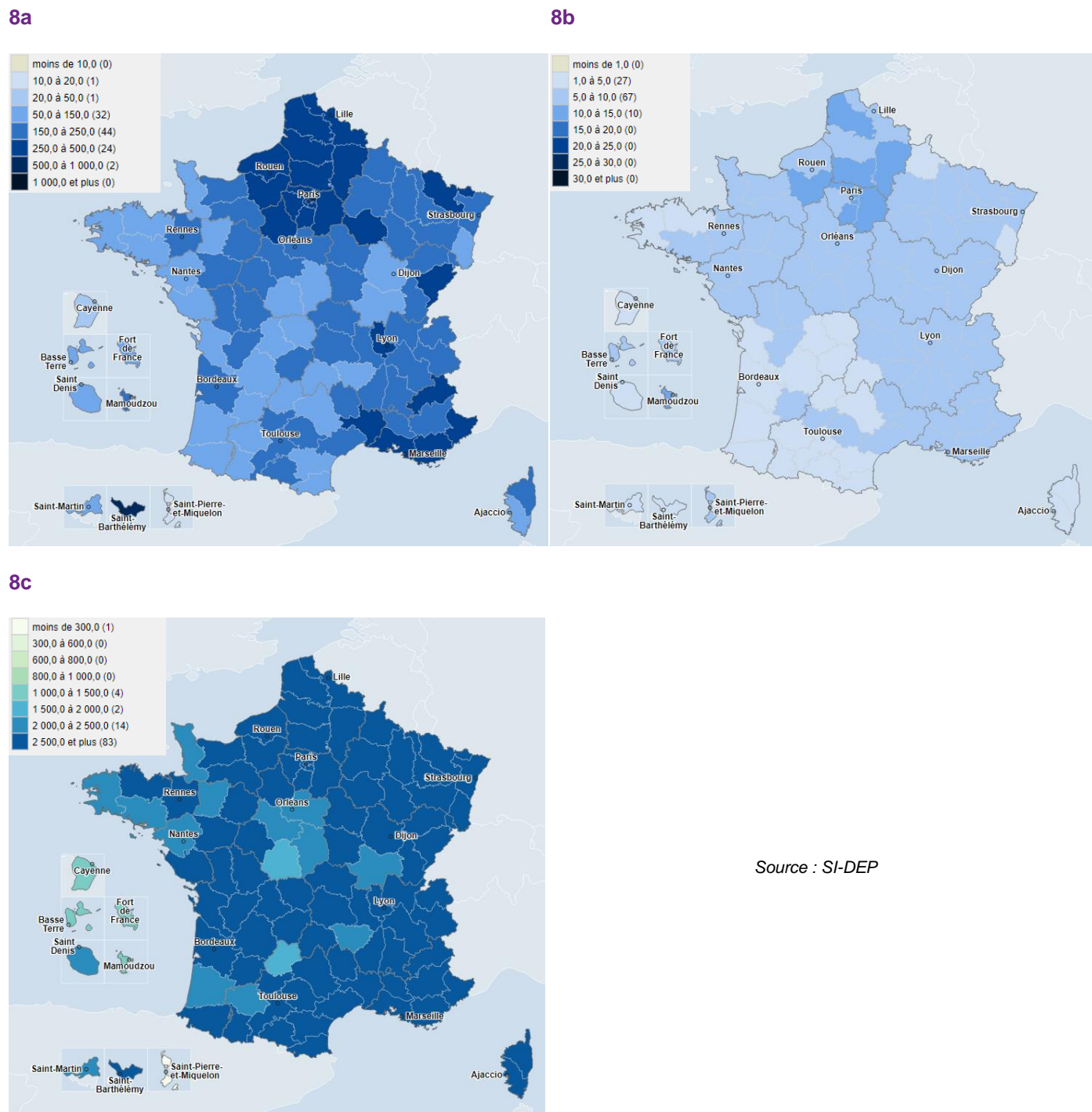
En métropole

- **En France métropolitaine**, 166 852 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 10, **en augmentation** par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S09 avec 145 600 nouveaux cas, soit +14,6%). Le **taux de positivité** était de 7,5% (vs 7,3% en S09 soit +0,2 point). Le **taux d'incidence** des cas confirmés **était de 257 cas/100 000 habitants** (vs 224 en S09 soit +14,7%). Le **taux de dépistage** s'élevait à **3 415/100 000 habitants**, en augmentation par rapport à la semaine précédente (3 070 en S09).
- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés était, en semaine 10, **au-dessus du seuil de 100/100 000 habitants dans 89 départements métropolitains** (81 en S09), et au-dessus du seuil de 250/100 000 habitants dans 25 départements (17 en S09). Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements de la Seine-Saint-Denis (506), le Val d'Oise (499), le Val-de-Marne (471), la Seine-et-Marne (451), les Alpes-Maritimes (447), l'Essonne (429), le Pas-de-Calais (407) et Paris (394) (Figure 8a).
- Le **taux de positivité** était supérieur ou égal à 10% dans neuf départements en S10 (10 en S09). Les taux les plus élevés étaient rapportés dans les départements du Val-d'Oise (12,5%), de la Seine-Saint-Denis (12,4%), de la Seine-et-Marne (11,7%), de l'Essonne (11,7%), du Val-de-Marne (11,2%) et de l'Eure (10,3%) (Figure 8b).
- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** (/100 000 habitants) en S10 étaient Paris (5 776), la Corse-du-Sud (5 411), les Alpes-Maritimes (5 268), la Moselle (5 258), la Haute-Corse (5 212), les Bouches-du-Rhône (4 350) et les Ardennes (4 314) (Figure 8c).

En Outre-mer

- **À Mayotte**, les indicateurs étaient en **diminution** en S10, avec un taux d'incidence de 179/100 000 habitants, (232 en S09), et un taux de positivité de 12,1% (vs 12,9% en S09).
- **À La Réunion**, le taux d'incidence était de 101/100 000 hab. en S10, **en diminution** par rapport à S09 (123) et le taux de positivité a légèrement augmenté et était de 4,9% (vs 4,5% en S09).
- **En Guadeloupe**, les indicateurs sont **en diminution** en S10 avec un taux d'incidence de 98/100 000 habitants (115 en S09) et un taux de positivité de 8,2% (vs 8,5% en S09).
- **En Martinique**, les indicateurs étaient **en augmentation en S10** avec un taux d'incidence de 75/100 000 habitants (35 en S09) et un taux de positivité de 5,8% (vs 3,2% en S09).
- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient en **diminution**, avec un taux d'incidence de 59/100 000 habitants (79 en S09) et un taux de positivité de 2,9% (vs 3,9% en S09).
- **En Guyane**, les indicateurs étaient **en augmentation**, avec un taux d'incidence de 37/100 000 habitants (25 en S09) et un taux de positivité de 3,3% (vs 2,2% en S09).

Figure 8. Taux d'incidence (/100 000 habitants) (8a), de positivité (8b) et de dépistage (nombre de tests/100 000 habitants) (8c) pour le SARS-CoV-2 du 08 au 14 mars 2021, par département, France (données au 17 mars 2021)



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), 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 10, sur les 191 759 tests de première intention positifs (tests RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, **56,9% étaient associés à un test de criblage** lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 109 079 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **71,9%** (78 482) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1 (UK)** (contre 65,8% en S09) et **5,0%** (5 478) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** (contre 4,9% en S09).

- La proportion de tests positifs criblés variait peu selon la classe d'âge : de 54,2% chez les 20-29 ans à 62,6% chez les 0-9 ans (Tableau 1).

- La plus forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) était observée chez les 40-49 ans (73,9%) et les 10-19 ans (73,8%). Cette proportion diminuait en fonction de l'âge pour atteindre 59,9% 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 20-29 ans (5,4%), les 50-59 ans (5,2%), les 0-9 ans et les 70-79 ans (5,1%). Elle était plus basse chez les personnes âgées de 80 ans et plus (4%).

Tableau 1. Proportion de suspicions 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 17 mars 2021)

Âge (ans)	Nb de tests (RT-PCR et TAG)	Nb de tests positifs (RT-PCR et TAG)	PCR de criblage		20I/501Y.V1		20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3	
			N	%	N	%	N	%
0-9	163 069	9 587	6 001	62,6	4 323	72,0	304	5,1
10-19	333 434	27 652	15 964	57,7	11 780	73,8	749	4,7
20-29	368 814	31 689	17 189	54,2	12 525	72,9	933	5,4
30-39	361 467	30 066	16 598	55,2	12 097	72,9	833	5,0
40-49	325 979	29 242	16 743	57,3	12 378	73,9	816	4,9
50-59	308 933	25 950	14 836	57,2	10 691	72,1	775	5,2
60-69	238 150	17 940	10 494	58,5	7 386	70,4	523	5,0
70-79	153 806	10 759	6 151	57,2	4 188	68,1	313	5,1
80-89	96 820	6 313	3 697	58,6	2 270	61,4	168	4,5
90 et plus	47 668	2 427	1 379	56,8	826	59,9	63	4,6
Inconnu	748	134	27	20,2	18	66,7	1	3,7
Tous	2 398 888	191 759	109 079	56,9	78 482	72,0	5 478	5,0

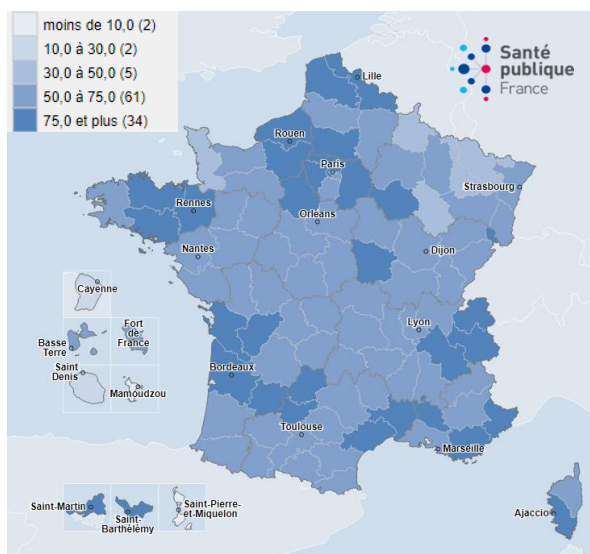
Pour chaque classe d'âge de 10 ans, les indicateurs suivants sont présentés, dans l'ordre : nombre total de tests (RT-PCR + tests antigéniques) ; nombre de tests positifs ; nombre de PCR de criblage ; % de PCR de criblage rapporté au total des tests positifs ; nombre de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (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, **tous affichaient une proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) supérieure à 30%**, dont 91 avec une proportion supérieure à 50%. (Figure 9).

- En métropole, **neuf départements avaient une proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) supérieure à 10%**. Cette proportion était particulièrement élevée en **Moselle (38,3%)**, dans la Meuse (17,4%) et en Meurthe-et-Moselle (16,9%) (Figure 10).

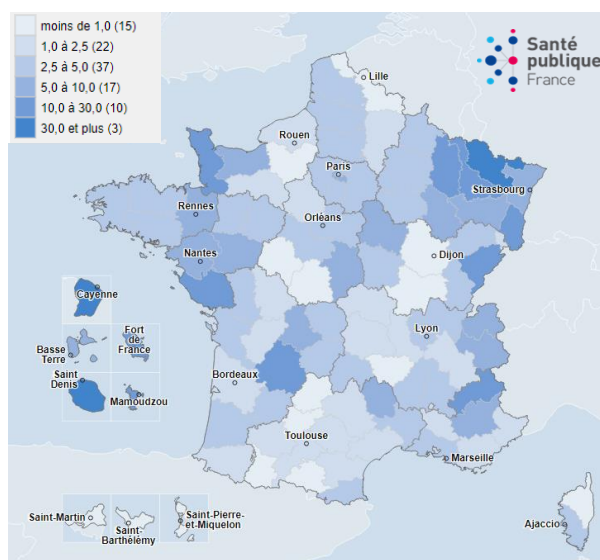
- Dans les territoires d’outre-mer où les données sont interprétables, une **forte proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** était observée à **La Réunion (41,9%)** et en Guyane (34,7%). On note également une **forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK)** en **Guadeloupe (74,6%)**, et en **Martinique (67%)** (Figures 9 et 10).

Figure 9. Proportion de suspicions de variant d’intérêt 20I/501Y.V1 (UK) parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 17 mars 2021)



Source : SI-DEP – Carte [Géodes](#)

Figure 10. Proportion de suspicions de variant d’intérêt 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 17 mars 2021)



Source : SI-DEP – Carte [Géodes](#)

SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DU SARS-CoV-2

Résultats de l'enquête Flash#4

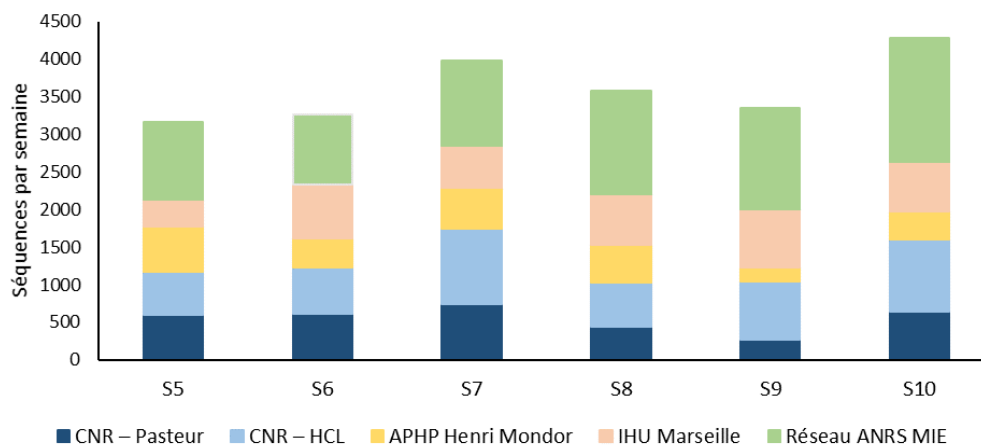
La surveillance génomique des infections à SARS-CoV-2 relève des missions du centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires et est conduite dans le cadre du consortium EMER-GEN qui associe Santé publique France, l'ANRS Maladies infectieuses émergentes et de très nombreux partenaires, dont en particulier quatre plateformes de séquençage (CNR Institut Pasteur (Paris), CNR Hospices civils de Lyon, APHP Henri-Mondor (Créteil) et IHU Méditerranée Infection) et le réseau de virologie de l'ANRS Maladies infectieuses émergentes (MIE). Les données qui en sont issues sont destinées à enrichir la surveillance de la COVID-19 et à alimenter des travaux de recherche.

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

► Activité de séquençage du SARS-CoV-2 en semaine 10

● En semaine 10, l'activité cumulée des plateformes et du réseau ANRS|MIE était en augmentation avec près de 4 300 séquences produites au niveau national (Figure 11). Les actions se poursuivaient pour augmenter encore les volumes de prélèvements envoyés aux plateformes pour séquençage, notamment la part des prélèvements sélectionnés de manière aléatoire à visée de surveillance.

Figure 11. Activité de séquençage des plateformes et laboratoires du consortium EMER-GEN de surveillance génomique des infections à SARS-CoV-2, des semaines 05 à 10-2021, France



► Enquête Flash#4 du 02 mars 2021

Les enquêtes Flash, qui reposent sur une sélection aléatoire de prélèvements RT-PCR positifs, font partie des cibles prioritaires de la stratégie nationale de surveillance génomique et permettent d'établir une cartographie de la diffusion des variants circulant en France. Ces enquêtes Flash ont été proposées à tous les laboratoires de biologie médicale (LBM) publics et privés et reposent sur une participation volontaire.

Afin d'obtenir une cartographie globale (non limitée aux variants d'intérêt connus) des différents types de virus SARS-CoV-2 circulant sur le territoire français, il a été demandé aux LBM participants de transmettre aux plateformes du consortium EMER-GEN un échantillonnage de prélèvements positifs en RT-PCR, quel que soit le résultat du criblage. Ces prélèvements ne devaient pas provenir de l'investigation d'un cluster afin d'éviter des biais de sélection. Pour cette enquête Flash#4, les LBM participants devaient transmettre 20% des prélèvements positifs du jour de l'enquête pour les laboratoires ayant plus de 20 prélèvements positifs ou de la totalité des prélèvements positifs du jour pour les laboratoires ayant moins de 20 prélèvements positifs.

- L'enquête Flash#4 a porté sur **un total de 1 655 prélèvements**. Les résultats présentés ici portent sur l'analyse de **1 572 séquences disponibles à partir de prélèvements transmis par 98 laboratoires provenant de 12 régions de France métropolitaine**, 83 résultats restant en attente (Tableau 2). **Les laboratoires privés (n=26) étaient à l'origine de 56,4% des prélèvements inclus dans l'enquête et analysés à ce jour.**

- L'enquête Flash #4 confirme la **prédominance du variant d'intérêt 20I/501Y.V1 (63% des prélèvements étudiés, soit 69% des séquences interprétables)**. Le pourcentage du clade¹ 20A.EU2, circulant en France majoritairement en 2020, a diminué par rapport aux résultats de l'enquête Flash #3 publiés dans le [Point épidémiologique COVID-19 du 11 mars 2021](#) (Flash#3 : 24% ; Flash#4 : 8,2%). Les variants d'intérêt 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3 représentaient respectivement 5,2% et 0,1% des prélèvements étudiés. D'autres lignages circulent également sur le territoire.

- Ces résultats sont globalement cohérents avec ceux issus de l'outil SI-DEP en semaine 09 (du 1^{er} au 08 mars 2021), qui indiquaient 65,8% de suspicions de variant 20I/501Y.V1 et 4,9% de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3. Ils confirment aussi l'hétérogénéité régionale de la circulation des trois variants d'intérêt connus, et soulignent que le variant 20I/501Y.V1 est particulièrement présent en Normandie. Cependant, ces résultats par région sont à interpréter avec prudence : à ce jour, tous les départements ne sont pas encore représentés au sein de certaines régions, ce qui peut biaiser les résultats. Des efforts sont entrepris pour renforcer la participation à ces études dans les régions concernées en sollicitant les réseaux des laboratoires en lien avec les cellules régionales.

- **Le clade 20I/501Y.V1 représentait plus de 50% des prélèvements quelle que soit la classe d'âge**, avec une présence plus marquée (≥ 70%) chez les 0-19 ans (Tableau 3). La diffusion de ce variant semble devenir plus homogène au sein de la population. Le variant d'intérêt 20H/501Y.V2 a été identifié dans toutes les classes d'âge (sauf chez les plus de 90 ans) de façon également homogène.

- Les enquêtes Flash ont dorénavant vocation à être répétées de façon hebdomadaire en avril avec un volume de prélèvements inclus croissant. L'enquête Flash #5, basée sur un échantillonnage de prélèvements aléatoires, a été conduite le 16 mars 2021 ; ses résultats seront restitués sous 15 jours.

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

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.

Tableau 2. Résultats de séquençage, par région du laboratoire préleveur, enquête Flash#4, 02 mars 2021, France

Régions du laboratoire préleveur	Prélèvements (N)	Clade 19A (%)	Clade 19B (%)	Clade 20A (%)	Clade 20A.EU2 (%)	Clade 20B (%)	Clade 20D (%)	Clade 20E (%)	Clade 20E (EU1) (%)	Clade 20G (%)	Clade 20H/501Y.V2 (%)	Clade 20I/501Y.V1 (%)	Clade 20J/501Y.V3 (%)	Ininterprétable* (%)	Total (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	298	-	2,3	5,4	13,4	0,7	0,7	-	7,0	0,3	3,4	57,4	-	9,4	100,0
Bourgogne-Franche-Comté	39	-	2,6	5,1	15,4	5,1	-	-	12,8	-	12,8	46,2	-	-	100,0
Bretagne	52	-	9,6	9,6	5,8	5,8	-	-	5,8	-	-	51,9	-	11,5	100,0
Centre-Val de Loire	42	-	7,1	9,5	9,5	-	-	-	2,4	-	2,4	61,9	-	7,1	100,0
Grand-Est	73	-	1,4	13,7	9,6	-	-	-	12,3	1,4	8,2	35,6	-	17,8	100,0
Haut-de-France	38	-	2,6	10,5	10,5	5,3	-	-	10,5	-	5,3	44,7	-	10,5	100,0
Île-de-France	609	0,2	1,6	4,3	4,6	1,0	1,0	-	3,3	-	6,1	71,4	0,3	6,2	100,0
Normandie	33	-	-	-	-	-	-	-	9,1	-	3,0	81,8	-	6,1	100,0
Nouvelle-Aquitaine	65	-	-	3,1	12,3	12,3	1,5	-	6,2	-	7,7	47,7	-	9,2	100,0
Occitanie	31	-	-	6,5	12,9	-	-	-	3,2	-	-	64,5	-	12,9	100,0
Pays de la Loire	75	-	1,3	9,3	8,0	4,0	-	-	6,7	-	8,0	58,7	-	4,0	100,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	214	-	2,8	0,5	9,8	-	-	1,4	-	-	4,2	69,6	-	11,7	100,0
Non renseigné	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-	100,0
Total	1 572	0,1	2,2	5,0	8,3	1,7	0,6	0,2	4,8	0,1	5,2	63,2	0,1	8,4	100,0

Tableau 3. Résultats de séquençage, par classe d'âge, enquête Flash#4, 02 mars 2021, France

Classe d'âge (ans)	Prélèvements (N)	Clade 19A (%)	Clade 19B (%)	Clade 20A (%)	Clade 20A.EU2 (%)	Clade 20B (%)	Clade 20D (%)	Clade 20E (%)	Clade 20E (EU1) (%)	Clade 20G (%)	Clade 20H/501Y.V2 (%)	Clade 20I/501Y.V1 (%)	Clade 20J/501Y.V3 (%)	Ininterprétable* (%)	Total (%)
0-9	40	-	2,5	2,5	7,5	-	2,5	-	-	-	2,5	77,5	-	5,0	100,0
10-19	120	0,8	2,5	4,2	5,0	0,8	-	0,8	5,8	-	5,0	70,0	-	5,0	100,0
20-29	254	-	3,1	5,1	9,4	0,8	0,4	-	3,5	-	3,9	63,0	-	10,6	100,0
30-39	242	-	2,5	4,5	3,7	0,4	2,1	-	5,0	-	7,4	67,8	-	6,6	100,0
40-49	202	-	3,5	3,5	11,9	1,5	-	0,5	5,4	0,5	5,0	56,4	1,0	10,9	100,0
50-59	225	-	1,3	4,0	8,0	3,6	0,4	-	4,0	-	6,2	65,8	-	6,7	100,0
60-69	158	-	1,9	5,7	8,2	1,9	0,6	-	1,9	-	4,4	64,6	-	10,8	100,0
70-79	155	-	1,9	7,7	9,0	2,6	-	0,6	7,7	0,6	7,7	56,1	-	5,8	100,0
80-89	119	-	-	5,0	14,3	3,4	-	-	5,9	-	3,4	56,3	-	11,8	100,0
≥ 90	49	-	2,0	12,2	6,1	-	-	-	10,2	-	-	61,2	-	8,2	100,0
Non indiqué	8	-	-	-	-	-	-	-	12,5	-	-	87,5	-	-	100,0
Total	1 572	0,1	2,2	5,0	8,3	1,7	0,6	0,2	4,8	0,1	5,2	63,2	0,1	8,4	100,0

* Ininterprétable : prélèvements non conformes, charges virales faibles, etc.

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.

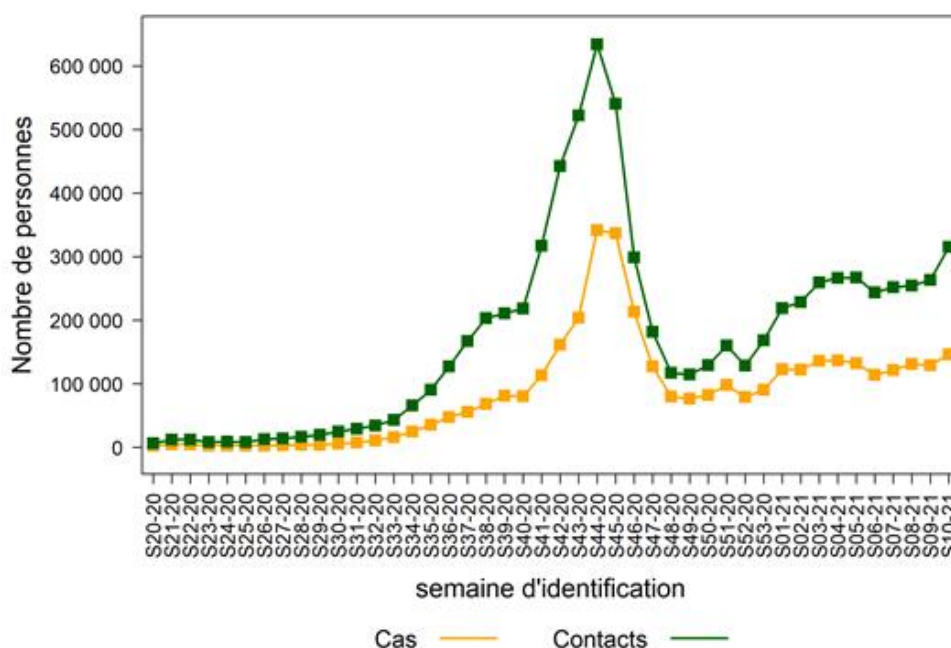
La [définition des contacts à risque](#) est disponible sur le site de Santé publique France.

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 10.

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

- En semaine 10, le nombre total de nouveaux cas était en forte augmentation (146 173 cas vs 128 986 en S09, soit +13,3%), ainsi que le nombre total de nouvelles personnes-contacts à risque : 315 356 vs 263 585 en S08, soit +19,6% (Figure 12).
- En semaine 10, l'âge moyen des cas était de 39 ans (contre 40 ans en S09) et l'âge moyen des personnes-contacts était de 31 ans. Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus diminuait à 6,7% (7,4% en S09).

Figure 12. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine du 13 mai 2020 au 14 mars 2021, France

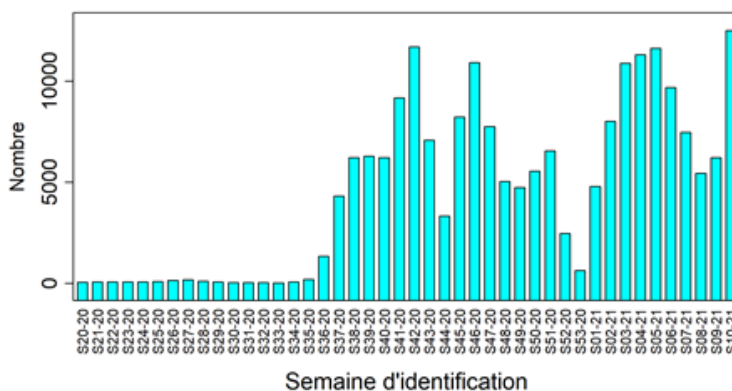


* Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique.

Source : ContactCovid – Cnam

- 12 497 cas ayant eu un **lien avec le milieu scolaire** ont été rapportés en S10, soit un doublement par rapport à S09 (Figure 13). La moitié de ces cas (55%) concernait des adolescents âgés de 10 à 18 ans et un quart (26%) était âgé de plus de 18 ans.

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



Source : ContactCovid - Cnam

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

- En semaine 10, la **proportion de cas et de personnes-contacts à risque ayant pu être investigués par l'Assurance maladie est restée à un niveau élevé** (respectivement 94% et 93%).

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

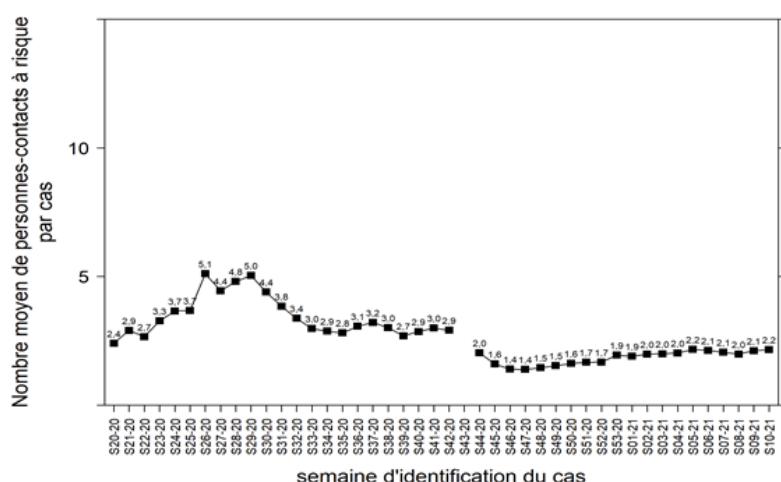
- **Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était stable**, avec une valeur de 2,2 en S10 (Figure 14). Au niveau régional, cette valeur s'échelonnait entre 1,7 (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France) et 3,1 (Bretagne et Nouvelle-Aquitaine).

- 41,8% des cas ne rapportaient aucune personne-contact à risque (en baisse de 1,7 point par rapport à S09). Cette situation représentait 63,2% des cas âgés de 75 ans et plus, et 35,5% des cas âgés de 15 à 44 ans.

- Par ailleurs, 10,5% des cas rapportaient plus de cinq personnes-contacts à risque (stable par rapport à S09 : 10,4%). Cette situation représentait seulement 3,1% des cas âgés de 75 ans et plus, et 12,7% des cas âgés de 15 à 44 ans.

- Lorsqu'un cas avait précédemment été identifié comme personne-contact et qu'il lui avait donc été demandé de s'isoler, son nombre moyen de personnes-contacts était nettement plus faible que lorsque ce cas n'était pas précédemment connu comme personne-contact (1,4 vs 2,5). Cette diminution concernait autant les contacts à risque intra-foyer (0,5 vs 1,0) que hors foyer (0,9 vs 1,5).

Figure 14. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, par semaine, du 13 mai 2020 au 14 mars 2021, France



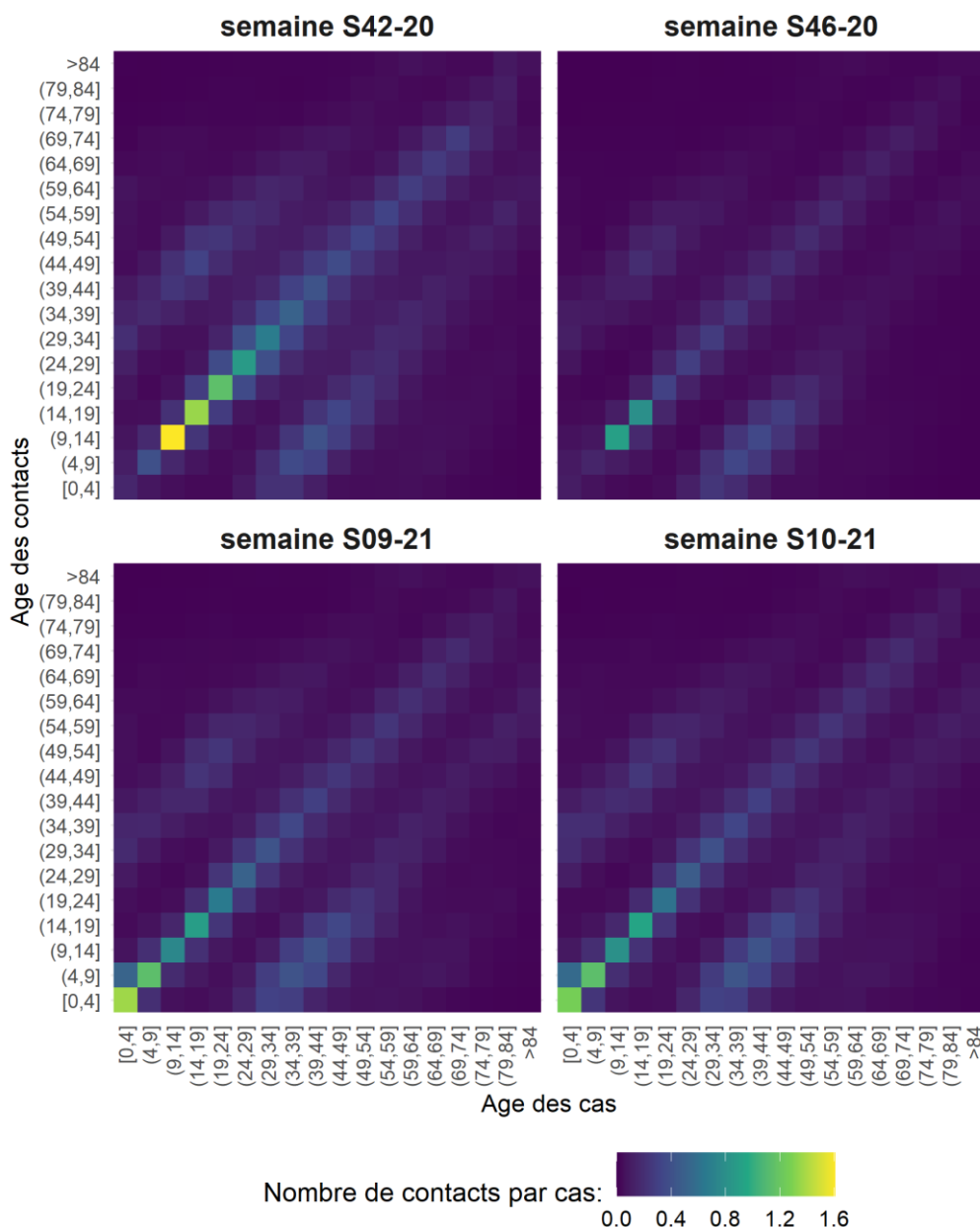
Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020

Source : ContactCovid - Cnam

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

- Les cas âgés de moins de 65 ans avaient peu de contacts avec des personnes de 65 ans et plus (<8,7%). À l'inverse, plus de 30,5% des personnes-contacts des cas de plus de 65 ans avaient elles-mêmes plus de 65 ans.
- En S10, pour toutes les classes d'âge de cas et de personnes-contacts, y compris pour les moins de 19 ans, le nombre de contacts à risque était globalement stable par rapport à S09 (Figure 15).

Figure 15. 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), 09 et 10-2021, 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.

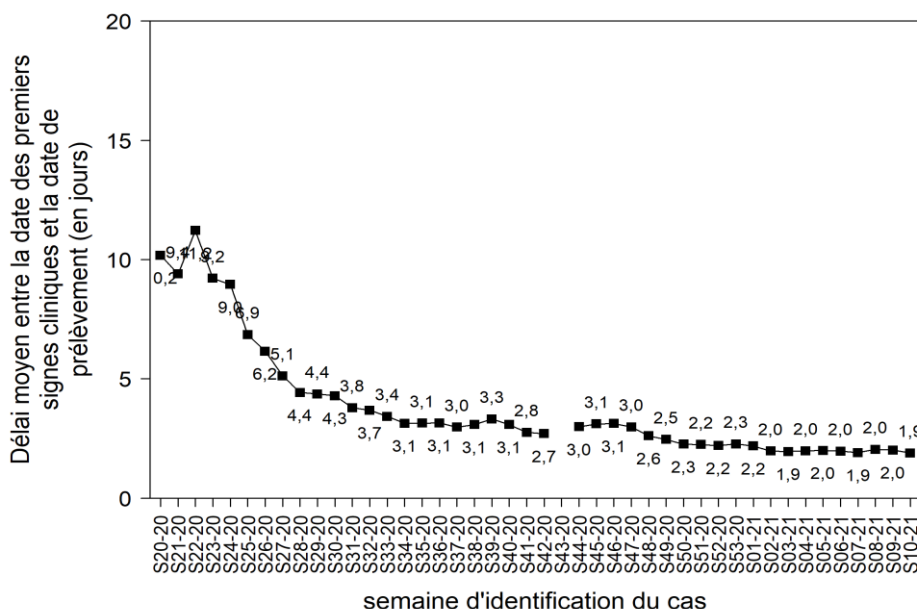
Valeurs calculées quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.

Source : ContactCovid – Cnam

► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En semaine 10, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour diagnostic par RT-PCR ou tests antigéniques renseignés (soit 58,0% des cas), **le délai moyen de diagnostic était stable à 1,9 jour** (Figure 16). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

Figure 16. 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 14 mars 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 10, cela représente 58,0% 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 - Cham

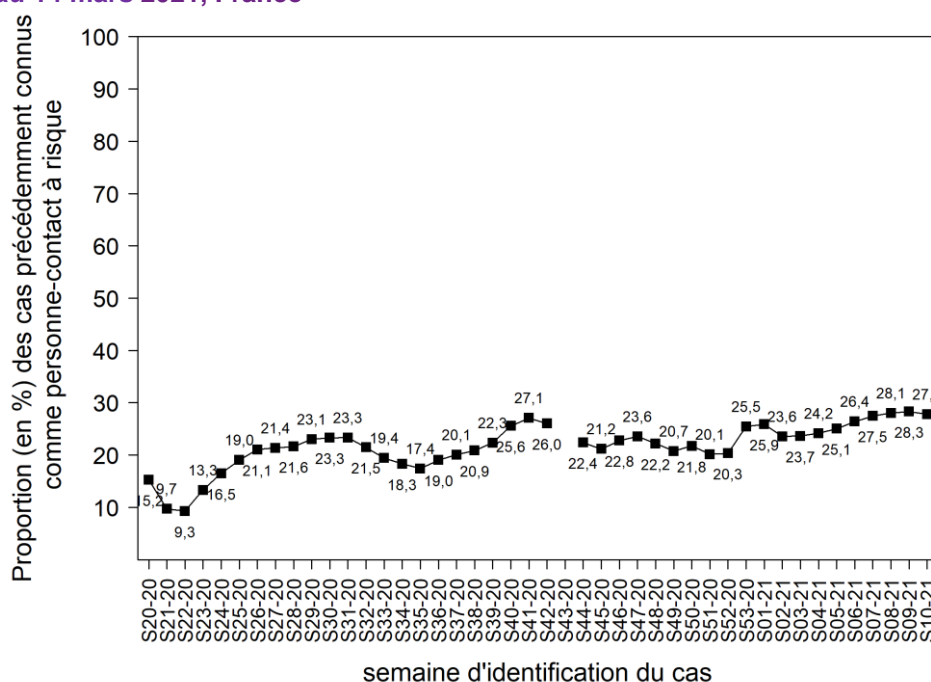
► Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque

• Au niveau national, la proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque d'un autre cas reste stable à 27,8% (Figure 17).

• La proportion des personnes-contacts devenues des cas était stable à 12,9% (personnes-contacts identifiées en S09, valeur non consolidée). Ce nombre était près de **deux fois plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques** (15,0%) que pour celles de cas asymptomatiques (8,3%), et de même lorsque leur cas index appartenait au même foyer qu'elles (19,5%) que lorsque cela n'était pas le cas (8,9%).

• **14,4% des personnes-contacts** (identifiées en S09) de cas classés comme « variants » dans ContactCovid (soit 27 687 cas en S09) étaient devenues des cas, contre 12,4% lorsque les cas n'étaient pas classés « variants ».

Figure 17. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 14 mars 2021, France



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

Indicateur non estimable en semaine 43-2020.

Source : ContactCovid - Cnam

► Mobilité des cas et des personnes-contacts

• En S10, le pourcentage de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence habituelle était en diminution (4,1% vs 4,8% en S09 et 4,1% en S08).

• Le pourcentage de cas ayant voyagé hors de France (1,0%) restait en revanche inchangé par rapport à S09.

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

- Du 1^{er} mars 2020 au 14 mars 2021, **28 561** 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 4).

- Il s'agissait de **17 485 (61%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD et autres EHPA) **et 11 076 (39%) dans les autres ESMS** (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 4).

- Parmi les 17 485 signalements en EHPA, **14 419 (83%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé** parmi les résidents ou le personnel.

- Parmi les 28 561 signalements en ESMS, **195 847 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents (Tableau 4). Parmi les **25 405 décès survenus dans les établissements**, 25 198 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 4. 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 14 mars 2021, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	17 485	7 901	1 229	1 946	28 561
Chez les résidents					
Cas confirmés ⁶	168 930	21 798	1 555	3 564	195 847
Décès ⁷ hôpitaux	9 925	392	0	43	10 360
Décès ⁷ établissements	25 198	148	0	59	25 405
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	82 549	16 412	1 541	1 700	102 202

¹ Établissement d'hébergement pour personnes âgées

² Établissement d'hébergement pour personnes handicapées

³ Établissement de l'Aide sociale à l'enfance

⁴ Autres établissements

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

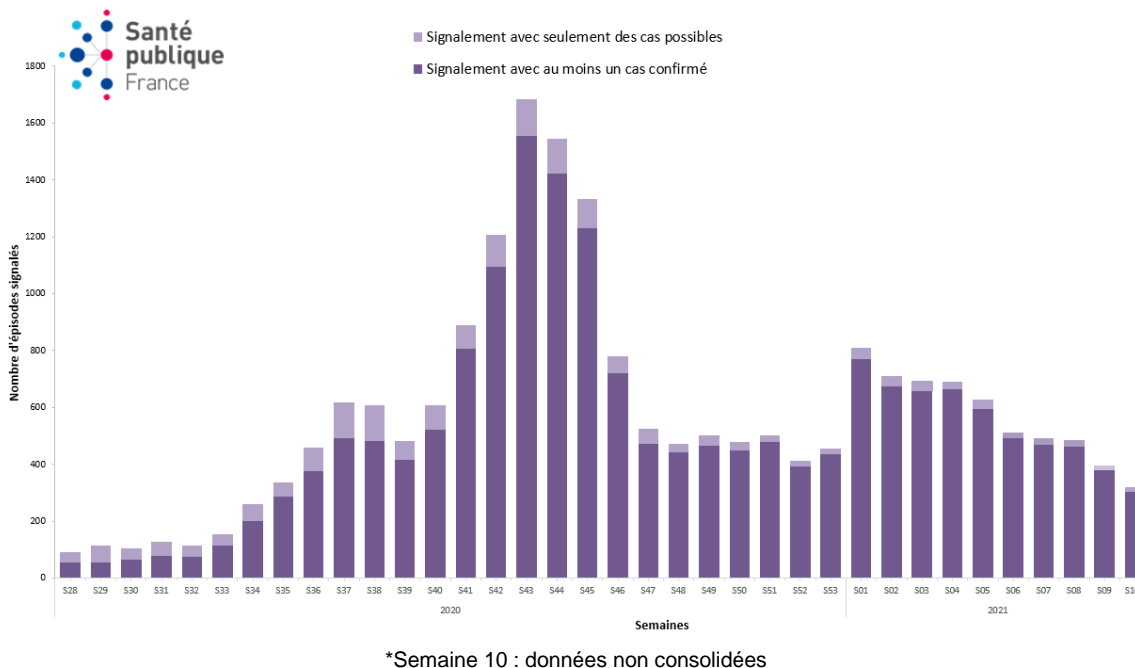
⁶ Cas de COVID-19 biologiquement confirmés

⁷ Cas possibles et confirmés décédés

- Alors que le nombre de signalements enregistrés avait augmenté en semaine 01-2021, une stabilisation était observée depuis la semaine 02. À partir de la semaine 05, on constate une **diminution du nombre de signalements**. Cette diminution se confirme pour les dernières semaines avec **395** signalements enregistrés en semaine **09** et **320** en semaine **10** (données non consolidées) (Figure 18).

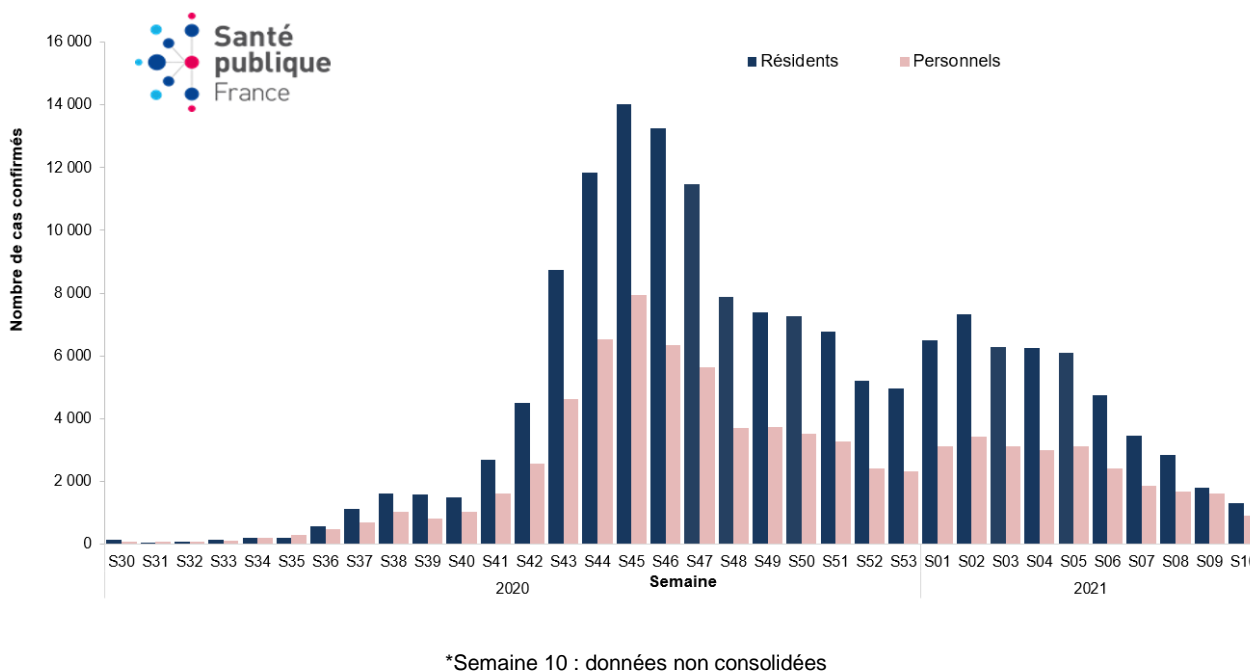
- Depuis le 20 juillet 2020, parmi les 10 446 EHPA en France, 6 509 (62%) ont déclaré au moins un épisode. Sur les 8 844 établissements d'hébergement pour personnes handicapées, 3 078 (soit 35%) ont déclaré au moins un épisode.

Figure 18. 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 14 mars 2021, France



● Le nombre de cas confirmés a augmenté en semaines 01 et 02-2021 puis s'est stabilisé autour de 9 300 cas jusqu'à début février. **Depuis la semaine 06, le nombre de cas confirmés est en diminution.** Depuis deux semaines, le nombre de cas confirmés est bas et quasi similaire chez les résidents et le personnel, probablement en lien avec la couverture vaccinale élevée dans les EHPA. En semaines 09 et 10, 3 409 et 2 200 cas ont été respectivement enregistrés (données non consolidées) (Figure 19).

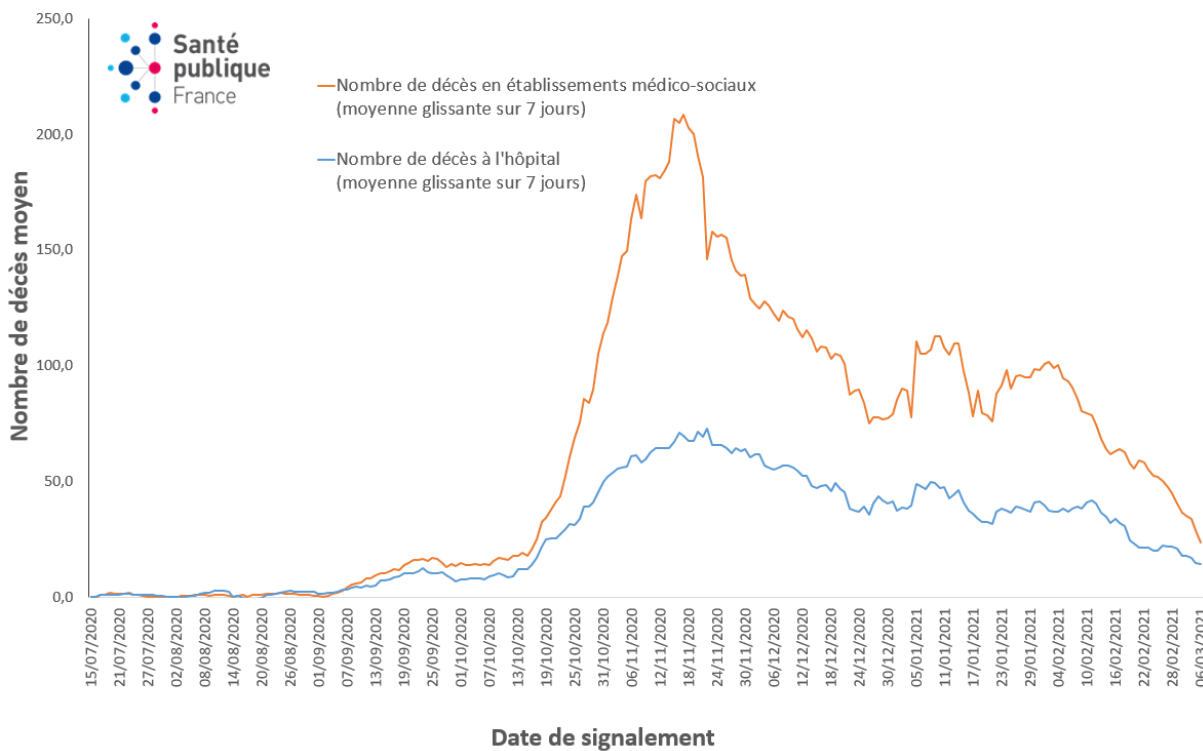
Figure 19. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 14 mars 2021, France



- Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36-2020, le nombre de décès dans les ESMS a augmenté de la semaine 37 à la semaine 46 (S46 : 1 490 décès), puis il a diminué jusqu'en semaine 48 avant de se stabiliser. **Une diminution du nombre de décès en établissement** est observée depuis la semaine 05-2021. En semaine 10, **125 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 pour les décès à l'hôpital** (Figure 20). Cette tendance à la baisse se confirme depuis plusieurs semaines.

Figure 20. 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 14 mars 2021, France*



*Dernières données de décès le 6 mars 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, **395 664 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 16 mars 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période) (Figure 21).

- **En semaine 10** (du 08 au 14 mars 2021), **8 113 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (7 652 passages en S09). Ce chiffre était **en hausse** (+6%) après une stabilisation observée la semaine précédente (+2%) (Figure 21).

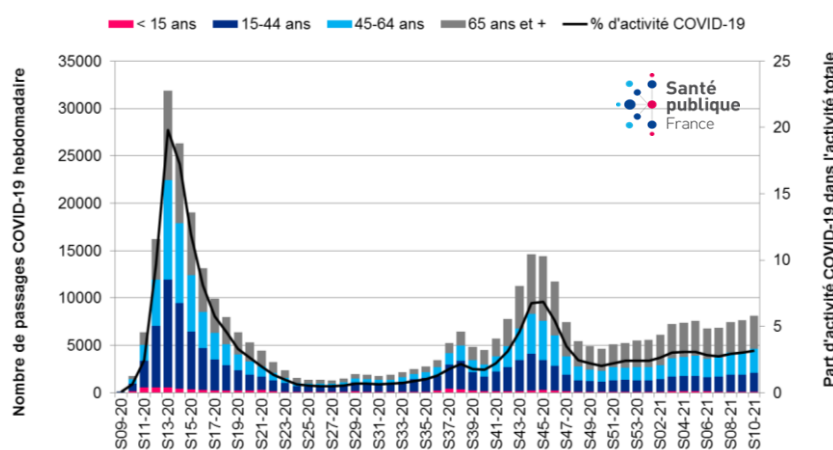
- La part d'activité était en légère hausse (3,2% en S10 vs 3,0% en S09) et le nombre d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était stable à 58%.

- Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en hausse chez les 15-44 ans (+11%, soit +190 passages), les 45-64 ans (+5%, soit +132 passages), les 65-74 ans (+7%, soit 99 passages) ainsi que chez les 5-14 ans sur de faibles effectifs (+16%, soit +8 passages). Ce nombre était stable ou en baisse dans les autres classes d'âge. La **répartition du nombre de passages par classe d'âge** restait **comparable à la semaine précédente** : 0-4 ans (1%), 5-14 ans (1%), 15-44 ans (24%), 45-64 ans (32%), 65-74 ans (18%), 75 ans et plus (24%) (Figure 21).

- **Au niveau régional**, le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en hausse en Île-de-France (+18%, soit +367 passages), Pays de la Loire (+15%, soit +31 passages) et dans une moindre mesure en Normandie (+7%, soit +15 passages), Centre-Val de Loire (+7%, soit +13 passages), Hauts-de-France (+6%, soit +43 passages), Grand Est (+5% soit +28 passages) et Bretagne (+5%, soit +7 passages).

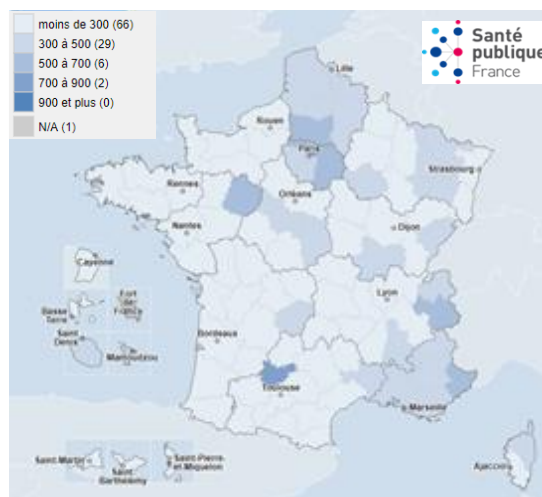
- En semaine 10, comme au cours des semaines précédentes, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, **la majorité était enregistrée en Île-de-France (29%)**, Provence-Alpes-Côte d'Azur (15%), Auvergne-Rhône-Alpes (11%) et Hauts-de-France (10%).

Figure 21. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 24 février 2020, France



Source : OSCOUR®

Figure 22. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 10-2021, France



Source : OSCOUR®

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 Cori¹, avec une fenêtre temporelle mobile de sept jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP (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 sept jours). L'indicateur SI-DEP peut être instable, notamment lorsque l'incidence est faible, car il est influencé par les actions locales de dépistage. Les indicateurs calculés à partir des données de passages aux urgences et des hospitalisations sont plus stables, mais montrent des tendances plus tardives. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas.

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

- Les estimations du nombre de reproduction effectif en **France métropolitaine** étaient **supérieures à 1 de façon significative à partir des trois sources de données**. Ainsi, à partir des données virologiques (SI-DEP), elle était au 13 mars 2021 de **1,12** (IC95% [1,11-1,12]) (Tableau 5 et Figure 23). À partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), elle est de **1,05** (IC95% [1,02-1,07]). Au 14 mars 2021, l'estimation obtenue à partir des données d'hospitalisation pour COVID-19 (SI-VIC) est de **1,02** (IC95% [1,00-1,05]).

► Régions métropolitaines

- Au 13 mars 2021, les estimations des nombres de reproduction à partir des **données virologiques** SI-DEP étaient significativement supérieures à 1 dans 11 régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Pays de la Loire. L'estimation était supérieure à 1 mais non significativement en Corse (Tableau 5).

- À partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (OSCOUR®), les Hauts-de-France et l'Île-de-France présentaient une estimation du nombre de reproduction significativement supérieure à 1. Neuf autres régions métropolitaines présentaient une estimation supérieure à 1 mais de façon non significative : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse, Grand Est, Normandie, Occitanie et Pays de la Loire.

- À partir des **hospitalisations pour COVID-19** rapportées dans SI-VIC, les estimations des nombres de reproduction au 14 mars étaient significatives dans deux régions métropolitaines : Grand Est et Hauts-de-France. L'estimation du nombre de reproduction était supérieure à 1 de façon non significative dans huit régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Corse, Île-de-France, Normandie, Occitanie et Pays de la Loire.

► Régions d'outre-mer

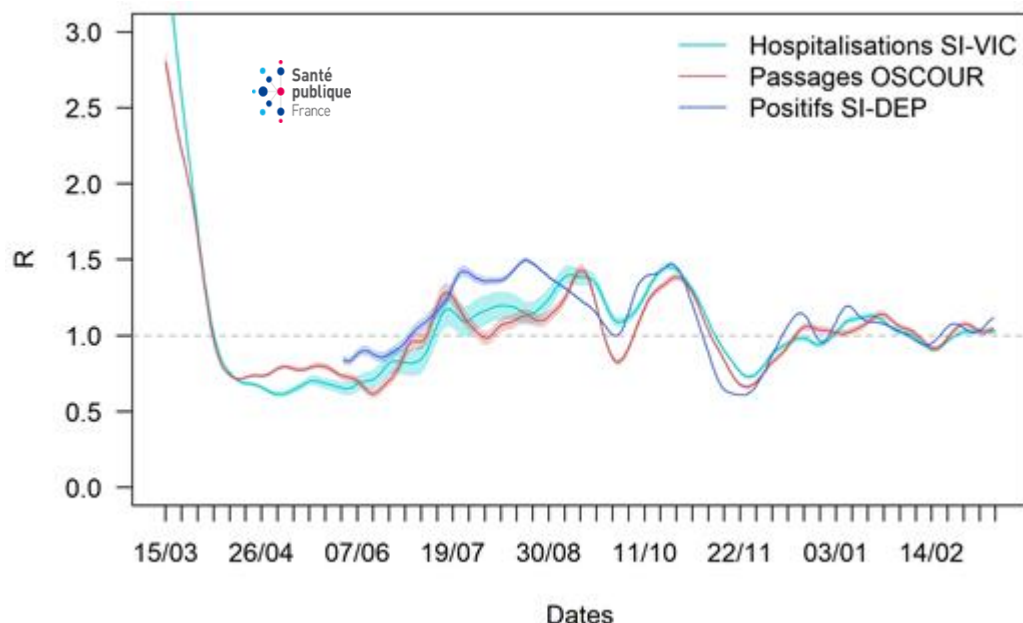
Au 13 mars, les estimations du nombre de reproduction étaient **significativement supérieures à 1 en Guyane et Martinique** à partir des données virologiques **SI-DEP** (Tableau 5). Le nombre de reproduction estimé excédait significativement 1 à **La Réunion** à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 (**SI-VIC**).

Le nombre de reproduction estimé excédait 1 mais sans être significatif en Guadeloupe et en Martinique à partir des hospitalisations rapportées dans SI-VIC.

À **Mayotte**, les estimations du nombre de reproduction à partir des trois sources de données étaient **inférieures à 1 significativement**.

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 23. 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 13 mars 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 5. Nombre de reproduction effectif du 13 mars 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 14 mars 2021 à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), par région, France

Territoire	Région	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1,10 (1,09-1,12)	1,00 (0,93-1,07)	1,01 (0,94-1,07)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,19 (1,16-1,22)	1,00 (0,90-1,11)	1,02 (0,92-1,13)
	Bretagne	1,15 (1,12-1,18)	1,09 (0,93-1,26)	1,06 (0,93-1,21)
	Centre-Val de Loire	1,14 (1,11-1,17)	1,08 (0,95-1,22)	0,94 (0,83-1,05)
	Corse	1,01 (0,93-1,10)	1,19 (0,87-1,57)	1,33 (0,93-1,79)
	Grand Est	1,12 (1,10-1,14)	1,00 (0,93-1,08)	1,10 (1,03-1,18)
	Hauts-de-France	1,08 (1,07-1,10)	1,10 (1,02-1,17)	1,07 (1,01-1,13)
	Île-de-France	1,17 (1,16-1,18)	1,14 (1,09-1,18)	1,04 (0,99-1,08)
	Normandie	1,20 (1,17-1,23)	1,04 (0,92-1,18)	1,06 (0,96-1,17)
	Nouvelle-Aquitaine	1,13 (1,11-1,16)	0,95 (0,86-1,04)	0,97 (0,87-1,07)
	Occitanie	1,05 (1,03-1,07)	1,02 (0,93-1,11)	1,08 (0,99-1,18)
	Pays de la Loire	1,12 (1,09-1,15)	1,08 (0,96-1,21)	1,08 (0,97-1,20)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,98 (0,96-0,99)	0,95 (0,90-1,01)	0,92 (0,86-0,97)
	France métropolitaine	1,12 (1,11-1,12)	1,05 (1,02-1,07)	1,02 (1,00-1,05)
France ultramarine	Guadeloupe	0,89 (0,80-0,99)	NC	1,17 (0,65-1,86)
	Guyane	1,39 (1,14-1,67)	0,91 (0,47-1,50)	NC
	La Réunion	0,92 (0,86-0,98)	1,37 (1,13-1,64)	1,43 (1,16-1,72)
	Martinique	1,80 (1,59-2,03)	NA	1,26 (0,67-2,05)
	Mayotte	0,61 (0,56-0,66)	0,56 (0,38-0,79)	0,64 (0,47-0,85)

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

NA : données non disponibles pour cette région.

Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

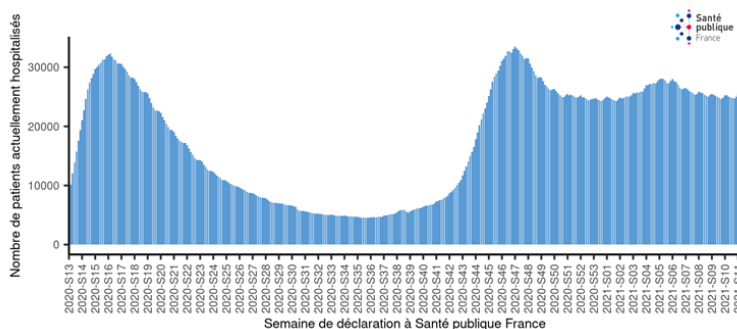
Depuis mars 2020, l'outil SI-VIC a été déployé dans les hôpitaux afin de suivre l'hospitalisation des patients infectés par le SARS-CoV-2. Pour permettre un pilotage plus fin des tensions hospitalières, des évolutions ont été apportées à ce système en novembre et décembre 2020 et sont présentées pour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

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

► Hospitalisations, admissions en services de soins critiques, retours à domicile (données SI-VIC)

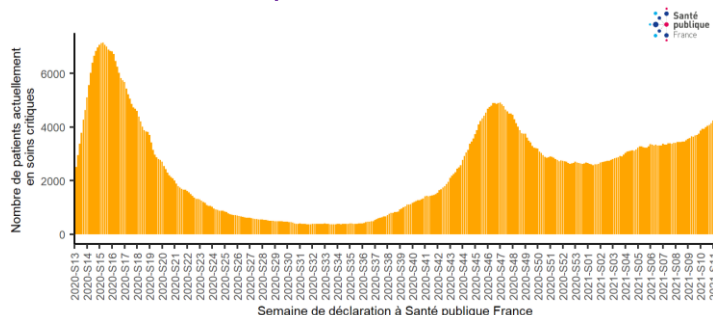
- Depuis le 1^{er} mars 2020, **2 065** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Le 16 mars 2021, **25 552 patients COVID-19 étaient hospitalisés en France** (vs 25 246 le 09 mars, soit +1,2%), dont :
 - **4 260 en services de soins critiques** (vs 3 928 le 09 mars, soit +8,5%) (Figures 24 et 25) ;
 - 13 616 en hospitalisation conventionnelle (vs 13 577 le 09 mars, soit +0,3%) ;
 - 7 163 en soins de suite et réadaptation et 513 en autres unités de soins.
- Parmi les 4 260 patients en services de soins critiques, 3 256 étaient en services de réanimation et 1 004 dans d'autres services de soins critiques (soins intensifs ou soins continus).

Figure 24. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 16 mars 2021)



Source : SI-VIC

Figure 25. Nombre de patients COVID-19 en services de soins critiques, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 16 mars 2021)



Source : SI-VIC

- Parmi les **366 992 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars 2020 (Tableau 6) :
 - l'âge médian des patients est de 73 ans et 53% sont des hommes ;
 - **65 791** patients sont décédés : **75%** étaient âgés de 75 ans et plus et **58%** étaient des hommes ;
 - **275 391** patients sont retournés à domicile.

Tableau 6. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en services de soins critiques) le 16 mars 2021 et nombre de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

	Le 16 mars 2021				Depuis le 1 ^{er} mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Soins Critiques		Décès	
	N	%	N	%	N	%
Total	25 552		4 260		65 791	
Classes d'âge *						
Total	25 350		4 226		65 438	
0-14 ans	57	<1	7	<1	5	<1
15-44 ans	1 304	5	268	6	450	1
45-64 ans	5 029	20	1 485	35	5 118	8
65-74 ans	6 086	24	1 635	39	10 755	16
75 et +	12 874	51	831	20	49 110	75
Régions *						
Total	25 492		4 239		65 765	
Métropole						
Auvergne-Rhône-Alpes	3 118	12	450	11	9 525	14
Bourgogne-Franche-Comté	1 248	5	156	4	3 948	6
Bretagne	638	3	69	2	1 242	2
Centre-Val de Loire	998	4	144	3	2 119	3
Corse	111	<1	15	<1	156	<1
Grand Est	2 306	9	359	8	8 449	13
Hauts-de-France	3 061	12	526	12	6 763	10
Île-de-France	5 907	23	1 177	28	15 811	24
Normandie	1 298	5	167	4	2 414	4
Nouvelle-Aquitaine	1 157	5	193	5	3 007	5
Occitanie	1 360	5	273	6	3 415	5
Pays de la Loire	832	3	98	2	2 138	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 134	12	511	12	6 262	10
Outre-mer						
La Réunion	167	1	54	1	96	<1
Martinique	22	<1	6	<1	49	<1
Mayotte	85	<1	21	<1	105	<1
Guadeloupe	34	<1	12	<1	183	<1
Guyane	16	<1	8	<1	83	<1

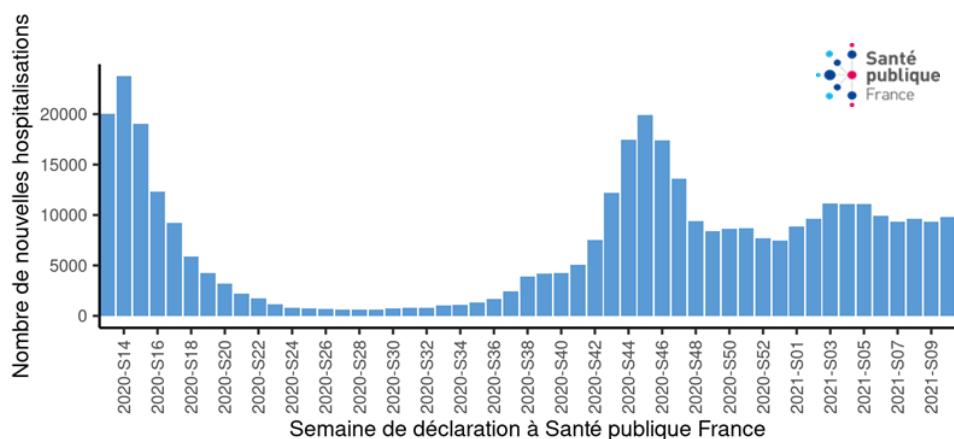
* L'information sur l'âge ou sur la région n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Source : SI-VIC

- En S10, **9 777 nouveaux patients hospitalisés ont été déclarés** (89% de ces patients étaient hospitalisés en lien direct avec la prise en charge spécifique de la COVID-19).

- Le nombre de **déclarations de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19** s'est stabilisé en S08 et S09 et semble avoir légèrement augmenté en S10 : **9 777** nouvelles hospitalisations déclarées en S10 vs **9 321** en S09, soit +5% (Figure 26).

Figure 26. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 14 mars 2021)

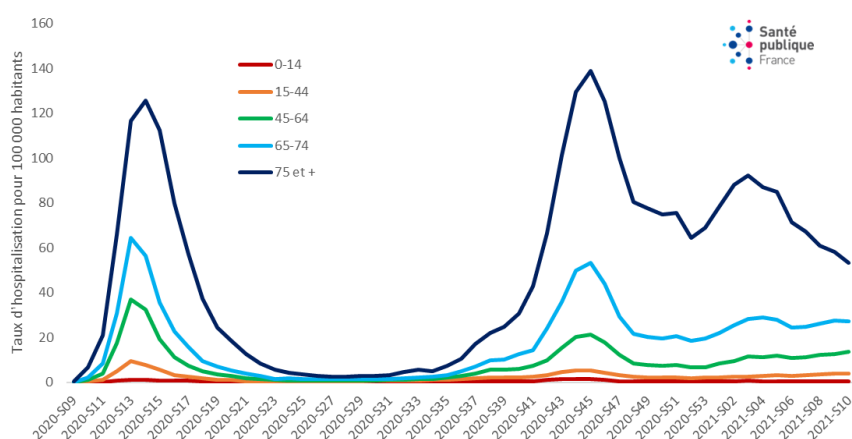


Source : SI-VIC

- Après consolidation, les **données par date d'admission à l'hôpital** montraient que le nombre de nouvelles hospitalisations était resté stable en S09 (+0,2% par rapport à S08). Les données de S10 ne sont pas encore consolidées (-2,1% entre S09 et S10).

- Le taux d'hospitalisations par date d'admission a augmenté dans toutes les classes d'âge entre les semaines 01 et 03. Il a continué à augmenter chez les 15-44 ans jusqu'en S09 (de 2,6 pour 100 000 en S03 à 3,7 en S09) et chez les 45-64 ans (de 11,4 pour 100 000 en S03 à 12,7 en S09). Il a **nettement diminué chez les 75 ans et plus** jusqu'en semaine 09 (de 92,2 pour 100 000 en S03 à 58,2 en S09) (Figure 27).

Figure 27. Taux de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés par semaine et par classe d'âge selon la date d'admission, depuis le 02 mars 2020, France (données au 16 mars 2021)



Source : SI-VIC

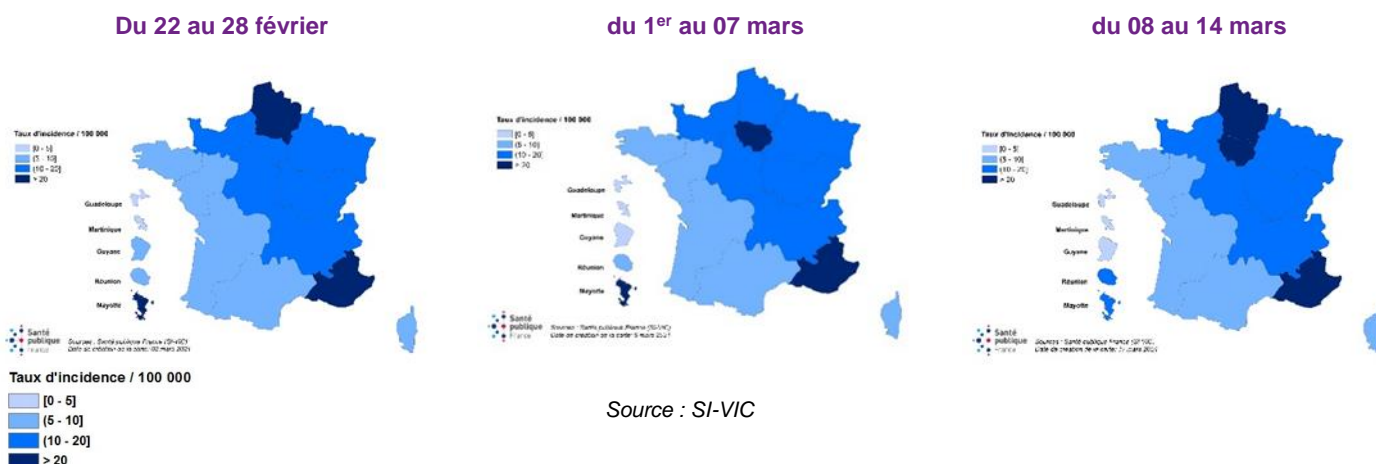
- En S10, le **taux hebdomadaire** d'hospitalisations par date de déclaration était de **14,6/100 000 habitants** contre **13,9** en S09.

- En France métropolitaine, le **taux hebdomadaire d'hospitalisations** était en **augmentation** en **Corse** (+38% soit +8 hospitalisations), **Centre-Val de Loire** (+23%), **Normandie** (+20%), **Bretagne** (+18%), **Île-de-France** (+11%), **Hauts-de-France** (+8%) et dans les **Pays de la Loire** (+5%). Il était stable ou en diminution dans les autres régions.

- Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient encore enregistrés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (23,3/100 000 habitants), **Île-de-France** (22,3/100 000 habitants) et **Hauts-de-France** (21,1/100 000 habitants). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 14,8 pour 100 000 habitants (Figure 28).

- En **Outre-mer**, le **plus fort taux d'hospitalisations** en S10 était encore observé à **Mayotte** avec 18,6/100 000 habitants, en **diminution** depuis la semaine 07 (25,4 en S09, soit -19 hospitalisations). La baisse observée en Guyane en semaines 08 et 09 se poursuivait en semaine 10 (3,1 vs 3,8, soit -2 hospitalisations). Une hausse était relevée à **La Réunion** (10,8 vs 6,3, soit +39 hospitalisations), en **Martinique** (3,3 vs 1,4 en S09, soit +7 hospitalisations), et en **Guadeloupe** (4,0 vs 2,4, soit +6 hospitalisations), alors que cet indicateur était en diminution la semaine précédente.

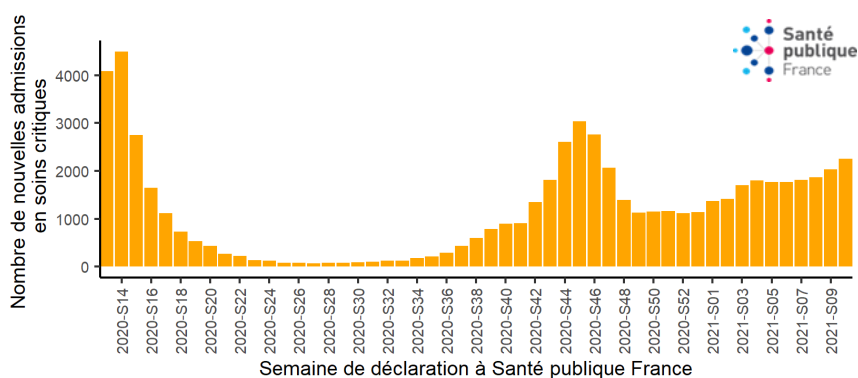
Figure 28. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 22 février au 14 mars 2021 (S08 à S10, date de déclaration), France



- En S10, **2 251 nouvelles admissions en services de soins critiques ont été déclarées** (95% de ces patients étaient hospitalisés en lien direct avec la prise en charge spécifique de la COVID-19), dont 1 584 en services de réanimation.

- L'augmentation du nombre de déclarations de **nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19** observée depuis S08 s'est poursuivie : **2 251** en S10 contre 2 034 en S09, soit **+11%** (Figure 29). Les admissions en services de réanimation ont augmenté de +8% (1 584 en S10 vs 1 472 en S09).

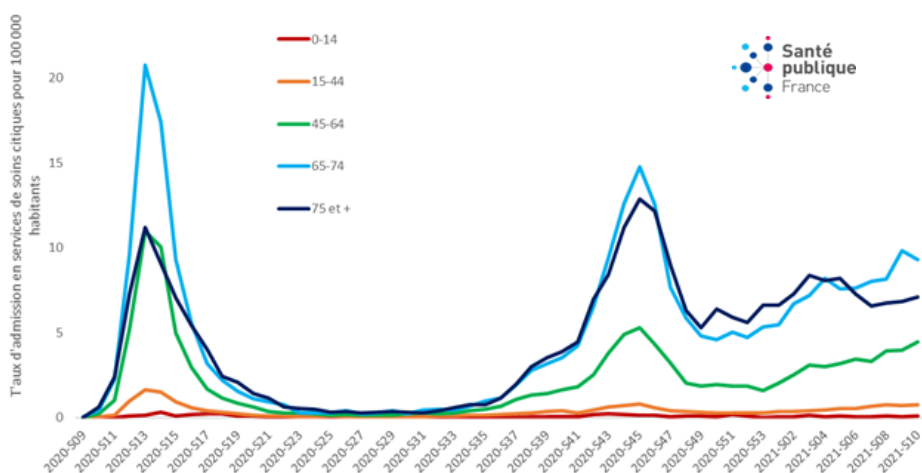
Figure 29. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques, selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 14 mars 2021)



- Après consolidation, les **données par date d'admission en services de soins critiques** montraient que le nombre de nouvelles admissions avait continué d'augmenter en S09 (+7% par rapport à S08). Les données de S10 ne sont pas encore consolidées (+4% entre S09 et S10).

- **Chez les 75 ans et plus**, après une **diminution, entre la semaine 04 et la semaine 07**, des **taux d'admissions en soins critiques** par date d'admission, une augmentation de ces taux était observée depuis la semaine 08 (de 6,6 en S07 à 6,8 en S09 et 7,1 en S10 qui n'est pas encore consolidée). Dans **toutes les autres classes d'âge de 15 ans à 74 ans**, on constate **une augmentation des taux d'admissions en soins critiques depuis la semaine 03** (de 0,4 en S03 à 0,7 en S09 chez les 15-44 ans, de 3,1 à 4,0 chez les 45-64 ans et de 7,2 à 9,9 chez les 65-74 ans) (Figure 30).

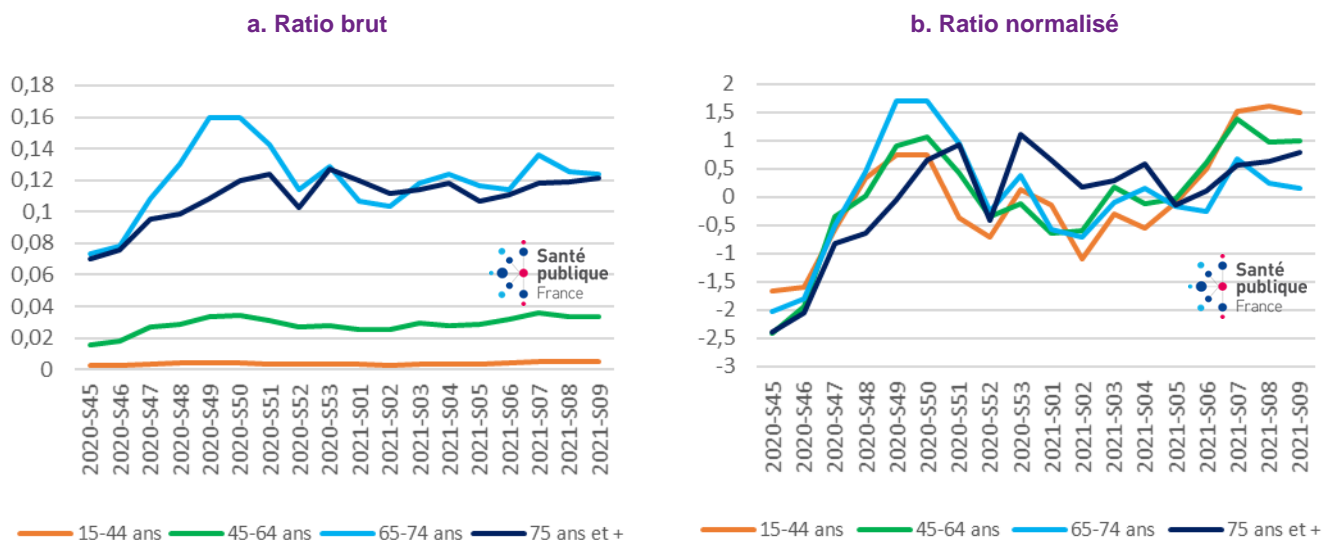
Figure 30. Taux d'admissions hebdomadaires de patients COVID-19 en services de soins critiques par classe d'âge selon la date d'admission, depuis le 02 mars 2020, France (données au 16 mars 2021)



Source : SI-VIC

- À partir de la semaine 04, on observe une **augmentation du ratio entre le nombre d'admissions en soins critiques par date d'admission et le nombre de cas symptomatiques**, pour les **patients âgés de 15 à 44 ans** et dans une moindre mesure pour ceux âgés de 45 à 64 ans. Cependant, dans cette dernière tranche d'âge, le ratio actuel est comparable à celui observé durant la première quinzaine de décembre (Figure 31). Sous l'hypothèse de la stabilité dans le temps du recours au dépistage en présence de symptômes et de l'absence de modification, à symptomatologie identique, des décisions d'admission en soins critiques, ces résultats suggèrent une **augmentation moyenne de la sévérité des cas chez les patients âgés de 15 à 64 ans, plus marquée chez les jeunes adultes**, population dont le **taux d'admission en soins critiques reste cependant très faible** en comparaison de ceux des tranches d'âge plus élevées.

Figure 31 : Évolution du ratio des patients en soins critiques (données SI-VIC) par cas symptomatique (données SI-DEP) de COVID-19 selon les classes d'âge pour la période S45-2020 à S09-2021

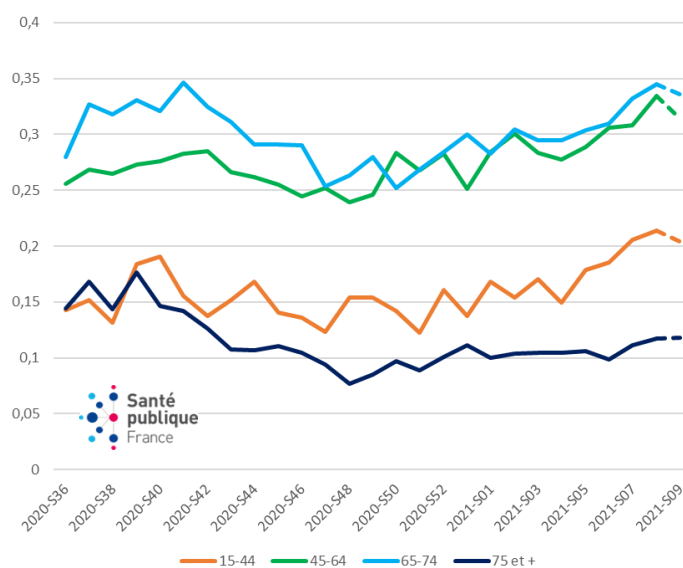


Sources : SI-VIC et SI-DEP

Note de lecture. La figure 31a représente le ratio brut (rapport entre le nombre d'admissions en soins critiques et le nombre de cas symptomatiques) tandis que la figure 31b montre le ratio normalisé [(ratio brut – moyenne sur la période) / écart-type sur la période] pour pouvoir représenter toutes les classes d'âge à la même échelle. Afin de prendre en compte les variations dans le temps du taux de dépistage de la population, seuls les cas symptomatiques ont été inclus dans le dénominateur. Un décalage de 5 jours a par ailleurs été utilisé pour comparer les cas en soins critiques et les cas de COVID-19 diagnostiqués. Ce délai correspond au délai médian estimé entre la date de prélèvement et l'admission en soins critiques (à partir des données SI-DEP et de la surveillance sentinelle des cas graves admis en soins critiques).

- L'évolution dans le temps de la proportion de patients hospitalisés en services conventionnels qui ont été transférés (ou directement admis) en service de soins critiques entre les semaines S36-2020 et S09-2021 montre une tendance à l'**augmentation du risque d'être admis en soins critiques**, en particulier à partir de début février **chez les 15-74 ans**, qui paraît plus marquée chez le jeune adulte. Une légère augmentation est également observée chez les 75 ans et plus, depuis S07-2021 (Figure 32). Pour ce graphique, les données de la semaine 09 seront susceptibles d'être mises à jour et ne sont pas encore interprétables.

Figure 32. Évolution hebdomadaire de la proportion de patients hospitalisés en services conventionnels qui ont été transférés (ou directement admis) en service de soins critiques entre les semaines 36-2020 et 09-2021



Sources : SI-VIC

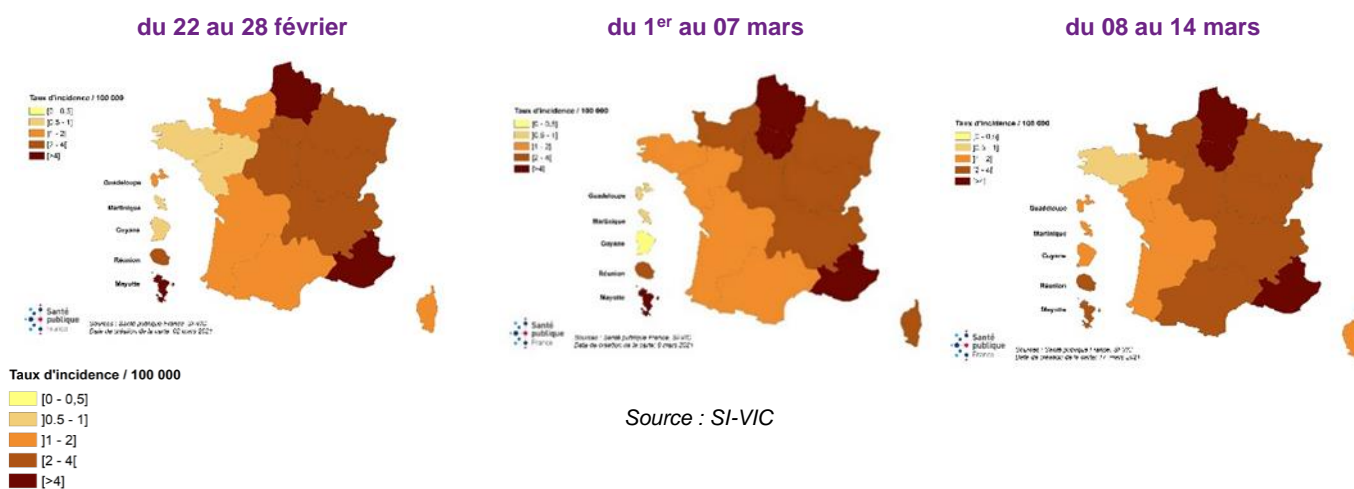
- Le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques par date de déclaration était de **3,4/100 000 habitants** en S10 contre **3,0** en S09.

- En France métropolitaine, les plus fortes augmentations du **taux hebdomadaire de nouvelles admissions en services de soins critiques** étaient observées dans les régions **Grand-Est (+24%)**, **Île-de-France (+21%)**, **Centre-Val de Loire (+16%)** et **Occitanie (+16%)**.

- Les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de soins critiques** en métropole étaient encore rapportés en **Île-de-France (5,9)**, **Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,1/100 000 habitants)**, et **Hauts-de-France (4,8)**. Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 3,2 pour 100 000 habitants (Figure 33).

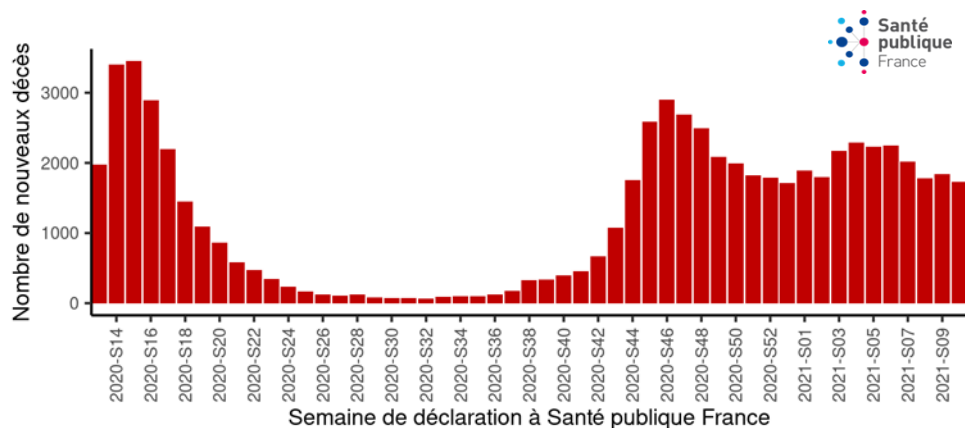
- En **Outre-mer**, le plus fort **taux hebdomadaire d'admissions en services de réanimation** en S10 était observé à **Mayotte (3,6/100 000 habitants)**, en **diminution** depuis S08 (5,0 en S09, soit -4 admissions). Ce taux était en augmentation dans les autres régions d'outre-mer.

Figure 33. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en soins critiques de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 22 février au 14 mars 2021 (S08 à S10, par date de déclaration), France



- En S10, **1 727 décès parmi les patients COVID-19 ont été déclarés** (85% de ces patients étaient hospitalisés en lien direct avec la prise en charge spécifique de la COVID-19).
- Après avoir diminué en S07 et S08, le nombre de **déclarations de décès** de patients COVID-19 survenus au cours d'une hospitalisation semble s'être stabilisé depuis S09 : **1 727 décès en S10 vs 1 838 en S09** (-6% entre S09 et S10) vs 1 779 en S08 (+3% entre S08 et S09) (Figure 34).
- Après consolidation, les **données par date de survenue du décès à l'hôpital** montrent que le nombre de décès, en diminution entre la S05 et la S08, s'est stabilisé en S09 (-1% par rapport à S08). Les données de S10 ne sont pas encore consolidées (-11% entre S09 et S10).

Figure 34. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 14 mars 2021)



Source : SI-VIC

- Le **taux hebdomadaire** de décès de patients COVID-19 était de **2,6/100 000 habitants** en S10, contre 2,7 en S09.
- Le **taux hebdomadaire de décès** était stable ou en diminution dans toutes les régions de France métropolitaine.
- Les **plus forts taux hebdomadaires de décès** en métropole étaient encore rapportés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (4,8 pour 100 000 habitants), **Hauts-de-France** (4,0), **Île-de-France** (3,3) et **Grand Est** (3,1).
- **En Outre-mer, le plus fort taux hebdomadaire de décès** était observé à **Mayotte** (1,4/100 000 habitants), en **diminution** par rapport à S09 (2,8, soit -50% et -4 décès). Les effectifs réduits des décès dans les autres régions ne permettaient pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

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

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

- Entre le 05 octobre 2020 et le 16 mars 2021, parmi les **8 233 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19, 70% étaient des hommes**. L'âge médian des patients était de **68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [59-74]), 60% étaient âgés de 65 ans et plus et 115 étaient des professionnels de santé.

- **88% des patients admis en réanimation présentaient au moins une comorbidité**, et cette proportion était de **83% parmi ceux âgés de moins de 65 ans**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'**hypertension artérielle** (46%), l'**obésité** (IMC \geq 30kg.m⁻²) (45% des cas signalés dont l'IMC était renseigné) et le **diabète** (31%) (Tableau 7).

- Parmi les 6 388 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 6 633 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.

- **1 618 décès** ont été rapportés à ce jour, dont six chez des professionnels de santé. **L'âge médian des personnes décédées était de 73 ans** (IIQ : [67-79]) ; 81% étaient âgées de 65 ans et plus. L'information sur les comorbidités était disponible pour 1 615 patients ; parmi eux, 1 509 (95%) présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (54%), l'obésité (41% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (38%) (Tableau 7). Entre le 05 octobre 2020 et le 16 mars 2021, 4 898 sorties de réanimation ont été rapportées.

Tableau 7. Comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 16 mars 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France

Classe d'âge	Ensemble des cas (n=8 233)		Cas décédés en réanimation (n=1 618)	
	n	%	n	%
0-14 ans	21	<1	0	-
15-44 ans	503	6	30	2
45-64 ans	2 708	33	279	17
65-74 ans	2 994	37	609	38
75 ans et +	1 952	24	697	43
Non renseigné	55		3	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	931	12	80	5
Au moins une comorbidité	7 084	88	1 509	95
Hypertension artérielle	3 683	46	851	54
Obésité (IMC \geq 30) ³	3 262	45	575	41
Diabète	2 445	31	554	35
Pathologie cardiaque	1 948	24	600	38
Pathologie pulmonaire	1 686	21	418	26
Pathologie rénale	694	9	242	15
Immunodépression	543	7	180	11
Cancer	559	7	179	11
Pathologie neuromusculaire	279	3	91	6
Pathologie hépatique	185	2	73	5
Autre	1 212	15	254	16
Non renseigné	218		29	

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

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

³ La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients dont l'IMC est renseigné (n=7 253 et n=1 618 pour les cas décédés).

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

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

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 16 mars 2021, **91 196 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **65 791** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **25 405** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 14 mars 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 09**, avec 2 011 décès contre 2 098 en S08 (-4%). **En semaine 10, 1 852** 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 S08 et S09. L'évolution entre S09 et S10 ne peut pas être interprétée, les données n'étant pas consolidées.

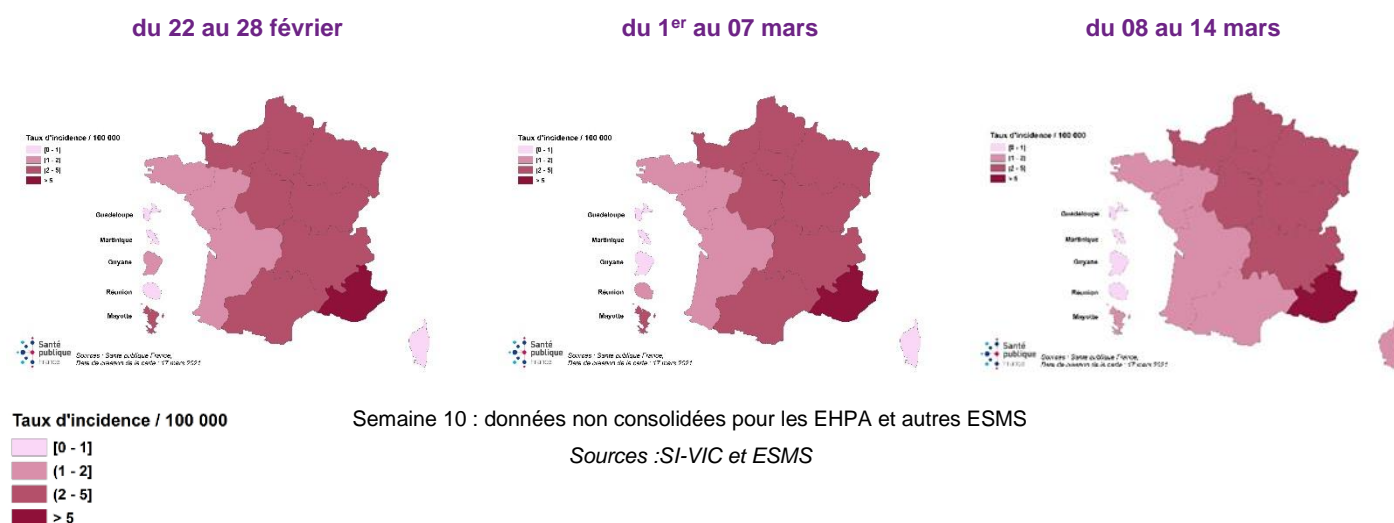
- **En hospitalisation : une tendance à la stabilisation** est observée depuis la semaine 08 (+3% entre S08 et S09 et -6% entre S09 et S10.).

- Après consolidation des données, à l'échelle nationale le **taux hebdomadaire de décès en S09** était de **3,0 pour 100 000 habitants** (vs 3,1 en S08). Ce taux était de 2,8 en S10 (données non consolidées).

- **En semaine 10 (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** (5,1/100 000 habitants), **Hauts-de-France** (4,0), **Île-de-France** (3,3) et **Grand Est** (3,2) (Figure 35).

- Entre les semaines 08 et 09 (données consolidées), **le taux de décès avait augmenté en Hauts-de-France** (+24%), en **Nouvelle-Aquitaine** (+13%), et en **Île-de-France** (+9%). Il avait légèrement augmenté en **Corse** (+50%, soit +1 décès) et à **La Réunion** (+25%, soit +2 décès). Entre les semaines 09 et 10, bien que les données ne soient pas consolidées, une augmentation du taux de décès était observée en **Corse** (+100%, soit +3 décès), en **Centre-Val de Loire** (+13%), en **Pays de la Loire** (+13%) et en **Auvergne-Rhône-Alpes** (+5%).

Figure 35. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 22 février au 14 mars 2021 (S08 à S10), 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, 39 568 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 8).

- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92,8% des personnes avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 55% de ces décès.
- 54,7% de ces certificats de décès contenaient une mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée.

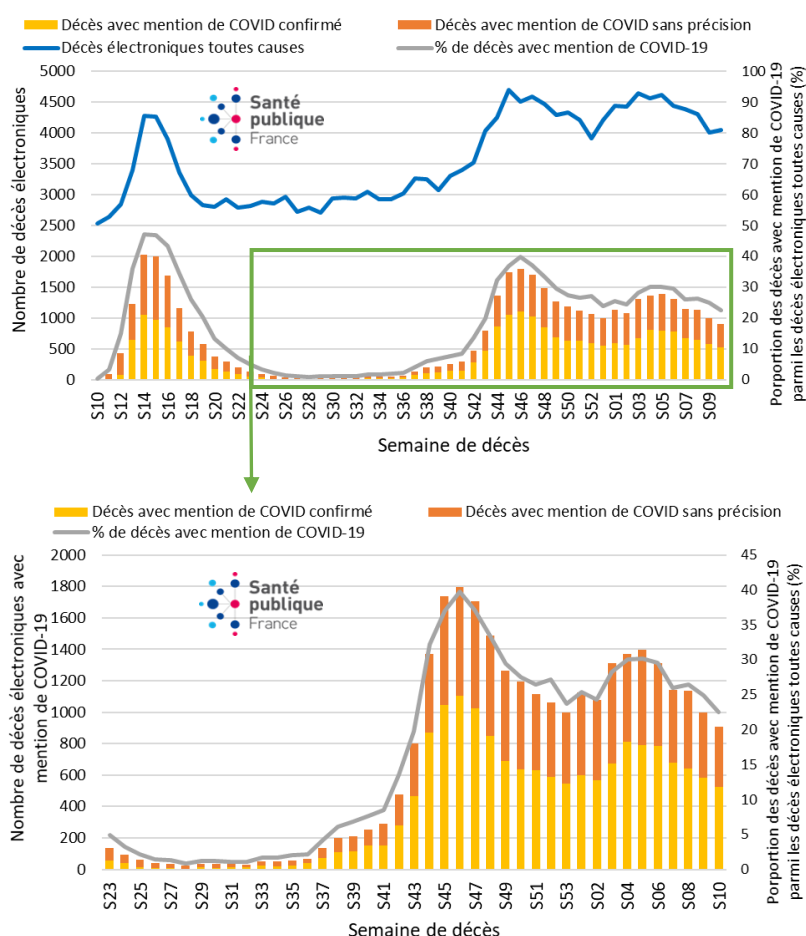
- Des comorbidités étaient renseignées pour 25 798 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 35% de ces décès et une mention d'hypertension artérielle pour 22%.

- 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 10 (du 08 au 14 mars 2021), **909 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 22,5% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 36). Ce nombre de décès était **en diminution de 9,1% par rapport à la semaine précédente** (soit -91 décès). La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 57,5%.

- Parmi les 909 personnes décédées au cours de la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 676 (74%) étaient âgées de 75 ans et plus, 169 (19%) de 65 à 74 ans et 60 (7%) de 45 à 64 ans. Quatre personnes décédées étaient âgées de 15 à 44 ans.

Figure 36. 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 14 mars 2021, France (données au 16 mars 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 15 mars 2021, France (données au 16 mars 2021)

Sexe	n	%
Hommes	21 569	55
Femmes	17 998	45

Cas selon la classe d'âges	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	74	32	155	68	229	1
45-64 ans	732	28	1 873	72	2 605	7
65-74 ans	1 683	30	4 001	70	5 684	14
75 ans ou plus	11 280	36	19 766	64	31 046	78
Tous âges	13 770	35	25 798	65	39 568	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	9 105	35
Hypertension artérielle	5 695	22
Diabète	4 129	16
Pathologie respiratoire	3 377	13
Pathologie rénale	3 388	13
Pathologies neurologiques *	2 231	9
Obésité	1 456	6
Immunodéficience	567	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 depuis la **S40-2020** (du 28 septembre au 04 octobre 2020) jusqu'en **S08-2021** (du 22 au 28 février 2021). Les effectifs avaient atteint un premier pic en semaines 45 et 46-2020 (atteignant respectivement +33% et +31% par rapport à la mortalité attendue) puis un deuxième, de moindre amplitude, en semaine 03-2021 (atteignant +22%). **La diminution observée depuis la semaine 04 se poursuivait de façon plus marquée en semaines 08 et 09** (Tableau 9 et Figure 37). **Le nombre de décès en semaine 09-2021 semblait revenir dans les marges de fluctuation habituelles.**

- Ces excès concernaient essentiellement **les personnes de 65 ans ou plus et plus spécifiquement les personnes de 65-84 ans** depuis la semaine 08. Le nombre de décès des personnes de 85 ans ou plus était en effet revenu dans les marges de fluctuation habituelles depuis la semaine 08, alors qu'il restait significativement supérieur à celui attendu chez les 65-84 ans.

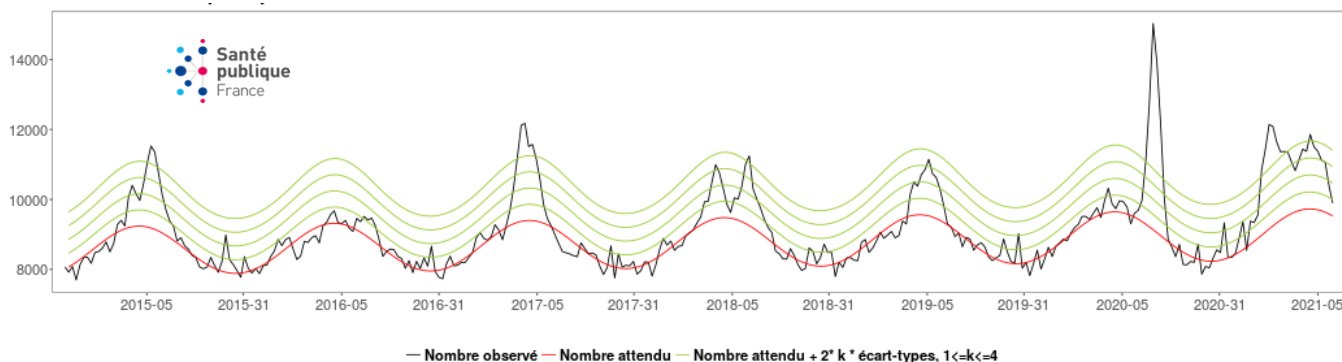
Tableau 9. Estimation de la proportion (%) de l'excès de décès par rapport à la mortalité attendue, tous âges confondus, dans un échantillon de 3 000 communes, de la semaine 01 à la semaine 08-2021, France

Semaine	2021							
	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07	S08
%	+18	+17	+22	+18	+17	+15	+15	+9

Estimations non consolidées pour les semaines S06 à S08-2021

Sources : Santé publique France, Insee

Figure 37. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 34-2014 à la semaine 09-2021, France



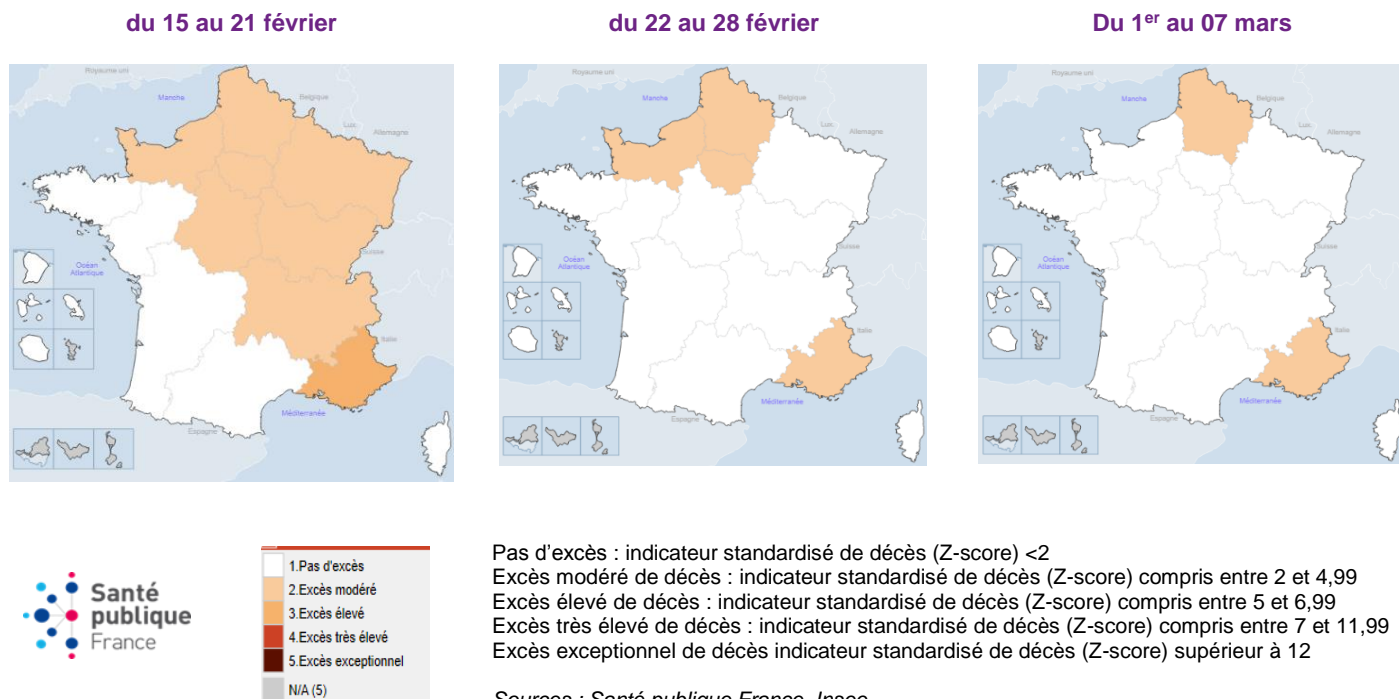
Sources : Santé publique France, Insee

- Au niveau régional, le nombre de décès toutes causes confondues semblait revenir dans les marges de fluctuation habituelles dans la majorité des régions, sauf en Provence-Alpes-Côte d'Azur où les effectifs restaient élevés et dans les Hauts-de-France, où le nombre de décès restait proche de la limite haute des marges de fluctuation habituelle. Ces dynamiques restent à confirmer avec la consolidation des données.

- Au total, **le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu** en S07 dans six régions, en S08 dans quatre régions et **en S09 dans deux régions** : Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Figure 38).

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 06 à 09-21, 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 38. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues pour les semaines 07, 08 et 09-2021, par région, France (données au 16 mars 2021)



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

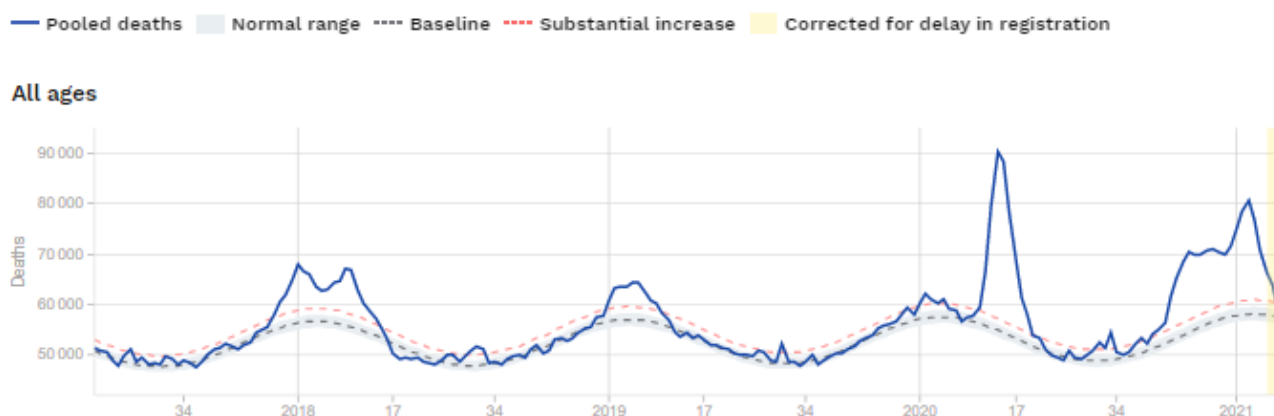
Pour en savoir + sur les évolutions de la mortalité toutes causes, consulter la page des [Bulletins SurSaUD®](#)

► 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 39). 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 les marges de fluctuation habituelle depuis la semaine 07.** Cette dynamique reste à confirmer avec la consolidation des données de chaque pays/région (Figure 39).

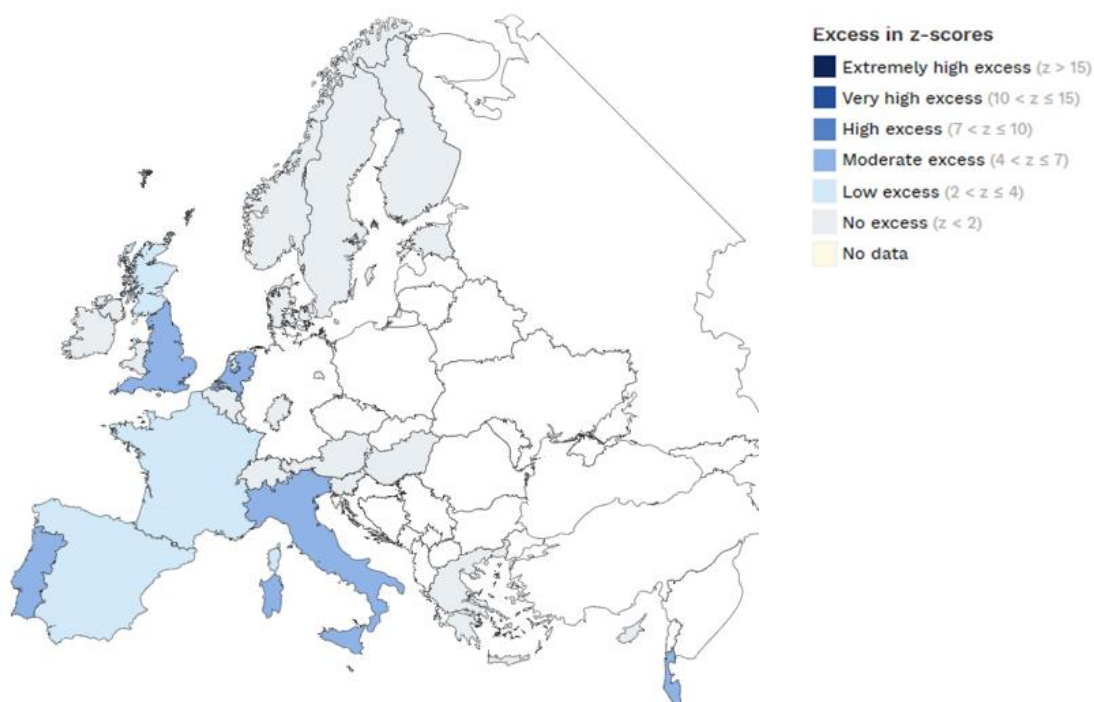
● Au total, un excès de mortalité était observé dans 16 pays/régions en S04-2021, dans 12 pays/régions en S05, dans neuf pays/régions en S06 et dans neuf pays/régions en S07 (Angleterre, Écosse, Pays-Bas, France, Italie, Malte, Israël, Espagne et Portugal) (Figure 40).

Figure 39. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 27 pays/régions européens, de la semaine 16-2017 à la semaine 09-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 10 mars 2021)



Source : EuroMOMO

Figure 40. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 07-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 10 mars 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. Depuis le 25 février 2021, les personnes âgées de 50 à 64 ans et présentant des comorbidités ont également la possibilité de se faire 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. [Une description des indicateurs produits est disponible.](#)

► En population générale

● Le 16 mars 2021, **5 445 157 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France **et 2 295 732 personnes ont reçu deux doses** (données par date d'injection).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, 8,1% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (vs 6,2% le 09 mars 2021) et 3,4% a reçu deux doses (Tableau 10).

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 16 mars 2021, par région, France

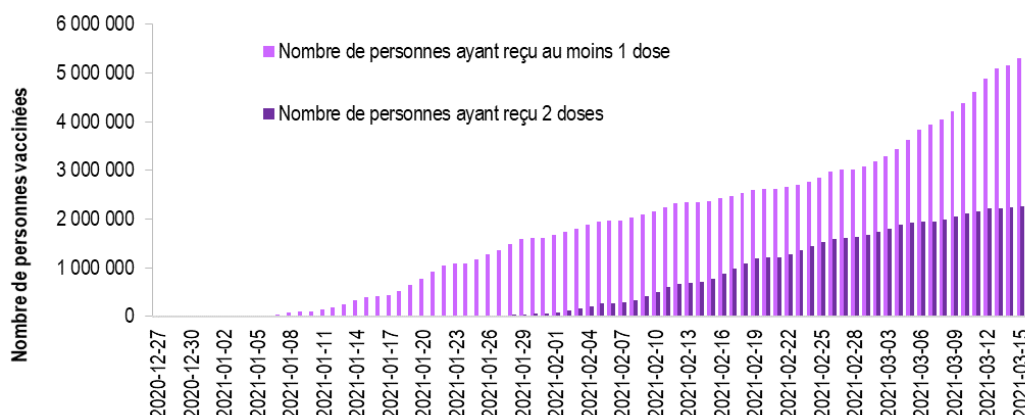
Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne - Rhône - Alpes	645 800	8,0	266 354	3,3
Bourgogne - Franche-Comté	260 532	9,4	132 427	4,8
Bretagne	302 580	9,1	128 283	2,6
Centre-Val de Loire	213 868	8,4	102 236	4,0
Corse	38 682	11,2	17 393	5,0
Grand - Est	505 437	9,2	201 078	3,6
Hauts-de-France	499 000	8,4	150 786	2,5
Ile de France	834 055	6,8	318 371	2,6
Normandie	298 046	9,0	132 928	4,0
Nouvelle - Aquitaine	550 666	9,2	258 498	4,3
Occitanie	508 819	8,6	242 488	4,1
Pays de la Loire	289 455	7,6	131 365	3,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	443 800	8,8	190 154	3,8
France métropolitaine	5 390 740	8,3	2 272 361	3,5
Guadeloupe	5 627	1,5	2 249	0,6
Guyane	6 495	2,2	2 161	0,7
La Réunion	26 421	3,1	12 573	1,5
Martinique	7 894	2,2	3 619	1,0
Mayotte	7 100	2,5	2 420	0,9
Saint-Barthélemy	410	4,1	127	1,3
Saint-Martin	467	1,3	220	0,0
Non précisé	3	non applicable	2	non applicable
France entière	5 445 157	8,1	2 295 732	3,4

Du fait de défauts 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 DROM).

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

● **En une semaine (depuis le 09 mars 2021), plus de 1,2 million de personnes ont reçu leur première dose de vaccin.** On observe une augmentation des vaccinations réalisées à compter du 04 mars 2021, particulièrement visible sur les nombres de personnes ayant reçu au moins une dose (Figure 41).

Figure 41. Nombres cumulés de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19, par jour de vaccination, France (données du 27 décembre 2020 au 16 mars 2021)



● Les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées chez les personnes les plus âgées (Tableau 11) du fait du ciblage prioritaire des personnes âgées par la campagne de vaccination, comme recommandé par la Haute Autorité de santé (HAS) : résidents en EHPAD ou USLD, personnes de 75 ans et plus et, plus récemment, personnes de 50 à 74 ans atteintes d'une ou plusieurs comorbidités. Les couvertures vaccinales ont particulièrement augmenté chez les personnes les plus âgées : 80 ans et plus : 42,9% (vs 35,3% le 09 mars 2021), 75-79 ans : 42,1% (vs 32,8%) et 70-74 ans : 13,6% (vs 7,8%).

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 16 mars 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	49 833	0,9	8 583	0,2
25-29	77 003	2,1	20 440	0,5
30-39	207 027	2,5	68 963	0,8
40-49	302 557	3,5	112 994	1,3
50-59	755 225	8,6	303 462	3,5
60-64	470 695	11,5	135 425	3,3
65-69	392 661	10,1	99 506	2,6
70-74	471 793	13,6	120 168	3,5
75-79	934 253	42,1	451 305	20,4
80 ans et +	1 783 095	42,9	974 649	23,4
inconnu*	1 015	non applicable	237	non applicable
France	5 445 157	8,1	2 295 732	3,4

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

● Les couvertures vaccinales pour au moins une dose sont de 7,2% pour les hommes et de 9,0% pour les femmes.

Accès aux données en population générale (Géodes)

- [Couverture vaccinale au moins une dose selon le sexe](#) : [homme](#) [femme](#)
- [Couverture vaccinale au moins une dose selon l'âge](#) : ex : [75-79 ans](#) ; [80 ans et +](#)
- [Couverture vaccinale 2 doses selon le sexe](#) [homme](#) ; [femme](#)
- [Couverture vaccinale 2 doses selon l'âge](#) ex : [75-79 ans](#) ; [80 ans et plus](#)
- [Nombre cumulé de personnes vaccinées au moins une dose selon le sexe](#) : [homme](#) ; [femme](#)
- [Nombre cumulé de personnes vaccinées au moins une dose selon l'âge](#) ex : [75-79 ans](#) ; [80 ans et plus](#)
- [Nombre cumulé de personnes vaccinées 2 doses selon le sexe](#) [homme](#) ; [femme](#)
- [Nombre cumulé de personnes vaccinées 2 doses selon l'âge](#) ex : [75-79 ans](#) ; [80 ans et plus](#)

Les nombres quotidiens sont également disponibles

► Résidents en Ehpad ou en USLD

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

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

• Au 16 mars 2021, **560 165 résidents en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France (vs 536 674, le 09 mars 2021). Il est ainsi estimé que **89,4% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19 (vs 85,6% le 09 mars 2021).

• Les couvertures vaccinales régionales de la première dose varient entre 79,3% et plus de 99,0% en France métropolitaine. Les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions et départements, notamment dans celles présentant des défauts de saisie dans Vaccin Covid (Figure 42).

• Il est estimé que **429 050 résidents des Ehpad et USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, ce qui correspond à 68,5% de ces résidents en France (Figure 43).

Figure 42. Couverture vaccinale des résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (% des résidents), par département, au 16 mars 2021, France

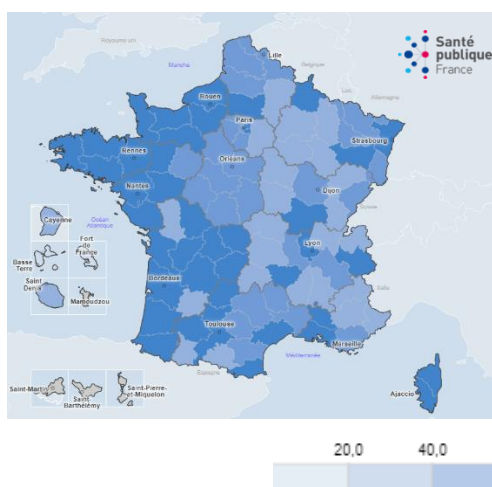
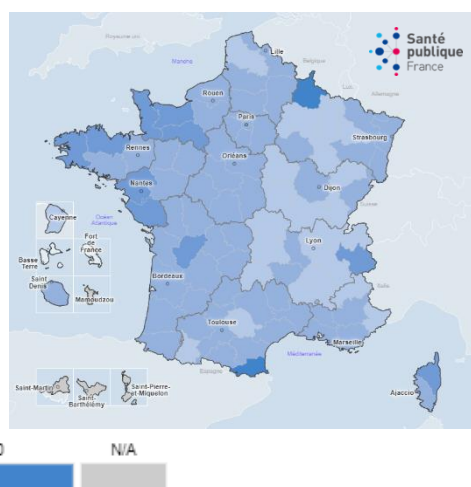


Figure 43. Couverture vaccinale des résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des résidents), par département, au 16 mars 2021, France



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

• Les évolutions des couvertures vaccinales au moins une dose et deux doses pour les résidents en Ehpad ou USLD sont présentées dans la Figure 46.

Accès aux données des résidents en Ehpad ou USLD (Géodes)

- [Couverture vaccinale des résidents \(au moins 1 dose\)](#)
- [Couverture vaccinale des résidents \(2 doses\)](#)
- [Nombre cumulé de résidents vaccinés \(au moins 1 dose\)](#)
- [Nombre cumulé de résidents vaccinés \(2 doses\)](#)
- [Nombre quotidien de résidents vaccinés \(au moins 1 dose\)](#)
- [Nombre quotidien de résidents vaccinés \(2 doses\)](#)

► Personnes de moins de 65 ans présentant des comorbidités

Les personnes de moins de 65 ans présentant des comorbidités comptent parmi les personnes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19 car ils sont particulièrement touchés par cette maladie.

Les [définition, modalité de constitution et limites des indicateurs](#) sont disponibles sur le site de Santé publique France. Les renseignements sur les personnes âgées de 64 à 74 ans et présentant des comorbidités, ne sont pas exhaustives à cette date. Les analyses portent donc uniquement sur les personnes âgées de moins de 65 ans présentant des comorbidités.

Au 16 mars 2021 (données par date d'injection), selon les données issues de Vaccin Covid (données transmises par la Cnam le 17 mars 2021, analyse Santé publique France), **533 644 personnes présentant des comorbidités ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 121 783 ont reçu deux.** Les répartitions des personnes ayant été vaccinées (au moins une dose et deux doses) sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 12. : Nombres de personnes de moins de 65 ans ayant des comorbidités de santé ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 en France, par région, au 16 mars, France

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Deux doses de vaccin (N)
Auvergne - Rhône - Alpes	60 735	12 412
Bourgogne - Franche-Comté	22 940	5 952
Bretagne	29 866	6 251
Centre-Val de Loire	19 232	5 266
Corse	3 102	911
Grand - Est	55 375	11 784
Hauts-de-France	61 418	10 163
Ile de France	80 069	17 624
Normandie	30 425	6 798
Nouvelle - Aquitaine	53 867	12 681
Occitanie	45 921	12 530
Pays de la Loire	27 988	6 498
Provence-Alpes-Côte d'Azur	37 580	10 775
France métropolitaine	528 518	119 645
Guadeloupe	564	185
Guyane	841	284
La Réunion	2 801	1 281
Martinique	600	258
Mayotte	220	102
Saint-Barthélemy	43	10
Saint-Martin	57	18
Non précisé	0	0
France entière	533 644	121 783

Accès aux données des personnes présentant des comorbidités (Géodes)

[Nombre cumulé de personnes avec comorbidités vaccinées \(au moins 1 dose\)](#)

[Nombre cumulé de personnes avec comorbidités vaccinées selon l'âge \(au moins 1 dose\)](#)

[Nombre cumulé de personnes avec comorbidités vaccinées \(2 doses\)](#)

[Nombre cumulé de personnes avec comorbidités vaccinées selon l'âge \(2 doses\)](#)

► Professionnels de santé

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

● **Au 16 mars 2021** (données par date d'injection), selon les données issues de Vaccin Covid, **982 367 professionnels de santé ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 552 989 en ont reçu deux**. Il est ainsi estimé que **44,2% des professionnels de santé ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19 et 24,9% en ont reçu deux. (Tableau 13).

● Selon les tranches d'âge, les professionnels de santé les plus nombreux à se faire vacciner étaient les 50-59 ans (313 498, soit 31,9% des premières doses chez les professionnels de santé) et les 40-49 ans (205 038, soit 20,9%).

● Concernant la répartition par sexe, parmi l'ensemble des professionnels de santé ayant reçu au moins une dose de vaccin, 690 831 étaient des femmes (70,3%) et 290 767 des hommes (29,6%) (769 données manquantes).

Tableau 13. Nombres de professionnels de santé ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 en France, par région (données du 27 décembre 2020 au 16 mars 2021)

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture Vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture Vaccinale deux dose (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	116 748	43,2	60 021	22,2
Bourgogne-Franche-Comté	43 470	49,7	25 639	29,3
Bretagne	61 954	56,9	31 926	29,3
Centre-Val de Loire	39 664	57,3	24 839	35,9
Corse	4 022	41,7	2 423	25,2
Grand Est	88 857	50,7	49 793	28,4
Hauts-de-France	82 146	45,5	42 183	23,4
Ile-de-France	159 017	39,8	83 936	21,0
Normandie	53 903	54,6	31 929	32,3
Nouvelle-Aquitaine	99 758	49,6	57 291	28,5
Occitanie	93 046	44,8	58 051	28,0
Pays de la Loire	62 449	58,5	32 909	30,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	67 752	35,8	46 972	24,8
France métropolitaine	972 786	46,2	547 912	26,0
Guadeloupe-Saint-Barthélemy-Saint-Martin	1 032	8,4	511	4,2
Guyane	1 025	19,7	587	11,3
La Réunion	5 328	24,3	2 701	12,3
Martinique	1 392	13,0	904	8,4
Mayotte	804	44,8	373	20,8
Non précisé	0	non applicable	1	non applicable
France entière	982 367	44,2	552 989	24,9

Accès aux données des professionnels de santé (Géodes)

- [Nombre cumulé de PS vaccinés \(au moins 1 dose\)](#)
- [Nombre cumulé de PS vaccinés selon le sexe \(au moins 1 dose\) : homme femme](#)
- [Nombre cumulé de PS vaccinés selon l'âge \(au moins 1 dose\) : ex : 40-49 ans ; 50 – 59 ans](#)
- [Nombre cumulé de PS vaccinés \(2 doses\)](#)
- [Nombre cumulé de PS vaccinés selon le sexe \(2 doses\) : homme femme](#)
- [Nombre cumulé de PS vaccinés selon l'âge \(2 doses\) : ex : 40-49 ans ; 50 – 59 ans](#)

Les nombres quotidiens sont également disponibles.

► Professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD

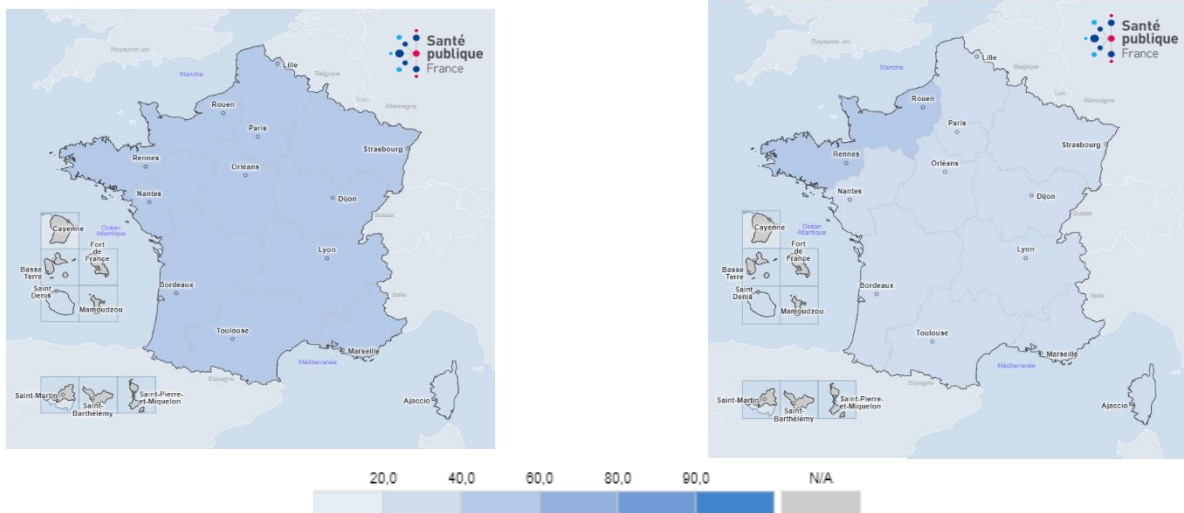
Sont inclus les professionnels travaillant en Ehpad ou en USLD, qu'ils soient professionnels de santé ou non. Les [définition, modalité de constitution et limites des indicateurs](#) sont disponibles. Les couvertures vaccinales des professionnels en Ehpad ou en USLD peuvent être surestimées si des personnes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

- Au 16 mars 2021, **233 967 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 **50,0% 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 39,5% et 59,3% (Figure 44). Cependant, les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions, notamment celles présentant des défauts de saisie dans Vaccin Covid.

- Il est estimé que **160 401 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, correspondant à 34,3% de ces professionnels en France (Figure 45).

Figure 44. Couverture vaccinale des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par région, 16 mars 2021, France

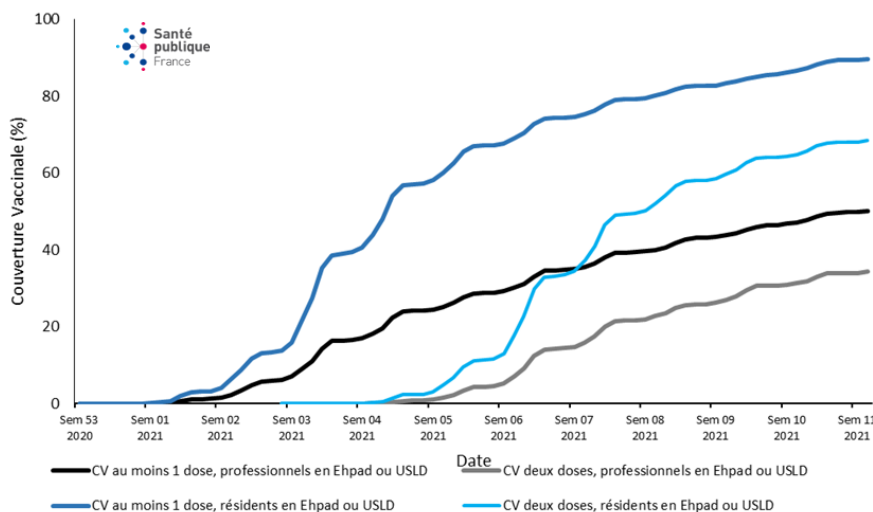
Figure 45. Couverture vaccinale des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par région, 16 mars 2021, France



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

- Les évolutions des couvertures vaccinales au moins une dose et deux doses pour les professionnels exerçant en Ehpad ou USLD sont présentées dans la Figure 48.

Figure 46. Couvertures vaccinales pour les résidents et les professionnels des Ehpad ou USLD en fonction du nombre de doses de vaccin contre la COVID-19 au 16 mars 2021, par jour de vaccination, France



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

Accès aux données des professionnels des Ehpad ou USLD (Géodes)

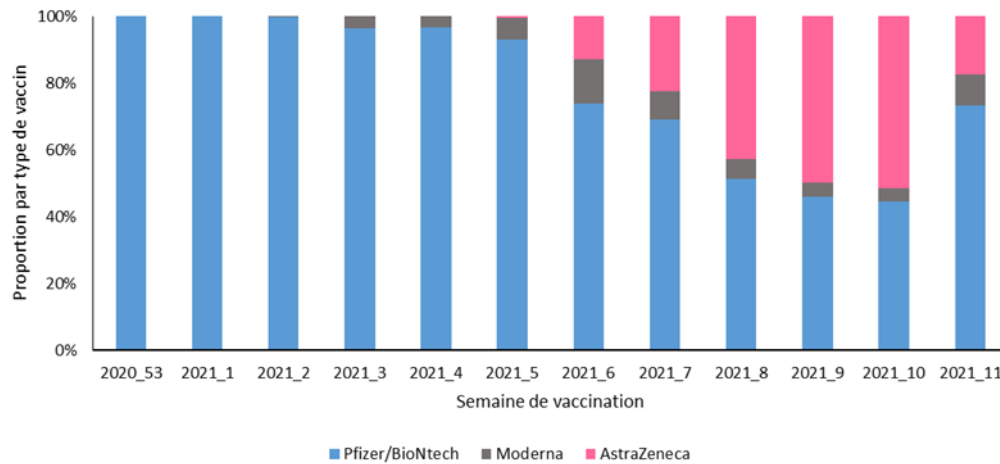
- [Couverture vaccinale des professionnels en Ehpad ou USLD \(au moins 1 dose\)](#)
- [Couverture vaccinale des professionnels en Ehpad ou USLD \(2 doses\)](#)
- [Nombre cumulé de professionnels en Ehpad ou USLD vaccinés \(au moins 1 dose\)](#)
- [Nombre cumulé de professionnels en Ehpad ou USLD vaccinés \(2 doses\)](#)
- [Nombre quotidien de professionnels en Ehpad ou USLD vaccinés \(au moins 1 dose\)](#)
- [Nombre quotidien de professionnels en Ehpad ou USLD vaccinés \(2 doses\)](#)

► 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 (Figure 47). Pour les premières doses : 68,9% des vaccinations ont été réalisées avec le vaccin Pfizer/BioNtech, 5,0% Moderna et 26,1% AstraZeneca. En semaine 10, la proportion de vaccins AstraZeneca utilisés pour la première dose était de 51,6%. La vaccination des personnes à risque âgées de 50 à 64 ans peut être réalisée avec ce vaccin par les médecins généralistes depuis le 25 février 2021.

- Pour les secondes doses : 94,8% des vaccinations ont été réalisées avec le vaccin Pfizer/BioNtech.

Figure 47. Proportion de personnes vaccinées par type de vaccin pour la première dose en France (données du 27 décembre 2020 au 16 mars 2021)



Données de la semaine 11 non consolidées

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

Accès aux données par type de vaccin (Géodes)

- [Nombre quotidien de personnes vaccinée selon le type de vaccin](#) : ex : [Pfizer BioNtech](#)
- [Nombre cumulé de personnes selon le type de vaccin](#) : ex : [Pfizer BioNtech](#)
- [Nombre quotidien de personnes vaccinées 2 doses selon le type de vaccin](#) ex : [Pfizer BioNtech](#)
- [Nombre cumulé de personnes vaccinées 2 doses selon le type de vaccin](#) ex : [Pfizer BioNtech](#)

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

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

En vague 21 (du 15 au 17 février 2021), l'enquête CoviPrev a montré :

- une stabilité de l'adoption systématique des mesures barrières, hormis une baisse mineure sur des mesures d'hygiène et une baisse plus conséquente du **respect de la distance entre individus**, probablement liée au passage de cette distance de 1 à 2 mètres. L'adoption systématique du masque en public est restée élevée et stable depuis le début du deuxième confinement ;
- une **augmentation des intentions de se faire vacciner** contre la COVID-19 des personnes non vaccinées (57%) et ce, dans toutes les tranches d'âge. Les 65 ans et plus exprimaient la plus forte intention de le faire (72%) ;
- une **augmentation des états dépressifs** (+3 points) et **anxieux** (+4 points) depuis la vague d'enquête précédente (vague 20 : 18-20 janvier) et un **maintien à un niveau élevé des problèmes de sommeil déclarés au cours des huit derniers jours**.

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

Une nouvelle étude s'est déroulée du **15 au 17 mars 2021**. Les résultats seront présentés dans le Point épidémiologique de la semaine prochaine.

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

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

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

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

Retrouvez tous les **outils de prévention** destinés aux professionnels de santé et au grand public sur le site de [Santé publique France](#).

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

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)

SITUATION INTERNATIONALE

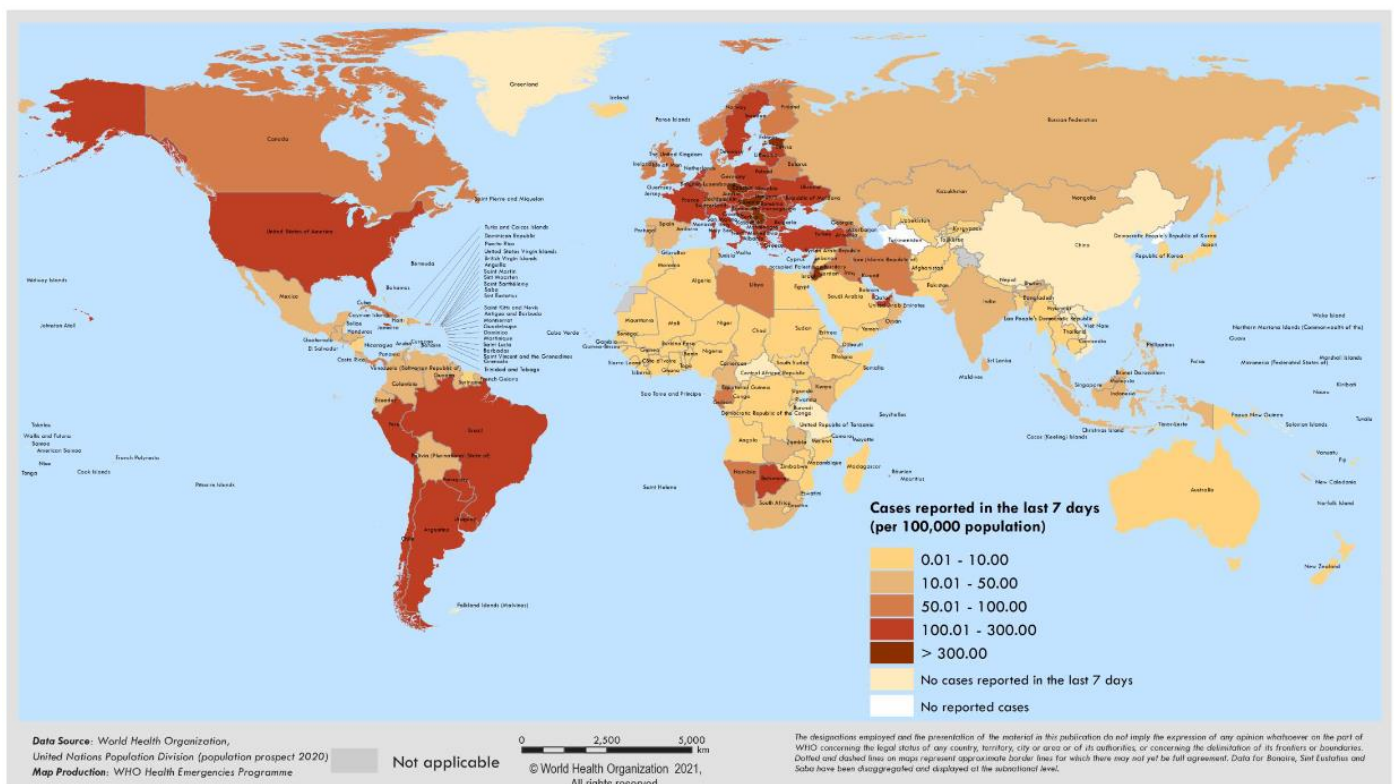
Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **119 960 700 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés **dans le monde** – dont **2 656 822 décès** – au 17 mars 2021. En semaine 10, plus de 3 millions de nouveaux cas ont été signalés dans le monde, soit une **hausse** par rapport à la semaine précédente (**+10%**), observée pour la troisième semaine consécutive. Le nombre de décès, s'élevant à 58 698, est en diminution (-3%).

► Foyers majeurs

- Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans les zones **Amériques** (1 241 439 cas et 30 596 décès) et **Europe** (1 236 697 cas et 20 977 décès rapportés en semaine 10). Ces régions sont à l'origine, chacune, de 41% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 52% et 36% des nouveaux décès en S10 (Figure 48, Tableau 14).

- Les pays qui signalaient le plus grand nombre de nouveaux cas en S10 sont : le Brésil (+494 153 nouveaux cas), les États-Unis (+461 190), la France (+169 470), l'Italie (+155 076) et l'Inde (+148 249).

Figure 48. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 10 (du 08 au 14 mars 2021)



Source : OMS

► Tendances

• En semaine 10, le nombre de cas rapportés était en hausse dans toutes les régions OMS à l'exception de l'Afrique (Tableau 14). Les régions signalant les hausses les plus importantes étaient l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental (+19% chacune), suivies de la Méditerranée orientale (+14%) et des Amériques (+13%). Le nombre de nouveaux décès augmentait dans deux régions OMS : le Pacifique occidental (+14%) et la Méditerranée orientale (+7%). Les régions Afrique et Amériques sont les seules à enregistrer une baisse du nombre de décès en S10 (-6% chacune).

Tableau 14. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 10 (du 08 au 14 mars 2021) et évolution par rapport à la semaine précédente

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+54 225	+1 241 439	+199 924	+1 236 697	+251 375	+49 553
Tendance	0% →	+13% ↗	+19% ↗	+6% ↗	+14% ↗	+19% ↗
Décès rapportés	+1 309	+30 596	+2 141	+20 977	+2 955	+720
Tendance	-6% ↘	-6% ↘	-3% →	-1% →	+7% ↗	+14% ↗

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

Source : OMS

► Par région

• La région des **Amériques** a enregistré plus de 1,2 million de nouveaux cas hebdomadaires en S10, et un peu plus de 30 000 nouveaux décès. Les pays rapportant les plus grands nombres de nouveaux cas sont le Brésil avec 494 453 nouveaux cas, soit 233 cas/100 000 habitants (+20% par rapport à S09), les États-Unis avec 461 190 nouveaux cas, soit 139 cas/100 000 habitants (+8%) et le Pérou, avec 52 763 nouveaux cas, soit 160 cas/100 000 habitants (+58%). Le nombre de nouveaux décès était en baisse pour la seconde semaine consécutive. Les pays connaissant le plus grand nombre de nouveaux décès sont le Brésil qui enregistre 12 335 nouveaux décès (+24%), les États-Unis avec 9 381 nouveaux décès (-24%) et le Mexique avec 4 273 nouveaux décès (-16%). Ces pays représentaient à eux trois 85% des décès de la région des Amériques. Pour plus de détails sur la région Amériques, [cliquez ici](#).

• La région **Europe** a enregistré une nouvelle hausse du nombre de cas pour la troisième semaine consécutive et comptait plus de 1,2 million de nouveaux cas en S10. Le nombre de décès continue de diminuer pour la septième semaine consécutive, avec un peu moins de 21 000 nouveaux décès. Les pays de la région Europe ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux cas étaient la France, qui rapportait 169 470 nouveaux cas, soit 253 cas/100 000 habitants (+14%), l'Italie avec 155 076 nouveaux cas, soit 257 cas/100 000 habitants (+12%) et la Pologne avec 111 718 cas, soit 295 cas/100 000 habitants (+27%). Les plus grands nombres de décès ont été signalés en Russie (2 990 décès ; stable à 0%), en Italie (2 303 ; +11%) et en Pologne (1 893 ; +25%). Pour plus de détails sur la région Europe, [cliquez ici](#).

• En région **Afrique**, plus de 54 000 nouveaux cas et 1 300 décès ont été rapportés en S10. Les trois pays ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Éthiopie avec 9 025 cas, soit 8 cas/100 000 habitants (+29% par rapport à la semaine 09), l'Afrique du Sud avec 8 208 cas, soit 14 cas/100 000 habitants (+3%) et le Kenya avec 5 476 cas, soit 10 cas/100 000 habitants (+226%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient l'Afrique du Sud (614 décès ; -13%), l'Éthiopie (120 ; +82%) et le Botswana (65 ; +33%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

● En région **Asie du Sud-Est**, le nombre de cas était en hausse en semaine 10 avec un peu moins de 200 000 nouveaux cas, tandis que le nombre de décès diminuait avec plus de 2 100 nouveaux décès. Les pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés étaient l'Inde avec 148 249 cas, soit 11 cas/100 000 habitants (+30%), l'Indonésie avec 40 905 cas, soit 15 cas/100 000 habitants (-9%) et le Bangladesh avec 6 512 cas, soit 4 cas/100 000 habitants (+67%). Les trois pays cumulant le plus de décès étaient l'Indonésie (1 175 décès ; 0%), l'Inde (851 ; +21%) et le Bangladesh (76 ; +49%). Pour plus de détails sur la région Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

● En **région Méditerranée orientale**, plus de 251 000 nouveaux cas et un peu moins de 3 000 décès ont été signalés en semaine 10. Le nombre de cas était en hausse pour la cinquième semaine consécutive. Les pays comptant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Iran avec 65 890 cas, soit 78 cas pour 100 000 habitants (+31%), la Jordanie avec 47 585 cas, soit 466 cas/100 000 habitants (+36%), et l'Irak avec 31 129 cas, soit 77 cas/100 000 habitants (+1%). Les plus grands nombres de décès ont été observés en Iran (630 décès ; +18%), en Jordanie (385 ; +71%), et au Liban (321 ; -11%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

● En **région Pacifique occidental**, après une diminution du nombre de cas durant sept semaines, le nombre de cas augmente en semaine 10 avec un peu moins de 50 000 nouveaux cas rapportés (+19% par rapport à la semaine 09). La région comptait plus de 700 décès, un chiffre également en hausse par rapport à la semaine précédente. Les trois pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient les Philippines avec 25 473 cas, soit 23 cas/100 000 habitants (+51%) la Malaisie avec 10 632 cas, soit 33 cas/100 000 habitants (-21%), et le Japon avec 7 917 cas, soit 6 cas/100 000 habitants (+10%). Les pays signalant le plus grand nombre de décès étaient le Japon (333 ; -9%), les Philippines (301 décès ; +71%), et la Malaisie (40 ; -11%). 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, quatre d'entre eux étant qualifiés de variants d'intérêt en raison de leur transmissibilité augmentée et du risque d'échappement à la réponse immunitaire. Les variants 20I/501Y.V1, identifié pour la première fois au Royaume-Uni, 20H/501Y.V2, repéré pour la première fois en Afrique du Sud, et 20J/501Y.V3, ayant émergé au Brésil, font l'objet d'une attention particulière du fait de leur circulation importante à l'échelle internationale. Le quatrième variant d'intérêt, VOC 202102/02, a été identifié pour la première fois au Royaume-Uni et n'a été détecté que de manière sporadique aux États-Unis et au Pays-Bas.

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

- Ce variant est associé à une transmissibilité accrue (de 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 16 mars 2021, la présence du variant 20I/501Y.V1 a été rapportée dans **118 pays** par l'OMS, soit **sept pays de plus** que la semaine précédente.

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

- Des études préliminaires suggèrent que ce variant est associé à un risque plus élevé d'échappement immunitaire et de réinfection.
- Dans le monde, au 16 mars 2021, la présence du variant 20H/501Y.V2 a été rapportée dans **64 pays** selon l'OMS, soit **six pays de plus** que la semaine précédente.

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

- Plusieurs études montrent une transmissibilité plus importante par rapport aux souches autres que variantes. De plus, ce variant aurait la capacité d'échapper à la réponse immunitaire induite par un premier contact avec des souches d'origine, et pourrait par conséquent accroître le risque de réinfection. L'impact de la vaccination sur ce variant est en cours d'étude.
- Dans le monde, au 16 mars 2021, la présence du variant 20J/501Y.V3 a été rapportée dans **38 pays**, soit **six pays** de plus que la semaine précédente.

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

► Autres variants en cours d'étude

La surveillance de l'émergence de variants du SARS-CoV-2 est réalisée de manière continue au niveau international. D'autres variants que ceux détaillés précédemment ont été identifiés au cours des dernières semaines. Leurs impacts potentiels sont actuellement à l'étude.

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 16 mars 2021

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 10 (du 08 au 14 mars 2021), l'ensemble des indicateurs, déjà à des niveaux élevés, étaient à la hausse avec notamment une augmentation de 14% du nombre de nouvelles infections et ce sur la majeure partie du territoire métropolitain. La tension sur le système hospitalier continue de s'accroître et est critique dans certaines régions. On observe en particulier une tendance à la hausse de la proportion d'hospitalisations et d'admission en services de soins critiques chez les jeunes adultes, reflétant l'augmentation des infections à SARS-COV-2 dans les groupes d'âge entre 15 et 75 ans et une possible augmentation de la sévérité liée à la circulation majoritaire du variant d'intérêt 20I/501Y.V1 (UK). Les indicateurs hospitaliers chez les 75 ans et plus poursuivent leur décroissance, traduisant l'effet protecteur du niveau de couverture vaccinale atteint dans cette population. L'adhésion aux mesures de prévention individuelles et collectives et l'accélération de la vaccination dans les prochaines semaines restent des enjeux majeurs pour contrer ces évolutions. Des mesures supplémentaires de réduction des contacts sont nécessaires dans les zones où le niveau de pression sur le système de soins est le plus élevé ou progresse le plus.

Au niveau national, en S10, **169 470 nouveaux cas ont été confirmés**, soit **24 210 cas en moyenne chaque jour**. Les **taux d'incidence** (253/100 000 habitants), **de positivité** (7,5%) **et de dépistage** (3 371/100 000 habitants) **étaient en augmentation** par rapport à ceux de la semaine précédente.

L'augmentation de l'incidence était observée dans **l'ensemble des classes d'âge** à l'exception des 75 ans et plus où elle était stable. Depuis S04, pour cette classe d'âge, le taux d'incidence a diminué de 45% et le taux de positivité de 2,6 points. En semaine 10, le **taux d'incidence augmentait à nouveau chez les 0-14 ans** (+27%), dans un contexte d'augmentation importante du taux de dépistage (+65%) et de diminution du taux de positivité (-2 points), probablement liée à la reprise scolaire sur l'ensemble du territoire et des campagnes de dépistages organisées dans certains établissements.

En S10, le nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque est en forte augmentation de 13,3% pour les cas et 19,6% pour les personnes-contacts, en cohérence avec les indicateurs des autres systèmes de surveillance.

La rentrée des classes de la dernière zone en S10 se traduit par un doublement des cas ayant fréquenté une collectivité scolaire par rapport à S09, ces données concernant les élèves mais aussi les personnels enseignants et non enseignants. Cette fréquentation accrue ne se traduit pas à ce jour par une augmentation du nombre de contacts à risque rapportés dans ContactCovid chez les jeunes scolarisés, mais ce point sera à surveiller dans les prochaines semaines.

La proportion des nouveaux cas ayant précédemment été identifiés comme personnes-contacts à risque reste à un niveau élevé malgré la forte augmentation du nombre de cas et de contacts, ce qui suggère que le dispositif devient plus performant au cours du temps. Ce point est à souligner dans le contexte épidémiologique actuel, les efforts mis en œuvre par les acteurs du contact tracing devant être maintenus. Enfin, les indicateurs d'évolution des personnes-contacts devenues des cas montrent que les transmissions restent majoritaires au sein des foyers. **Il convient de rappeler, au-delà de la nécessité d'un test chez les personnes-contacts, l'importance majeure de l'isolement, y compris au sein du foyer des cas, et y compris dans l'attente des résultats des tests des cas.**

En médecine ambulatoire, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était en hausse par rapport à celui de la semaine précédente (84/100 000 habitants en S10 vs 64 en S09).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était en augmentation en S10 (+8%). Cette hausse était essentiellement observée chez les moins de 45 ans (+46% chez les moins de 15 ans, et +7% chez les 15-44 ans).

En semaine 10, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** était à nouveau en hausse également (+6%). Cette hausse était observée dans toutes les classes d'âge excepté chez les 0-14 ans et les 75 ans et plus.

Le taux hebdomadaire d'hospitalisations augmentait à nouveau en S10 (+5%) et le nombre de patients COVID-19 hospitalisés en France restait très élevé, avec **25 552 personnes hospitalisées** au 16 mars. Le **taux d'admissions en services de soins critiques** poursuit son **augmentation** de manière plus marquée en S10 (+11% par rapport à S09). Cette tendance se traduit par une augmentation constante du nombre de personnes en cours d'hospitalisation en services de soins critiques : au 16 mars 2021, **4 260 patients y étaient hospitalisés** (contre 3 928 le 09 mars, soit +8,5%).

La proportion de patients de plus de 75 ans hospitalisés était en diminution marquée depuis S04. Dans les autres classes d'âge, une légère tendance à l'augmentation était observée depuis S06.

À partir de S04, une **augmentation du ratio entre le nombre d'admissions en soins critiques et le nombre de cas symptomatiques**, était observée pour les **patients âgés de 15 à 64 ans** suggérant une possible **augmentation de la sévérité des cas chez ces patients, plus marquée chez les adultes jeunes** (15-44 ans). Chez ces derniers, le taux d'admission en soins critiques reste cependant faible en comparaison de ceux des tranches d'âge plus élevées.

En France métropolitaine, les **estimations du R-effectif calculées à partir des trois sources de données : virologiques (tests RT-PCR et tests antigéniques, SI-DEP) (1,12), passages aux urgences (1,05) et hospitalisations de patients COVID-19 (SIVIC) (1,02), étaient significativement supérieures à 1.**

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), **diminuait à nouveau en semaine 09**, avec 2 011 décès (vs 2 098 en S08, soit - 4%).

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 ce jusqu'à la semaine 08 (du 22 au 28 février 2021). **L'excès de mortalité diminue depuis la semaine 04** (+15% en S07 et +9% en S08). En semaine 08, le nombre de décès des personnes de 85 ans et plus revenait dans les marges de fluctuation habituelle. Du fait du délai habituel de transmission des données, l'estimation de l'excès de décès pour la semaine 09 sera précisée la semaine prochaine.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

En S10, une augmentation marquée du taux d'incidence était observée dans l'ensemble des régions métropolitaines, excepté en PACA où il se maintenait néanmoins au niveau le plus élevé, et en Corse où il diminuait.

Les **régions les plus touchées** en semaine 10 étaient toujours l'**Île-de-France**, les **Hauts-de-France** et la **Provence-Alpes-Côte d'Azur**. Ces régions présentaient les **plus forts taux d'incidence** (supérieurs à 300/100 000 habitants et supérieur à 400 pour l'Île-de-France), d'hospitalisations et d'admissions en réanimation.

En **Île-de-France**, le **taux d'incidence était en forte augmentation : 426/100 000 habitants** vs 354 en S09, soit **+20%**. Les taux d'incidences augmentaient dans tous les départements franciliens et les plus élevés étaient observés en Seine-Saint-Denis (**506/100 000**, +14% ; taux d'incidence départemental le plus élevé en France), dans le Val d'Oise (499, +31%), le Val-de-Marne (471, +14%), la Seine et Marne (451, +22%), l'Essonne (429, +32%) et Paris (394, +16%). Les **taux d'hospitalisations et d'admissions en service de soins critiques** étaient également en augmentation, respectivement 22,3/100 000 (soit +11%) et 5,9 (soit +21%) dans une région sous forte tension hospitalière depuis plusieurs semaines. Le **taux de décès** (hôpital et ESMS) atteignait 3,6/100 000 en S09 (données consolidées), **en augmentation** par rapport à S08.

Dans les **Hauts-de-France**, le **taux d'incidence augmentait à nouveau** (367/100 000 habitants vs 332 en S09, soit +10%). L'incidence la plus élevée était observée dans le Pas-de-Calais et stable (407/100 000, +0%), les taux d'incidence étaient à nouveau en augmentation dans l'ensemble des autres départements de la région (Oise +18%, Aisne +17%, Nord +15%, Somme +7%). Le taux d'hospitalisations était de 21,1/100 000 habitants (+8%) et celui des admissions en service de soins critiques de 4,8 (vs 4,5 en S09, soit +7%). Le **taux de décès** (hôpital et ESMS) était de 4,0/100 000 habitants en S09 (données consolidées).

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le **taux d'incidence** était stable à 335/100 000 habitants en S10 (vs 333 en S09 soit +1%), avec des disparités départementales. Les Alpes-Maritimes présentaient un taux

d'incidence à 447/100 000 en diminution de 9%. Cependant les taux d'incidences augmentaient à nouveau dans les départements des Hautes-Alpes (+9%), du Vaucluse (+8%), du Var et des Bouches-du-Rhône (+5%). **Le taux d'hospitalisation** (23,3/100 000 habitants, -9%), en légère baisse, restait le plus élevé de métropole en S10 et le taux d'admission en services de soins critiques était stable à 5,1 (soit -2%). C'était également le cas du **taux de décès** (hôpital et ESMS) liés à la COVID-19, de 5,4/100 000 habitants en S09 (données consolidées), en légère diminution par rapport à S08.

En S10, une forte augmentation du taux d'incidence était observée dans les régions suivantes : Bourgogne-Franche-Comté (+28%, passant à 196/100 000 habitants), Nouvelle Aquitaine (+22%, 131/100 000 habitants) et Normandie (+20%, 229/100 000 habitants).

Une hétérogénéité peut être observée au niveau départemental, mais 15 des 16 départements ayant un taux d'incidence dépassant 300/100 000 habitants étaient situés dans les trois régions les plus touchées. 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 était à nouveau en nette diminution** (179/100 000 habitants en S10, 232 en S09, 496 en S08 et 864 en S07). Les taux de dépistage et de positivité étaient également en nette diminution, ce dernier restant toutefois élevé (12%, -7 points par rapport à S08). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en réanimation diminuaient à nouveau entre S09 et S10 (respectivement 19 et 4/100 000 habitants en S10).

En Martinique, le taux d'incidence était en forte hausse en S10 passant à 75/100 000 habitants (+111%), les effectifs hospitaliers restaient peu élevés.

En Guyane, le **taux d'incidence augmentait également de manière marquée, restant à un taux faible de 37/100 000 habitants (+51%)**, et les indicateurs hospitaliers se maintenaient à un niveau peu élevé.

À **la Réunion**, le taux d'incidence diminuait après plusieurs semaines de hausse en S10 (101/100 000, -17%), avec un taux de dépistage en diminution également (-24%). Le nombre de patients hospitalisés et le nombre de patients admis en service de soins critiques augmentaient légèrement en S10.

En Guadeloupe, le taux d'incidence diminuait en S10 (98/100 000 habitants, -15%), après une forte augmentation en S08. Le nombre de patients hospitalisés et le nombre de patients admis en réanimation étaient également en légère augmentation à un niveau faible.

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

À ce jour, quatre variants ont été qualifiés d'intérêt en raison de leur transmissibilité augmentée et du risque d'échappement à la réponse immunitaire. Trois d'entre eux, les variants 20I/501Y.V1 (UK), 20H/501Y.V2 (ZA) et 20J/501Y.V3 (BR), circulent en France depuis le début de l'année 2021.

D'autres variants du SARS-CoV-2 n'ont pas été qualifiés comme variants d'intérêt après une analyse de risque conjointe par le Centre national de référence des virus respiratoires et Santé publique France, mais ont déjà été rapportés sur le territoire et bénéficient à ce titre d'une surveillance renforcée : les variants A.27 (lignage 19B/501Y), B.1.525 (lignage 484K.V3) pour lesquels des cas sporadiques ont été rapportés en France, et également le variant de clade 20C ayant émergé en Bretagne en début d'année 2021 dans le cadre d'un cluster hospitalier.

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

Depuis le 25 janvier 2021, l'application SI-DEP intègre les résultats des **tests de criblage** permettant de suspecter des infections par l'un des 3 variants d'intérêt ayant déjà été détectés en France. 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 l'un de ces variants d'intérêt.

Au niveau national en S10, parmi les tests positifs criblés dont les résultats sont disponibles dans SI-DEP (57% de l'ensemble des tests de première intention positifs), **72,0% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 (UK) et 5,0% de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** (vs respectivement 65,8% et 4,9% en S09).

Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines. La proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) était supérieure à 50% (parmi les tests positifs criblés) dans 91 départements métropolitains (contre 79 départements en S09). Neuf départements présentaient une proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) supérieure à 10% (parmi les tests positifs criblés), avec une proportion de 38% en Moselle (en diminution par rapport à S09).

L'enquête Flash#4 a été conduite le 02 mars 2021 (semaine 09) sur des prélèvements positifs au SARS-CoV-2 par RT-PCR quel que soit le résultat de criblage. **Elle a inclus 1 655 prélèvements positifs issus de 98 laboratoires de biologie médicale publics et privés.** Parmi 1 572 prélèvements positifs au SARS-CoV-2 analysés, **63,2% étaient dus au variant 20I/501Y.V1, 5,2% au variant 20H/501Y.V2 et 0,1% au variant 20J/501Y.V3. D'autres lignages circulent également sur le territoire et font l'objet d'une surveillance.**

Ces résultats basés sur un séquençage complet du génome viral confirment l'hétérogénéité régionale de la diffusion des variants parmi les 12 régions représentées dans cette enquête et une augmentation de leur prévalence dans la plupart ces régions. Les résultats de Flash#4 démontrent que le clade 20I/501Y.V1 est à présent retrouvée dans toutes les classes d'âge, avec une présence plus marquée (>70%) chez les 0-9 ans.

Variant de clade 20C ayant émergé en Bretagne

[Un cluster d'infections par un variant de Clade 20C](#) (GISAID : EPI_ISL_1118892, EPI_ISL_1111064) a été détecté en janvier 2021 dans un hôpital des Côtes d'Armor. La particularité associée aux premiers cas confirmés d'infections à ce variant est la possibilité de présenter des symptômes évocateurs de la COVID-19 avec une RT-PCR faiblement positive voire négative sur les prélèvements naso-pharyngés habituels. Le virus est néanmoins détectable par les techniques de PCR habituelles mais semble être retrouvé de manière préférentielle dans les voies aériennes basses. À ce jour, il n'est pas démontré que ce variant serait plus transmissible ni n'entraînerait de formes plus sévères, mais son émergence fait l'objet d'investigations et la situation est suivie sur le territoire *via* une surveillance spécifique. En cas de suspicion d'infection à ce variant ([définition de cas et conduite à tenir](#), disponibles sur le site internet de Santé publique France), des prélèvements au-delà de la sphère naso-pharyngée chaque fois que possible doivent être proposés pour augmenter la sensibilité du diagnostic par RT-PCR.

► Surveillances spécifiques et populationnelles

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 sur l'ensemble de la période du 05 octobre 2020 au 16 mars 2021, avec une proportion élevée d'hommes (70%), de personnes de 65 ans et plus (60%) et de cas présentant une comorbidité (88%). Depuis le mois de janvier 2021, un léger rajeunissement de la population admise en réanimation est observé. Les comorbidités les plus fréquentes étaient toujours l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète. Un recours à la ventilation invasive a été nécessaire pour 42% des patients hospitalisés en réanimation pour COVID-19.

Dans les ESMS, la diminution du nombre de cas et de décès se poursuivait en S09. Depuis S06, on constatait une diminution du nombre de cas globale, particulièrement marquée chez les résidents. Une diminution du nombre de décès des résidents d'Ehpad, est observée également depuis S06. Cette amélioration est cohérente avec l'augmentation progressive de la couverture vaccinale dans cette classe d'âge et notamment parmi les résidents en Ehpad.

Les enfants sont très peu représentés chez les patients hospitalisés pour COVID-19 et parmi les décès (moins de 1%). Une surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) permet d'estimer l'incidence de ces cas en lien avec la COVID-19 (dernières données disponibles dans le Point épidémiologique du 25 février 2021).

Les personnes les plus fragiles face à cette épidémie restaient celles âgées de 65 ans et plus, ainsi que celles présentant des comorbidités. Cependant **une modification de l'âge des nouveaux cas ainsi que des nouveaux patients hospitalisés est observée depuis quelques semaines, avec notamment un rajeunissement de l'âge des patients.** Cette tendance résulte très vraisemblablement de la diminution d'incidence et donc du nombre de formes sévères chez les sujets de 75 ans et plus induite par la vaccination, sans qu'il soit possible de savoir si d'autres facteurs tels que des évolutions différentielles en fonction de l'âge des comportements de prévention auraient pu également contribuer à cette observation.

Le taux d'incidence chez les personnes de 75 ans et plus a diminué de -45% par rapport à S04. Les personnes de 75 ans et plus constituaient encore la majorité des personnes hospitalisées en S10 : elles représentaient 51% des personnes hospitalisées le 16 mars mais une nette diminution du taux d'hospitalisations était observée dans cette classe d'âge depuis S04 (de 92,2/100 000 en S03 à 58,2 en S09, soit -37%). Cependant une nouvelle augmentation des taux d'admissions en service de soins critiques était à nouveau observée dans cette classe d'âge depuis S07 (de 6,6 en S07 à 6,8 en S09).

Depuis S04, une **augmentation du ratio entre le nombre d'admissions en soins critiques et le nombre de cas symptomatiques**, était observée pour les **patients âgés de 15 à 64 ans**, et notamment chez les adultes les plus jeunes (15-44 ans). Ces analyses suggèrent une **possible augmentation de la sévérité des cas chez ces derniers, qui pourrait être en lien, en partie, avec l'augmentation de la circulation du variant 20I/501Y.V1 (UK).**

► Santé mentale

La santé mentale des personnes interrogées reste dégradée **d'après la dernière enquête** CoviPrev (vague 21 réalisée du 15 au 17 février 2021) dont les résultats **sont disponibles dans** le Point épidémiologique du 25 février 2021.

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

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

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

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

► Prévention

Les résultats de l'enquête CoviPrev (vague 21, 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 difficulté du respect de la distance de 2 mètres entre individus. Les résultats de la vague 21 de l'enquête CoviPrev sont disponibles dans le Point épidémiologique du 25 février 2021.

Concernant la vaccination contre la COVID-19, on dénombre au 15 mars 2021, **5 445 157 personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 et **2 295 732 personnes vaccinées par deux doses**, soit respectivement **8,1% et 3,4% de la population** en France. Au cours de la semaine 10, le nombre de personnes vaccinées a nettement augmenté : plus d'1,2 million de personnes ont reçu leur première dose de vaccin depuis le 09 mars 2021.

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 16 mars 2021, il est estimé que **89,4% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin et 68,5% ont reçu deux doses**. De plus, **50,0% 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 des comportements en matière de prévention individuelle, l'impact de l'épidémie sur la santé mentale et les intentions de recours à la vaccination.

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

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

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

SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) : nombre de patients hospitalisés infectés par le SARS-CoV-2, admis en services de soins critiques (services de réanimation et autres services de soins critiques comme les soins intensifs ou soins continus), ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation, déclarés 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, de sévérité et d'évolution clinique des cas de COVID-19 admis en réanimation (depuis le 16 mars 2020).

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

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

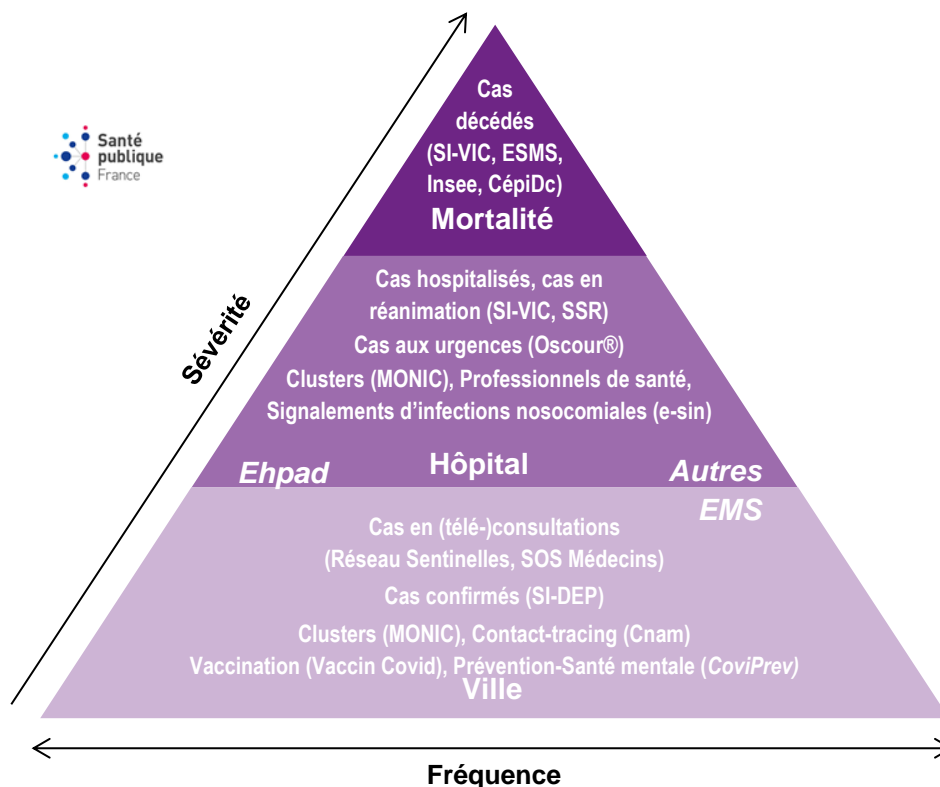
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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

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

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

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



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

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

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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



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



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



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



Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)



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



Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

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

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

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Julie Figoni, Delphine Viriot, Leïla Saboni, Sandrine Hagege, Didier Che

Systèmes de surveillance : Jonathan Bastard, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Mathias Bruyand, Céline Caserio-Schönemann, Fanny Chereau, Édouard Chatignoux, Bruno Coignard, Kostas Danis, Julien Durand, Myriam Fayad, Adeline Feri, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Laurence Guldner, Katia Hamdad, Eline Hassan, Yu Jin Jung, Yann Le Strat, Daniel Levy-Bruhl, Étienne Lucas, Alexandra Mailles, Nicolas Méthy, Frédéric Moisan, Michael Padget, Juliette Paireau, Gaëlle Pedrono, Camille Pelat, Alessandro Pini, Élisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Julian Rozenberg, Cécile Sommen, Benjamin Taisne, Sophie Vaux

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

Contact presse

Vanessa Lemoine

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

Diffusion

Santé publique France

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

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

Date de publication

18 mars 2021