

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 21 avril 2021.**

► Points clés

En semaine 15, les indicateurs épidémiologiques étaient à un niveau toujours élevé, mais avec une tendance à la diminution et une persistance de la tension hospitalière

- Diminution des taux d'incidence et de dépistage en comparaison des taux corrigés de la semaine 14
- Augmentation du taux de positivité
- Légère diminution des nouvelles hospitalisations et admissions en soins critiques
- Stabilisation à un niveau élevé du nombre de patients en hospitalisation et en services de soins critiques
- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée
- Métropole : régions Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Hauts-de-France toujours très touchées
- Outre-mer : augmentation des taux d'incidence et de positivité en Guyane

Variants

- Stabilisation de la proportion de suspicions de variants préoccupants (VOC) par RT-PCR de criblage :
 - suspicions de variant 20I/501Y.V1 majoritaires en métropole à 82,3%
 - suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 stables à 4,2%

Prévention

- Contribution du dispositif de contact-tracing à la limitation de la propagation de l'épidémie
- Vaccination : 1 301 837 personnes ayant reçu au moins une dose (couverture vaccinale : 19,4%)
- Importance de l'adoption systématique des mesures barrières et de la limitation des contacts et des déplacements
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 15 (du 12 au 18 avril 2021)

	S15	S14*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	226 512	232 061	NI**
Taux d'incidence(/100 000 habitants) des cas de COVID-19 (SI-DEP)	337	411***	-18%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	9,9	9,2	+0,7 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 868	3 666	-22%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	11 300	12 564	-10%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	13 194	13 754	-4%
Nombre de nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19 (SI-VIC)	2 980	3 175	-6%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres ESMS)	1 978	2 112	Non consolidée

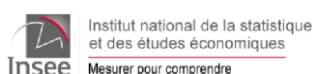
* Données consolidées

** Non interprétable : l'évolution entre ces semaines n'est pas interprétable du fait de la forte baisse de l'activité de dépistage en lien avec le lundi férié de la semaine 14.

*** Taux d'incidence corrigé prenant en compte le lundi férié de la semaine 14.

Du 1^{er} mars 2020 au 20 avril 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	101 597
---	---------



► Point de situation en semaine 15 (du 12 au 18 avril 2021)

En semaine 15 (du 12 au 18 avril 2021), les indicateurs épidémiologiques se maintiennent à un niveau toujours très élevé. On observe cependant une diminution de l'incidence et des nouvelles admissions à l'hôpital et en soins critiques, suggérant un début de ralentissement de la circulation virale dans toutes les régions de métropole. Toutefois, la forte diminution du taux de dépistage incite à rester prudent dans l'interprétation de la dynamique des indicateurs d'incidence en population. Par ailleurs, la tension hospitalière demeure sur l'ensemble du territoire métropolitain et la mortalité est toujours en hausse, évolution attendue du fait de l'intensité de l'épidémie au cours des dernières semaines. Les régions les plus touchées en semaine 15 étaient toujours l'Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Hauts-de-France. Dans ce contexte, l'adhésion aux mesures de prévention individuelles, le respect des mesures de freinage collectives ainsi que l'accélération de la vaccination restent des enjeux majeurs pour faire face au niveau de circulation encore très élevé du virus.

Au niveau national, **226 512 nouveaux cas** ont été confirmés, soit près de 32 400 cas en moyenne chaque jour. **Le taux d'incidence de la semaine 15 était de 337/100 000 habitants, en diminution par rapport au taux corrigé de S14 (411, soit -18%). Le taux de dépistage de S15 était également en diminution par rapport au taux de dépistage corrigé de S14 (3 423/100 000 habitants vs 4 471, soit -23%).** Cette diminution concernait toutes les classes d'âge mais elle était plus marquée chez les 0-14 ans (-45%), probablement toujours en lien avec l'arrêt des campagnes de dépistage en milieu scolaire dans le contexte de la fermeture des établissements. **Le taux de positivité (9,9%) était en augmentation en S15 (vs 9,2% en S14).** La part des personnes symptomatiques chez les personnes testées n'a pas évolué ces dernières semaines et le taux de positivité était en augmentation chez les personnes symptomatiques et chez les personnes asymptomatiques (progression respectivement de 10% et 8%).

Le taux hebdomadaire de nouvelles hospitalisations a légèrement diminué en semaine 15 mais le nombre de patients COVID-19 hospitalisés s'est maintenu à un niveau élevé, avec plus de 31 000 personnes hospitalisées au 20 avril 2021. Le taux d'admissions en services de soins critiques était en légère diminution en S15 et le nombre de personnes hospitalisées dans ces services atteignait **6 000 patients** le 20 avril.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était toujours significativement supérieur à celui attendu au niveau national, et **dans cinq régions** en semaine 14. **Le nombre de décès** liés à la COVID-19 (survenus à l'hôpital et en ESMS) était en toujours en augmentation en S14 (+4%).

En semaine 15, **le taux d'incidence des cas confirmés était en diminution dans les trois groupes de départements concernés par la mise en place des mesures restrictives différenciées avant le confinement généralisé.** Pour autant, la forte diminution du recours au dépistage observée depuis S14 pourrait artificiellement accentuer cette tendance.

L'analyse des résultats de criblage des tests RT-PCR positifs indique une prédominance nette de la **proportion de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1, qui représentait 82,3%** des tests criblés en S15 en France. La proportion de suspicions de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 restait stable à 4,2%**. Ces résultats étaient stables par rapport à la semaine précédente.

Le dispositif de contact-tracing contribue à limiter la propagation de l'épidémie. Les cas précédemment connus comme personne-contact à risque ont moins de personnes-contacts à risque, probablement en raison d'une meilleure adhésion à l'isolement.

Au 20 avril 2021, **13 018 378 personnes avaient reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** et 4 850 310 personnes deux doses soit, respectivement, **19,4%** et **7,2%** de la population en France.

La limitation des contacts et des déplacements, ainsi que l'adoption systématique des gestes barrières, sont indispensables pour tous. Il demeure primordial que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. L'accélération de la campagne de vaccination reste un enjeu majeur pour faire face à la dynamique de l'épidémie.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
IMPACT DES MESURES DE RESTRICTIONS SANITAIRES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE	16
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	19
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX	24
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®).....	26
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	27
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	29
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ	37
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	42
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE	47
SITUATION INTERNATIONALE	48
SYNTHÈSE	51
SOURCES DES DONNÉES.....	57

Retrouvez les dernières données concernant :

- la **surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques** dans le PE du [25 mars 2021](#) ;
- la **surveillance des cas de COVID-19 chez les professionnels en établissements de santé** dans le PE du [1^{er} avril 2021](#) ;
- les **signalements d'infections nosocomiales à SARS-CoV-2** dans le PE n°59 du [15 avril 2021](#) ;
- les **variants préoccupants (VOC) du SARS-CoV-2 au niveau international** dans le PE n°59 du [15 avril 2021](#).

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

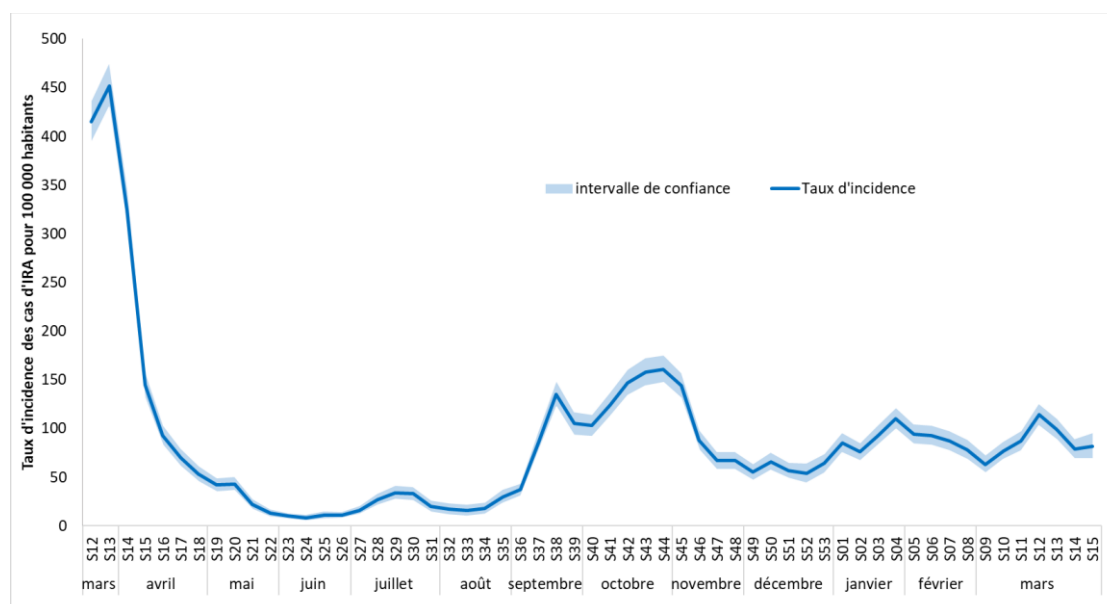
SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

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

- En semaine 15 (du 12 au 18 avril 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 82 pour 100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [69-95] en France métropolitaine, stable par rapport à la semaine 14 : 79/100 000 habitants (IC95% : [69-89]) (Figure 1).
- Sur les 21 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA en S15, trois se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2, quatre pour un virus respiratoire syncytial (VRS) et un pour un rhinovirus.
- Depuis la semaine 37-2020, sur les 1 090 prélèvements naso-pharyngés effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés, 307 (28%) étaient positifs pour un rhinovirus, 147 (14%) pour le SARS-CoV-2, 62 (6%) pour un métapneumovirus et 56 (5%) pour un VRS. Deux prélèvements se sont avérés positifs pour un virus grippal de type B/Victoria en semaine 49-2020 et en semaine 02-2021.

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



Semaine 15 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

• Depuis le 03 mars 2020, **208 504 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 19 avril 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

• En semaine 15 (du 12 au 18 avril 2021), **2 868 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur la période. Ce nombre était **en baisse** par rapport à la semaine précédente (3 666 actes en S14, soit -22%).

• L'analyse par classe d'âge montre une **baisse marquée chez les enfants de moins de 15 ans** (-40%, soit -151 actes) et plus modérée chez les adultes (-18%, soit -634 actes).

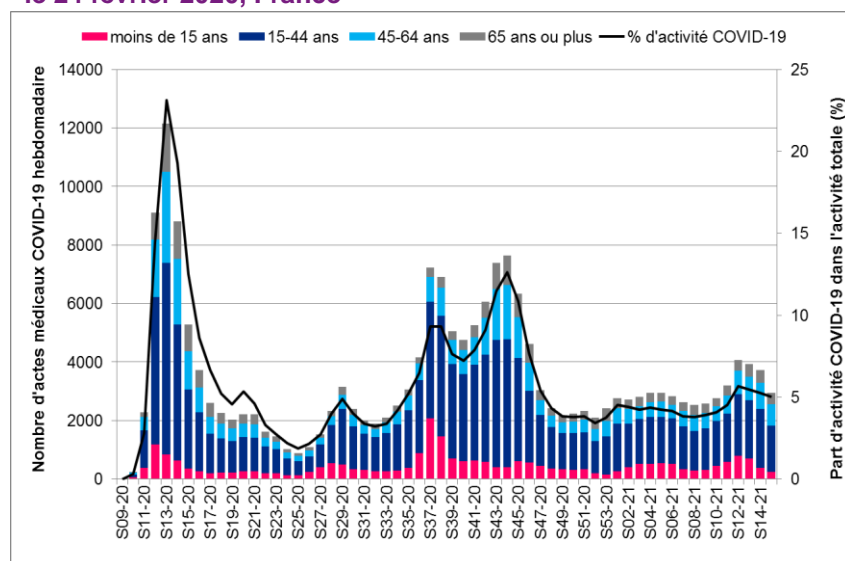
La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge** était de 3% chez les 0-4 ans, 5% chez les 5-14 ans, 54% chez les 15-44 ans, 25% chez les 45-64 ans, 6% chez les 65-74 ans et 6% chez les 75 ans et plus (contre respectivement 4%, 6%, 54%, 23%, 6% et 5% en S14).

• **Au niveau régional**, les actes médicaux pour suspicion de COVID-19 étaient en baisse dans toutes les régions.

• La majorité des actes a été enregistrée en Île-de-France (21%), Auvergne-Rhône-Alpes (14%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (11%), Grand Est (11%), Hauts-de-France (9%), et Nouvelle-Aquitaine (7%).

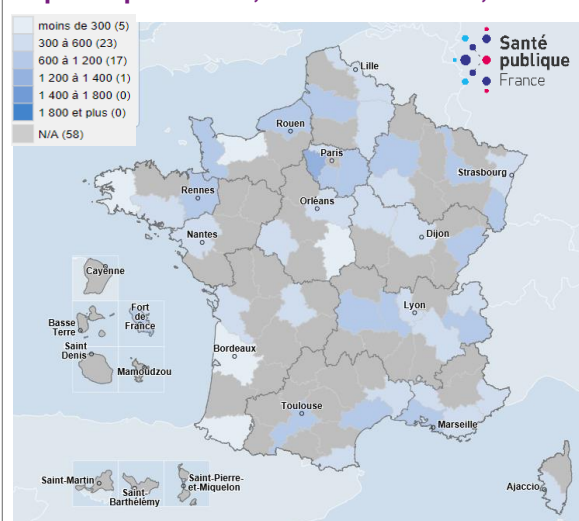
• La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était **stable** à 5,0% (5,2% en S14) (Figure 2).

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 15-2021, France



Source : SOS Médecins

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

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

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

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

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

Une correction a été appliquée aux taux d'incidence et de dépistage des semaines incluant un jour férié (notamment S14) afin de prendre en compte l'effet sur l'activité de dépistage. La méthodologie a été présentée dans le [Point épidémiologique du 15 avril 2021](#) et une [note méthodologique](#) la décrivant plus précisément est disponible sur le site internet de Santé publique France.

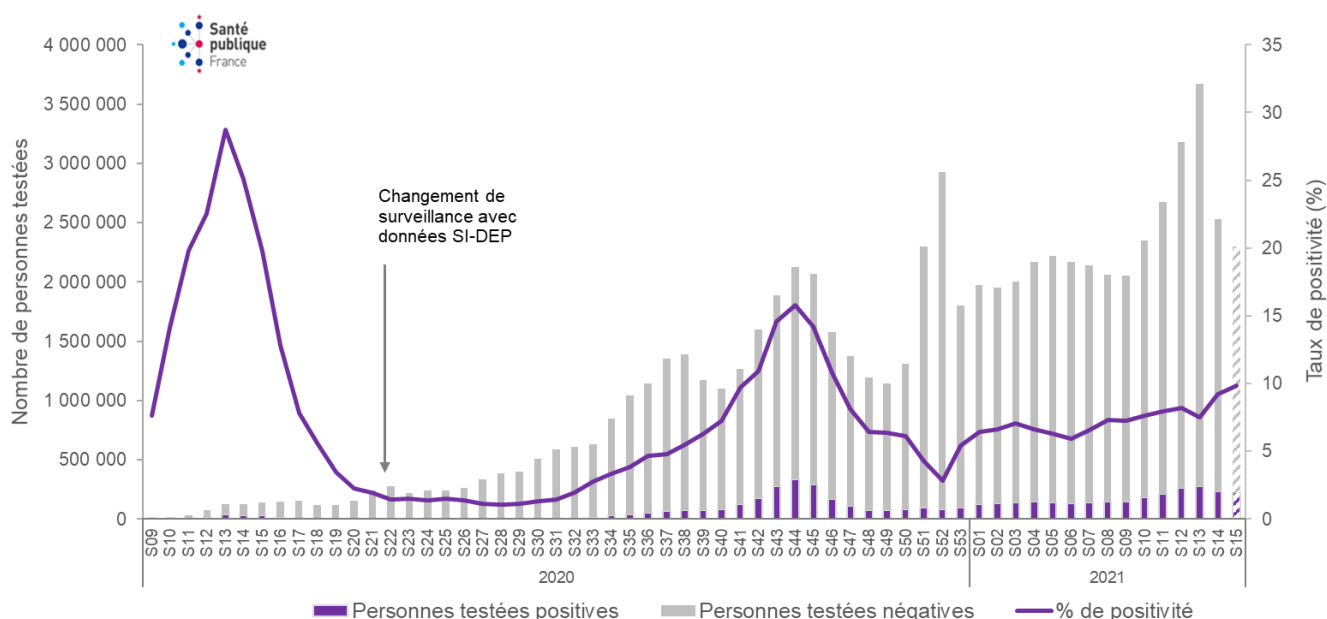
Les données de la semaine 14 (taux d'incidence et de dépistage) présentées dans ce chapitre ont été corrigées pour prendre en compte l'effet du jour férié.

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

● En semaine 15, 2 297 171 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 2 526 630 en S14, soit -9%), et 226 512 **nouveaux cas confirmés** ont été rapportés (Figures 4 et 5).

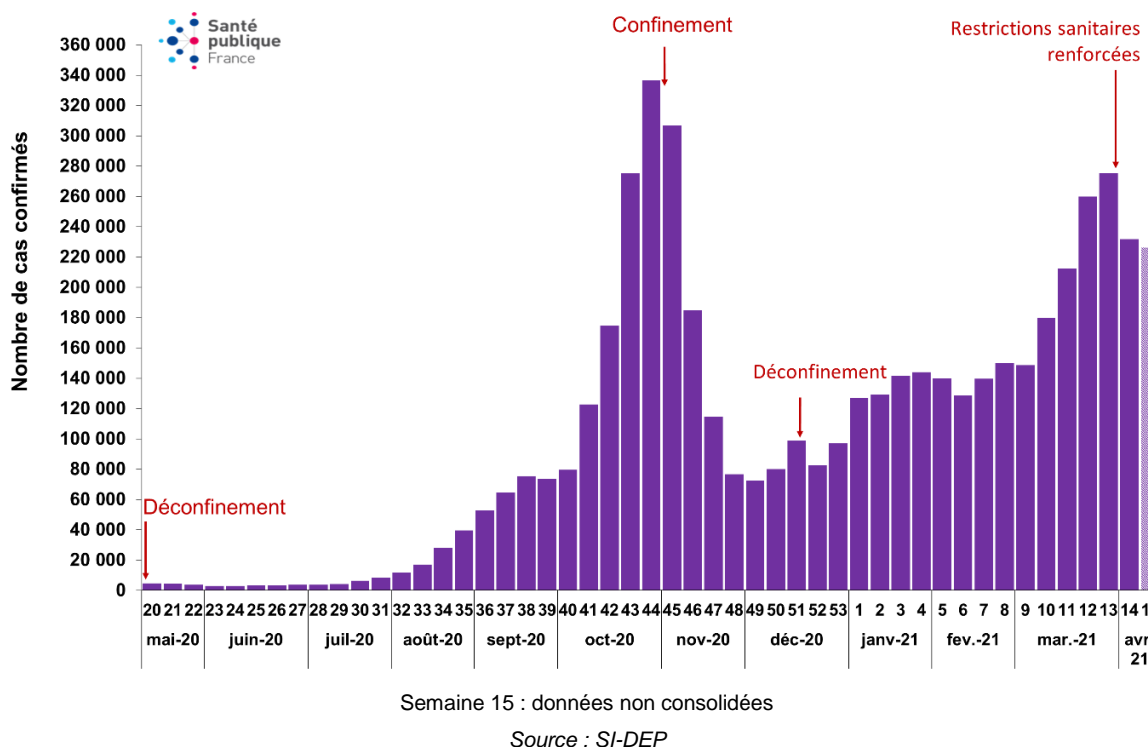
● Au 21 avril 2021, un total de **5 374 288 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

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 21 avril 2021)



Sources S09-S19-020 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20-2020 : 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 18 avril 2021, France (données au 21 avril 2021)

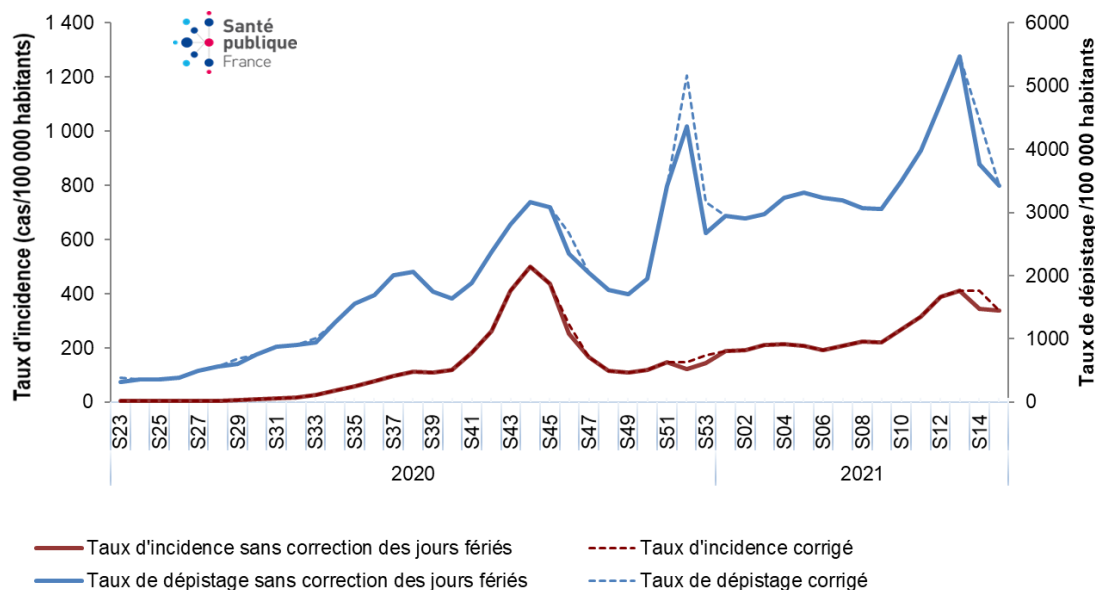


• En S15, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **9,9%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), **en hausse** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (+0,7 point) (Figure 4).

• Le **taux d'incidence** des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de 337/100 000 habitants en S15, en diminution par rapport au taux corrigé de la semaine précédente (411 cas/100 000 habitants en S14, -18%) (Figure 6).

• Le **taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de 3 423/100 000 habitants, en diminution par rapport au taux corrigé de S14 (4 471/100 000 hab., -23%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et de dépistage par semaine, avec ou sans correction, depuis la semaine 23-2020, France (données au 21 avril 2021)



- La proportion de tests effectués en S15 et intégrés dans la base SI-DEP le jour même ou le lendemain du prélèvement était de 94%, en augmentation par rapport à la semaine précédente (78% en S14).

Analyse par classe d'âge

- En semaine 15, au niveau national, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 190 chez les 0-14 ans, 474 chez les 15-44 ans, 359 chez les 45-64 ans, 216 chez les 65-74 ans et 181 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).

- **Le taux d'incidence était en diminution** par rapport au taux corrigé de S14 **dans toutes les classes d'âge**. La diminution la plus marquée était chez les 0-14 ans (-22%) suivis par les 15-44 ans (-18%), les 45-64 ans, les 65-74 ans (-17%) et les 75 ans et plus (-15%) (Figure 7a).

- **Le taux de dépistage était en diminution** par rapport au taux corrigé de S14 **dans toutes les classes d'âge**. La diminution la plus importante était observée chez les 0-14 ans (-45%), puis chez les 15-44 ans (-23%), les 45-64 ans (-19%), les 65-74 ans (-18%) et les 75 ans et plus (-15%) (Figure 7b).

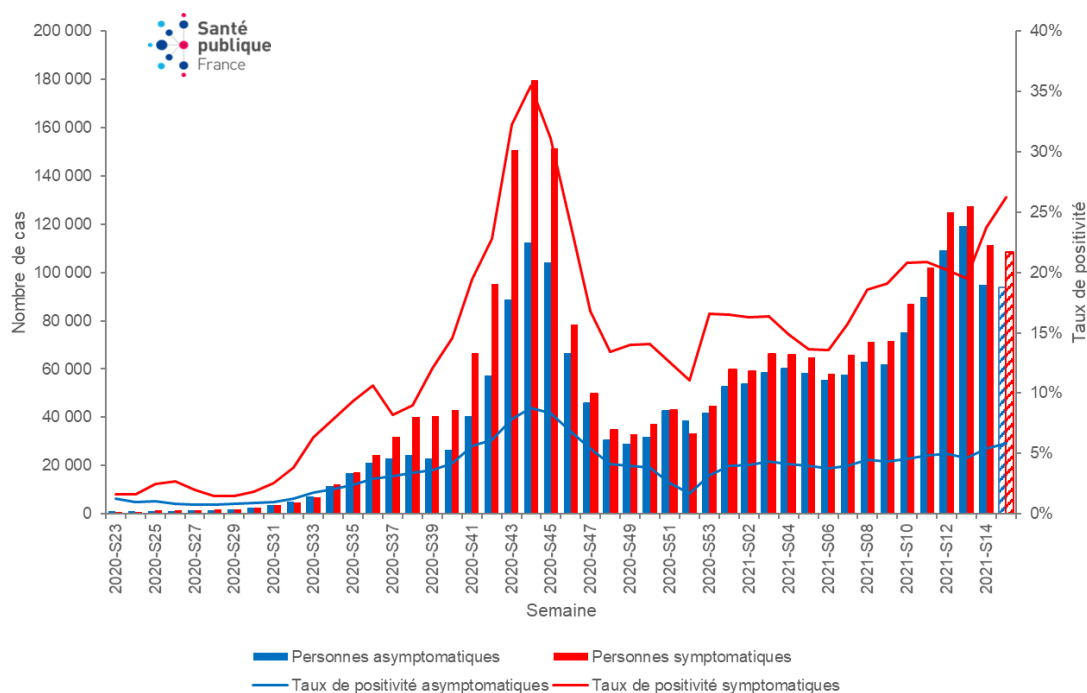
- **Le taux de positivité** des personnes testées était **en augmentation dans toutes les classes d'âge par rapport à S14, excepté chez les 75 ans et plus où ce taux était stable**. L'augmentation était forte chez les 0-14 ans (+3,6 points), plus modérée chez les 15-44 ans (+0,6 point), les 45-64 ans (+0,3 point) et les 65-74 ans (+0,2 point) (Figure 7c).

Dépistage selon la présence de symptômes

- En semaine 15, **parmi les personnes testées**, l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 88% (soit n=2 015 476). La part des personnes symptomatiques est stable depuis S08 (entre 20% et 22%, 21% en S15). Le taux de positivité était en augmentation chez les symptomatiques (26,2% vs 23,7% en S14) et chez les asymptomatiques (5,9% vs 5,4% en S14), soit une progression de 10% et 8% respectivement (Figure 8).

- Parmi les cas, 54% étaient symptomatiques, proportion stable par rapport à S14. **Le nombre de cas était en diminution chez les symptomatiques** (108 592 vs 111 428 en S14, soit -3%) **et chez les asymptomatiques** (93 931 vs 94 824 en S14, soit -1%) (Figure 8).

Figure 8. Évolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes, par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 21 avril 2021)

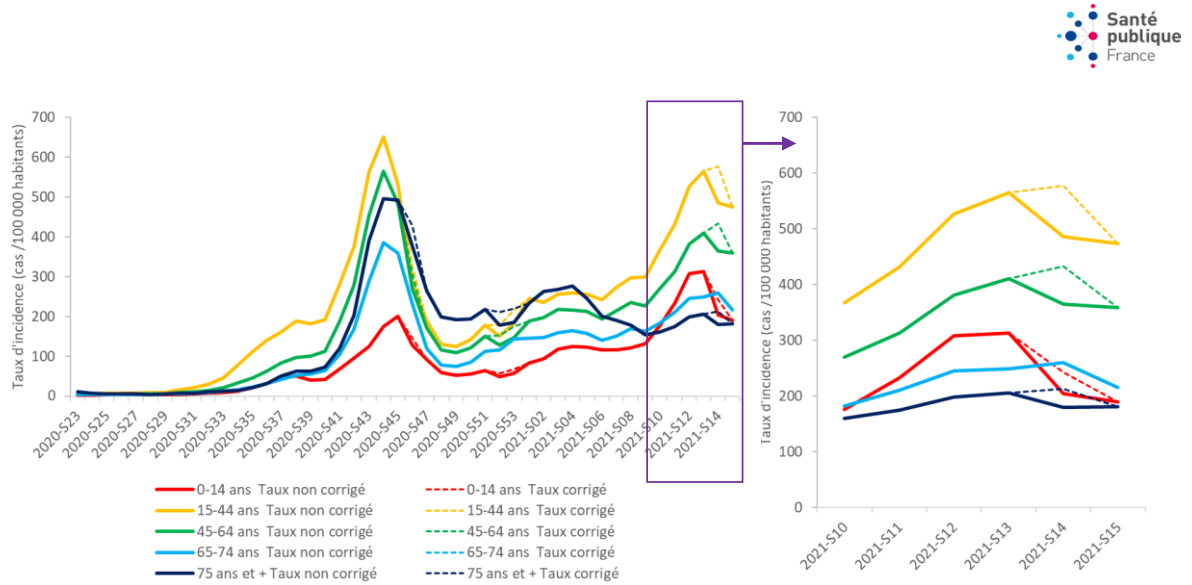


Semaine 15 : données non consolidées

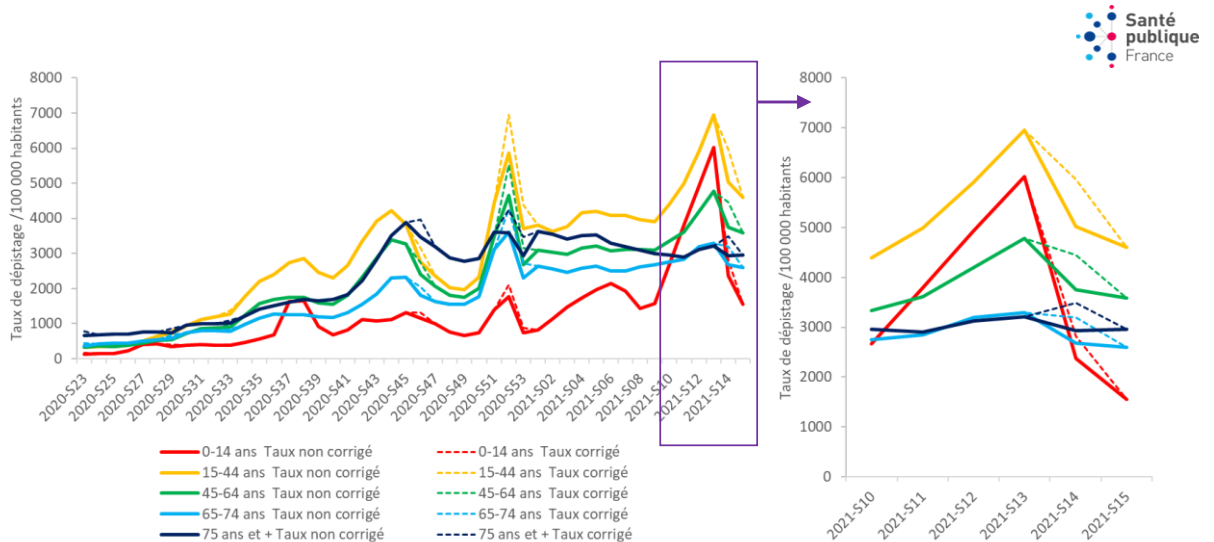
Source : SI-DEP

Figure 7. Évolution des taux d'incidence corrigés et non corrigés (7a), de dépistage corrigés et non corrigés (7b) et de positivité (7c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23-2020, France (données au 21 avril 2021)

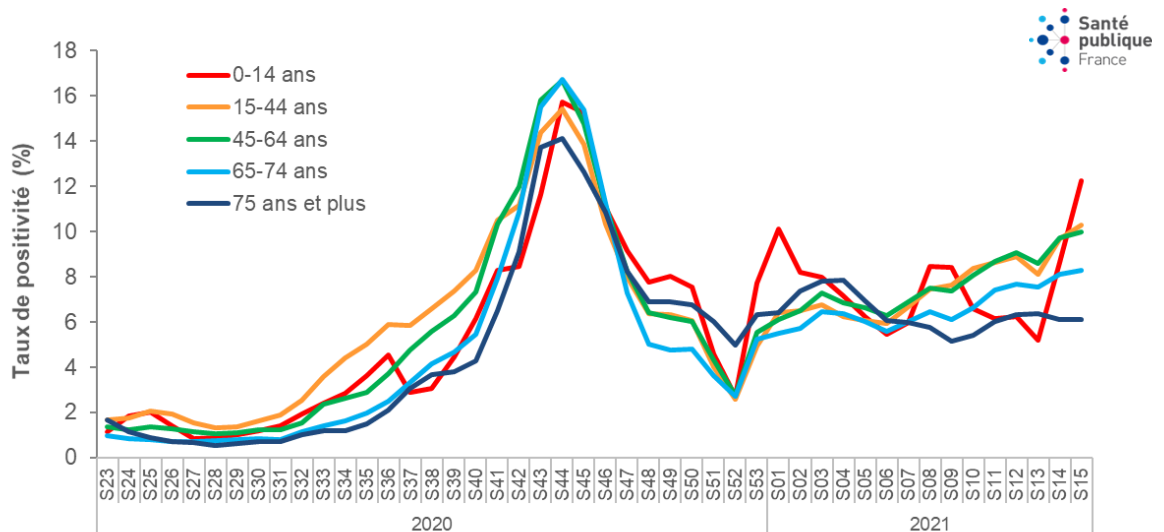
7a



7b



7c



Semaine 15 : données non consolidées

Source SI-DEP

► Au niveau régional

En métropole

- **En France métropolitaine**, 222 685 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 15, correspondant à un **taux d'incidence** de **343 cas/100 000 habitants**. Le **taux de dépistage** s'élevait à **3 439/100 000 habitants**. Le **taux de positivité** était de **10,0%** (vs 9,3% en S14, soit +0,7 point).

- En semaine 15, le **taux d'incidence** était au-dessus du seuil de 250/100 000 habitants dans 65 départements (79 en S14). Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements de la Seine-Saint-Denis (656), du Val-d'Oise (643), du Val-de-Marne (575), de Paris (513), des Bouches-du-Rhône (506), de la Seine-et-Marne (501) et de l'Essonne (495).

- En S15, les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** (pour 100 000 habitants) étaient : Paris (6 257), Bouches-du-Rhône (4 881), Moselle (4 624), Bas-Rhin (4 487), Corse-du-Sud (4 414) et Hauts-de-Seine (4 397).

- Le **taux de positivité** était supérieur ou égal à 10% dans 43 départements en S15 (21 en S14). Les taux les plus élevés étaient rapportés dans les départements de la Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise (16%), de l'Essonne et de l'Oise (14%), de la Seine-et-Marne et du Val-de-Marne (13%) (Figure 9).

En Outre-mer

- **En Guadeloupe**, le **taux d'incidence** était **en augmentation** en S15 (224/100 000 habitants vs 209 en S14, taux corrigé) et le **taux de positivité en diminution** à 11,8% (vs 12,5% en S14).

- **En Martinique**, les indicateurs étaient **en diminution** en S15, avec un taux d'incidence de 204/100 000 habitants (vs 289 en S14, taux corrigé) et un taux de positivité de 8,5% (vs 11,4% en S14).

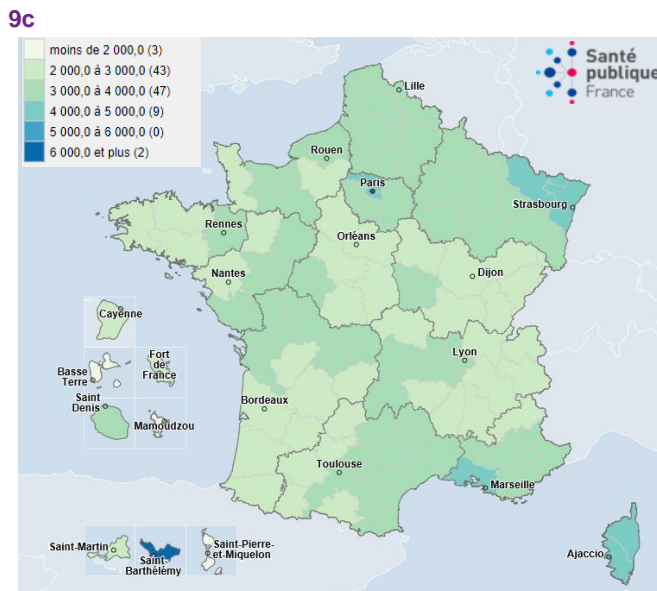
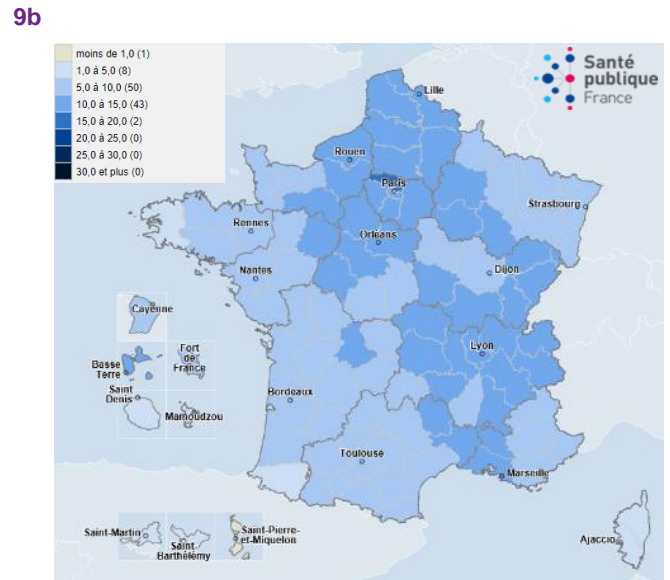
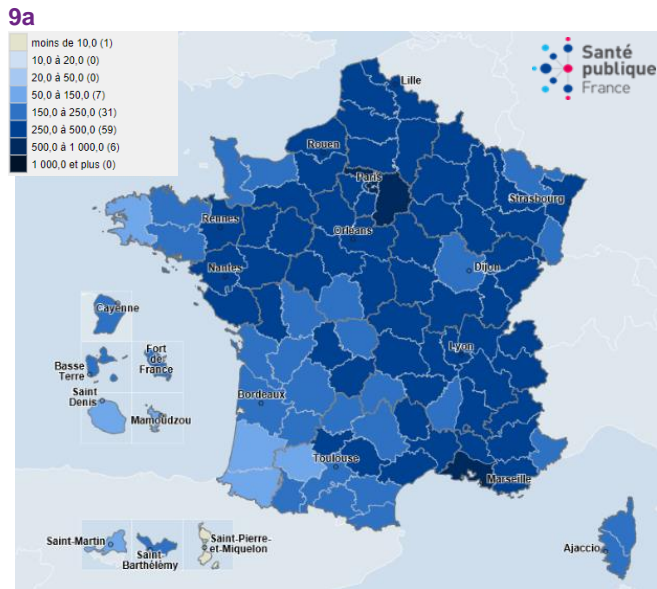
- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient **en augmentation**, avec un taux d'incidence de 51/100 000 habitants (vs 23 en S14, taux corrigé) et un taux de positivité de 2,2% (vs 0,7% en S14).

- **En Guyane**, les indicateurs étaient **en augmentation** en S15, avec un taux d'incidence de 192/100 000 habitants (vs 164 en S14, taux corrigé) et un taux de positivité de 8,9% (vs 8,6% en S14).

- **À Mayotte**, les indicateurs étaient **stables** en S15, avec un taux d'incidence de 51/100 000 habitants (vs 55 en S14, taux corrigé) et un taux de positivité de 4,4% (vs 4,3% en S14).

- **À La Réunion**, le **taux d'incidence** était **en baisse** en S15 (109/100 000 habitants vs 134 en S14, taux corrigé). Le **taux de positivité** était **stable** à 3,5% (vs 4,0% en S14).

Figure 9. Taux d'incidence (/100 000 habitants) (9a), de positivité (%) (9b) et de dépistage (nombre de tests/100 000 habitants) (9c) pour le SARS-CoV-2 du 12 au 18 avril 2021, par département, France (données au 21 avril 2021)



Source : SI-DEP

Pour plus d'information, les données régionales détaillées sont accessibles sur [Géodes](#) (données non corrigées pour S14) et sont mises en perspective dans les [points épidémiologiques régionaux](#).

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

► Analyse par niveaux scolaires

- En semaine 15, 264 256 personnes de moins de 18 ans ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 381 888 en S14, soit -31%). Un total de 32 549 nouveaux cas confirmés a été rapporté. Les moins de 18 ans représentaient 14% de l'ensemble des nouveaux cas observés dans la population générale. Si l'on considère des classes d'âge plus fines, correspondant aux niveaux scolaires, les 0-2 ans représentaient 4% des nouveaux cas parmi les moins de 18 ans, les 3-5 ans 6%, les 6-10 ans 28%, les 11-14 ans 32% et les 15-17 ans 30%.

- Le **taux d'incidence** des cas confirmés au niveau national était de 396/100 000 habitants chez les 15-17 ans, 314 chez les 11-14 ans, 219 chez les 6-10 ans, 80 chez les 3-5 ans et 60 chez les 0-2 ans (Figure 10a).

- Une diminution des taux d'incidence était de nouveau observée dans les différentes classes d'âge : -23% par rapport au taux corrigé de S14 chez les 0-2 ans, -24% chez les 3-5 ans, -19% chez les 6-10 ans, -23% chez les 11-14 ans, -19% chez les 15-17 ans.

- Le **taux de dépistage** a de nouveau fortement diminué dans toutes les classes d'âge : -31% par rapport au taux corrigé de S14 chez les 0-2 ans, -52% chez les 3-5 ans, -47% chez les 6-10 ans, -41% chez les 11-14 ans, -33% chez les 15-17 ans (Figure 10b).

- Le **taux de positivité** a en revanche augmenté pour la deuxième semaine consécutive dans l'ensemble des classes d'âge : +1,0 point chez les 0-2 ans, +3,0 points chez les 3-5 ans, +4,4 points chez les 6-10 ans, +3,3 points chez les 11-14 ans et +2,1 points chez les 15-17 ans (Figure 10c).

Figure 10. Évolution des taux d'incidence corrigés et non corrigés (10a), de dépistage corrigés et non corrigés (10b) et de positivité (10c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge des moins de 18 ans, depuis la semaine 23-2020, France (données au 21 avril 2021)

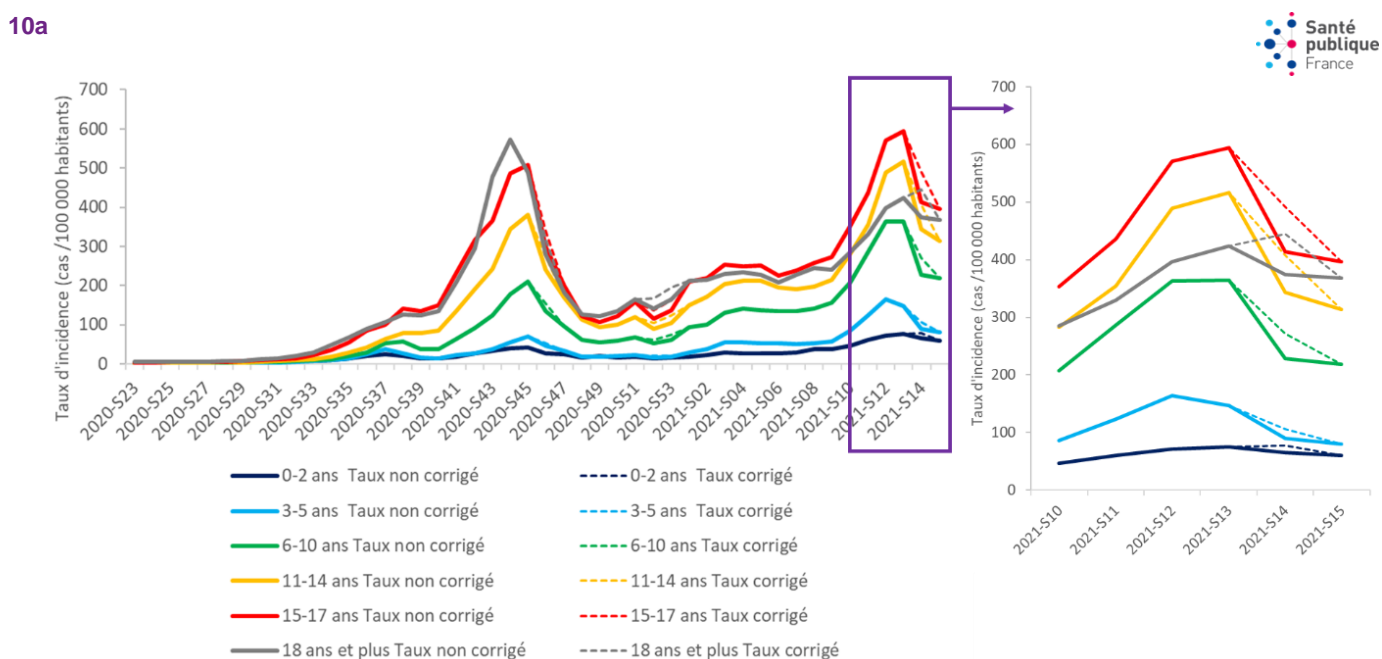
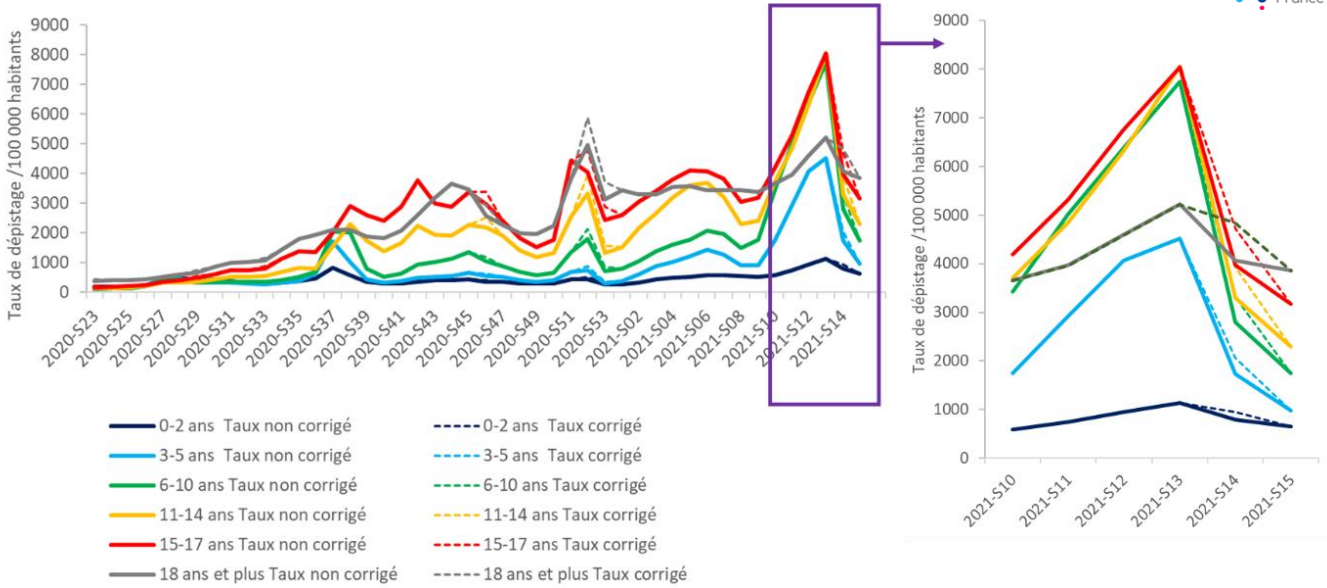
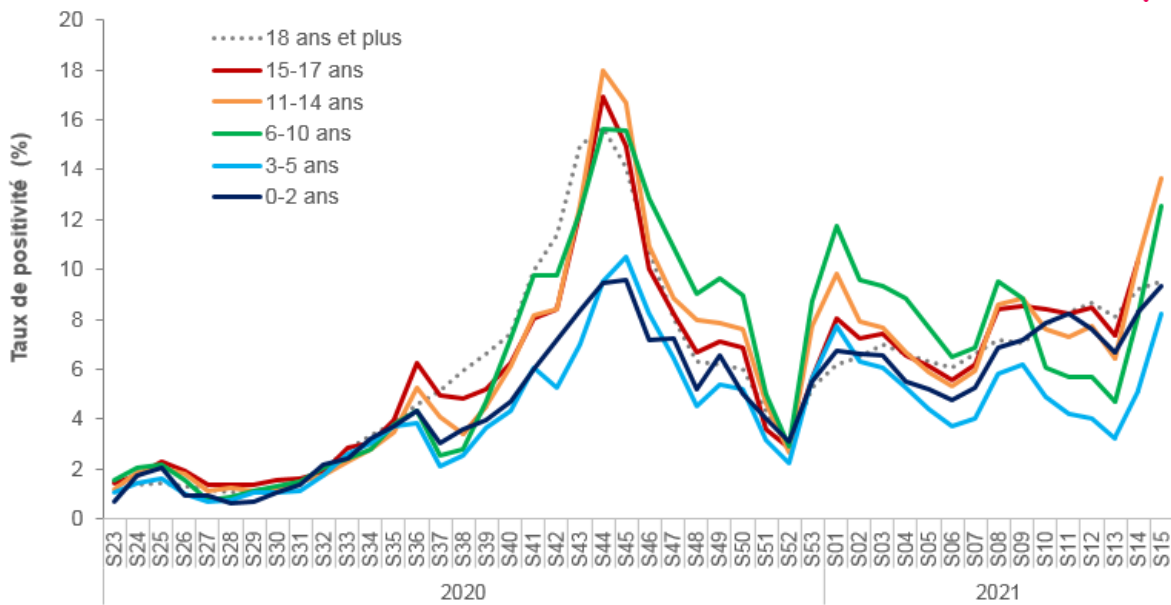


Figure 10 (suite)

10b



10c



Semaine 15 : données non consolidées

Source : SI-DEP

► Variants préoccupants : analyse des résultats des tests de criblage saisis dans SI-DEP

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

Santé publique France, en lien avec le CNR Virus des infections respiratoires, produit à intervalles réguliers des analyses de risque permettant de caractériser et classer ces différents variants. Ces analyses de risque sont accessibles sur le site de [Santé publique France](#). Afin de faciliter ce suivi, l'application SI-DEP a évolué depuis le 25 janvier 2021 et intègre dorénavant les résultats des tests RT-PCR de criblage, qui disposent d'amorces spécifiques permettant la détection des principales mutations qui caractérisent les variants. Ces tests de criblage sont utilisés en seconde intention, après l'utilisation d'un test RT-PCR classique de première intention pour le diagnostic d'une infection à SARS-CoV-2. L'analyse des premiers résultats permet de suspecter la présence d'un variant 20I/501Y.V1 (ayant émergé au Royaume-Uni), 20H/501Y.V2 (Afrique du Sud) ou 20J/501Y.V3 (Brésil) (sans distinction) ou de conclure à l'absence de variant préoccupant (VOC).

- **Au niveau national**, en semaine 15, sur les 255 785 tests de première intention positifs (tests RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, **50% étaient associés à un test de criblage** lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 127 401 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **82,3%** (104 799) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1** (contre 83,0% en S14) et 4,2% (5 389) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** (contre 3,8% en S14).

- La proportion de tests positifs criblés variait peu selon la classe d'âge : de 47% chez les 20-29 ans à 59% chez les 90 ans et plus (Tableau 1).

- La proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 était comprise entre 77% chez les 90 ans et plus et 83% chez les 10-19 ans.

- La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 allait de 3,4% chez les 90 ans et plus à 4,7% chez les 50-59 ans.

Tableau 1. Proportion de suspicions de variant préoccupant (VOC) parmi les tests de criblage positifs 20I/501Y.V1, 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3, par classe d'âge, France (données au 21 avril 2021)

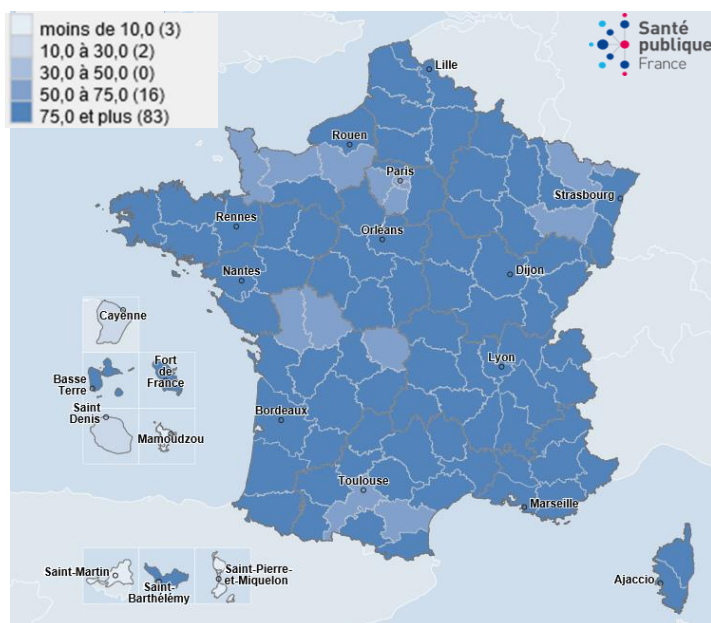
Âge (ans)	Nombre de tests (RT-PCR et antigéniques)	Nombre de tests positifs (RT-PCR et antigéniques)	PCR de criblage		20I/501Y.V1		20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3	
			N	%*	N	%**	N	%**
			0-9	95 845	10 449	5 772	55,2	4 577
10-19	262 345	33 995	17 532	51,6	14 622	83,4	651	3,7
20-29	430 999	44 785	20 916	46,7	17 138	81,9	912	4,4
30-39	405 771	41 978	19 980	47,6	16 374	82,0	886	4,4
40-49	373 927	40 934	20 198	49,3	16 843	83,4	848	4,2
50-59	351 358	37 074	18 529	50,0	15 372	83,0	877	4,7
60-69	244 933	23 327	11 887	51,0	9 737	81,9	532	4,5
70-79	154 011	12 928	6 836	52,9	5 612	82,1	260	3,8
80-89	99 175	7 248	3 962	54,7	3 148	79,5	145	3,7
90 et plus	50 553	2 974	1 756	59,0	1 347	76,7	59	3,4
Inconnu	844	93	33	35,5	29	87,9	1	3,0
Tous	2 469 761	255 785	127 401	49,8	104 799	82,3	5 389	4,2

* Parmi les tests positifs.

** Parmi les PCR de criblage.

- Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les **départements métropolitains**, la proportion du variant 20I/501Y.V1 était supérieure à 80% dans 67 départements et **supérieure à 90% dans 23** d'entre eux (Figure 11).
- En métropole, **quatre départements** avaient une **proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 supérieure à 10%**. Cette proportion a particulièrement augmenté dans la Creuse (30,5% vs 11,1% en S14) et en Haute-Saône (17,0% vs 5,0% en S14). Elle a diminué en Moselle (18,5% vs 25,9% en S14) et est restée stable dans les Vosges (10,2% vs 10,9% en S14) (Figure 11).
- Dans les territoires d'outre-mer où les données sont interprétables, une **forte proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** était observée en Guyane (80,3%) et à La Réunion (57,3%). On note toujours une **forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1** en Martinique (98,7%) et en Guadeloupe (95,9%) (Figures 11 et 12).

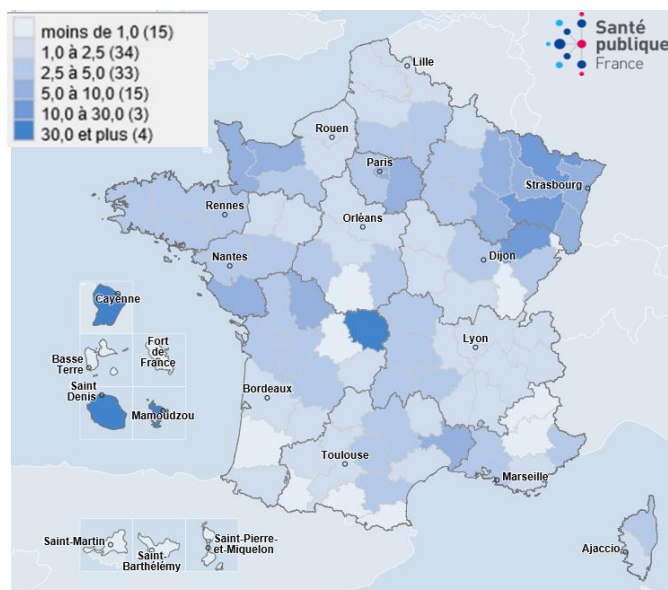
Figure 11. Proportion (%) de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1 parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 21 avril 2021)



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

Source : SI-DEP

Figure 12. Proportion (%) de suspicions de variant préoccupant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 21 avril 2021)



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

Source : SI-DEP

IMPACT DES MESURES DE RESTRICTIONS SANITAIRES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

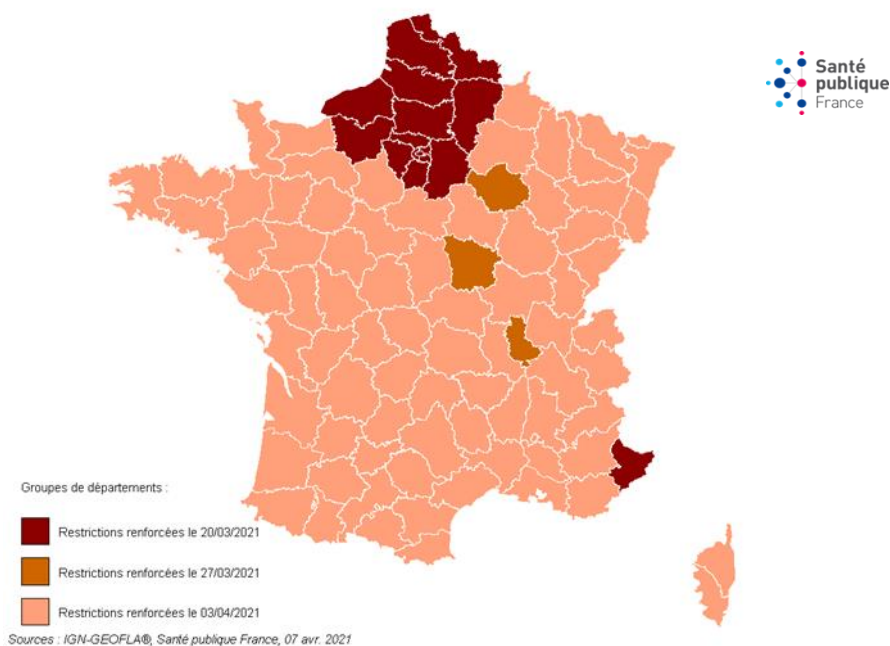
Le 20 mars 2021, des mesures de restrictions sanitaires renforcées ont été mises en place dans 16 départements (21,2 millions d'habitants). Ces mesures ont été élargies à trois autres départements le 27 mars (2,4 millions d'habitants) et ont été étendues le 03 avril 2021 à l'ensemble de la France métropolitaine (41,3 millions d'habitants).

Dans ce contexte, cette analyse vient fournir des éléments descriptifs sur l'évolution de l'incidence des cas confirmés dans ces trois groupes de départements. Les travaux préalablement réalisés dans le cadre de l'étude Impact¹ suite à la mise en place des mesures de freinage en octobre 2020, ainsi que les données disponibles dans la littérature, montrent que l'effet d'une mesure sur l'évolution des indicateurs épidémiologiques est observable *a minima* 7 à 10 jours après sa mise en place.

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

- groupe 1 : 16 départements avec mesures de restrictions renforcées à partir du 20 mars 2021 ;
- groupe 2 : 3 départements avec mesures de restrictions renforcées à partir du 27 mars 2021 ;
- groupe 3 : 77 départements avec mesures de restrictions renforcées à partir du 03 avril 2021.

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



Une correction a été appliquée aux taux d'incidence et de dépistage des semaines incluant un jour férié (notamment S14) afin de prendre en compte l'effet sur l'activité de dépistage. La méthodologie a été présentée dans le [Point épidémiologique du 15 avril 2021](#) et une [note méthodologique](#) la décrivant plus précisément est disponible sur le site internet de Santé publique France.

Les données de la semaine 14 (taux d'incidence et de dépistage) présentées dans ce chapitre ont été corrigées pour prendre en compte l'effet du jour férié.

¹ Spacciferri Guillaume, Larrieu Sophie, Pouey Jérôme, et al. Early assessment of the impact of mitigation measures to control COVID-19 in 22 French metropolitan areas, October to November 2020. Euro Surveill. 2020;25(50):pii=2001974 <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.50.2001974>

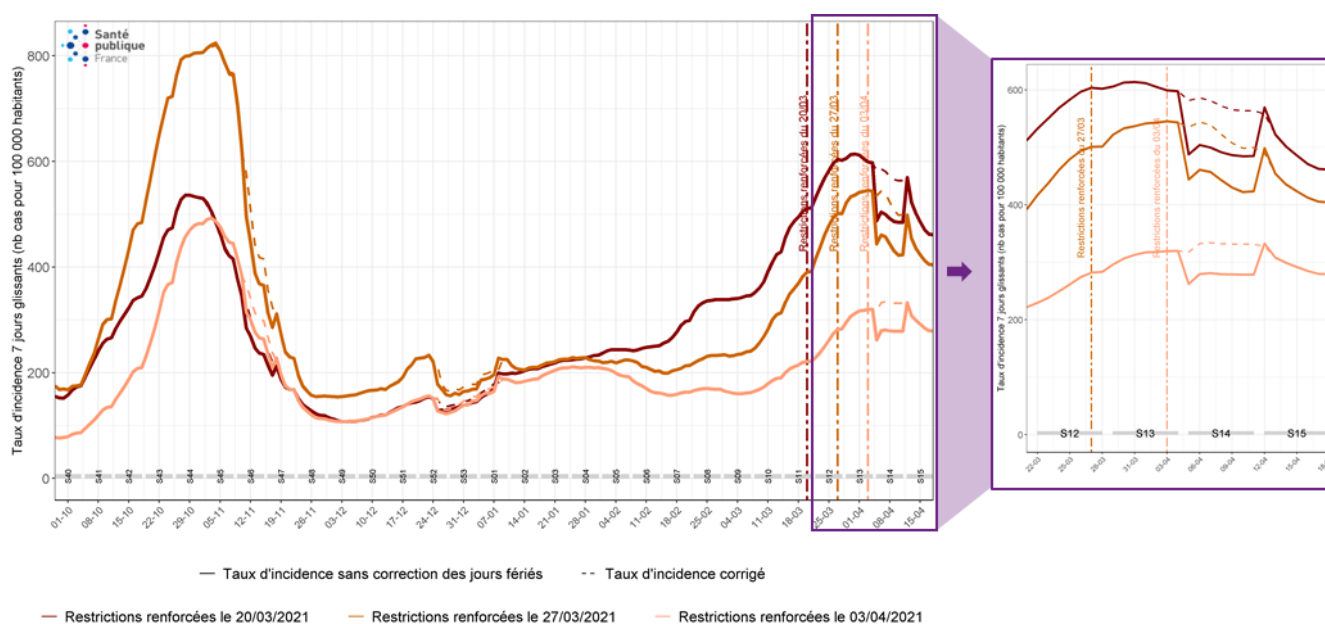
- Dans le **groupe 1**, le taux d'incidence s'est stabilisé en S13 avant d'amorcer une baisse en S14 (-6 %). En S15 (du 12 au 18 avril), cette diminution s'est poursuivie (-18 %), mais l'incidence est restée à un niveau très élevé (461/100 000 hab.) (Figure 14, Tableau 2).
- Dans le **groupe 2**, le taux d'incidence s'est stabilisé en fin de S13 avant d'amorcer une baisse en S14 (-8 %). En S15 (du 12 au 18 avril), cette diminution s'est poursuivie (-19 %) mais l'incidence est restée à un niveau très élevé (404/100 000 hab.) (Figure 14, Tableau 2).
- Dans le **groupe 3**, le taux d'incidence s'est stabilisé en S14. En S15 (du 12 au 18 avril), il a diminué (-16 %) mais est resté à un niveau élevé (279/100 000 hab.) (Figure 14, Tableau 2).
- **Depuis la S14, une forte diminution de l'activité de dépistage est observée dans les trois groupes de départements** (Figure 15). En S15, cette baisse est de 22 % pour les groupes 1 et 3 et de 28% pour le groupe 2 (Tableau 2).

Tableau 2. Variations hebdomadaires du taux d'incidence des cas confirmés et du taux de dépistage par groupe de départements, semaines 12 à 15, France métropolitaine (données au 21 avril 2021)

Groupe	Taux d'incidence pour 100 000 hab.				Évolution relative du taux d'incidence (%)			Taux de dépistage pour 100 000 hab.				Évolution relative du taux de dépistage (%)		
	S12	S13	S14*	S15	S13 vs S12	S14* vs S13	S15 vs S14*	S12	S13	S14*	S15	S13 vs S12	S14* vs S13	S15 vs S14*
	Groupe 1	602	598	564	461	-1%	-6%	-18%	6 065	6 822	5 284	4 098	12%	-23%
Groupe 2	501	544	500	404	8%	-8%	-19%	5 509	6 409	4 845	3 497	16%	-24%	-28%
Groupe 3	283	320	332	279	13%	4%	-16%	4 349	5 103	4 238	3 296	17%	-17%	-22%

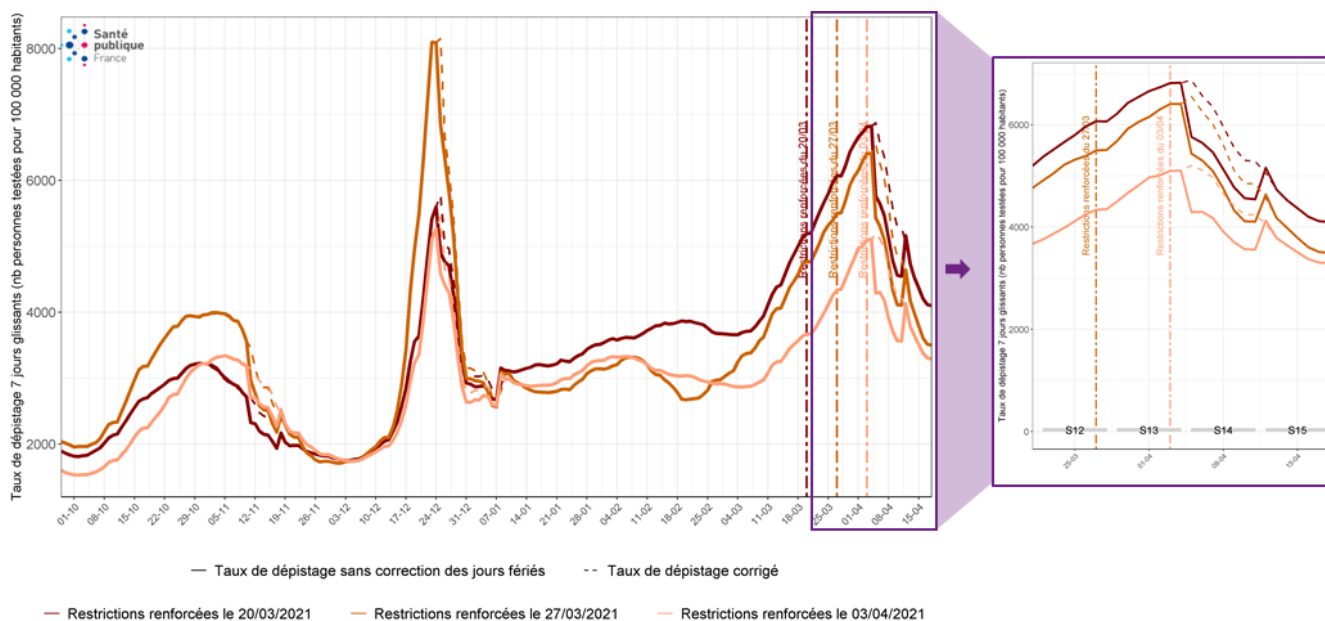
*Données corrigées

Figure 14. Évolution du taux d'incidence sur sept jours glissants par groupe de départements, du 28 septembre 2020 au 18 avril 2021, France métropolitaine (données au 21 avril 2021)



Source : SI-DEP

Figure 15. Évolution du taux de dépistage sur 7 jours glissants par groupe de départements, du 28 septembre 2020 au 18 avril 2021, France métropolitaine (données au 21 avril 2021)



Source : SI-DEP

Conclusion

En S15, les taux d'incidence estimés pour les trois groupes de départements se situent toujours à des niveaux très élevés (461/100 000 hab. pour le groupe 1, 404/100 000 hab. pour le groupe 2 et 279/100 000 hab. pour le groupe 3).

Dans le groupe de départements où les mesures renforcées ont été mises en place à partir du 20 mars 2021 (groupe 1), le taux d'incidence des cas confirmés est en diminution depuis la fin de la semaine 13 (du 29 mars au 04 avril). Le taux d'incidence est en diminution depuis la semaine 14 dans le groupe de départements où ces mesures ont été mises en place le 27 mars 2021. Dans le dernier groupe, où les mesures ont été appliquées le 03 avril 2021, le taux d'incidence est en diminution en semaine 15.

L'évolution favorable de la circulation virale dans les trois groupes de départements observée 7 à 10 jours après la mise en place des mesures est compatible avec l'hypothèse d'un effet bénéfique de celles-ci. Cette évolution est toutefois à mettre en regard de la baisse observée du taux de dépistage, plus importante que celle du taux d'incidence, pouvant biaiser la tendance évolutive vers une stabilisation voire une amélioration qui ne correspondrait pas à la réalité. Sur les derniers jours de données disponibles, les taux d'incidence et de dépistage semblent se stabiliser dans les trois groupes de départements. L'évolution de ces indicateurs dans les prochains jours permettra d'observer si ces tendances se confirment.

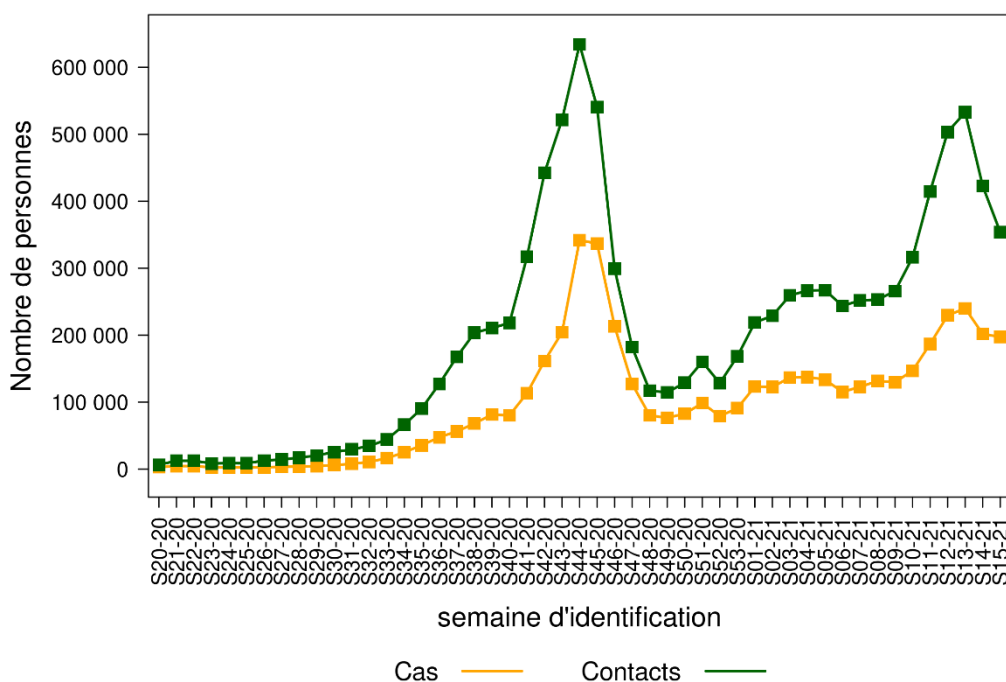
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

Le suivi des personnes-contacts des cas de SARS-CoV-2 vise à : 1- limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas ; 2 - détecter et briser les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes-contacts à risque et leur isolement ; 3- repérer d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle. Cette stratégie repose sur une organisation en trois niveaux mobilisant les professionnels de santé de médecine de ville et des établissements de santé, l'Assurance maladie et les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France. Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale de l'assurance maladie) dans le cadre des actions de suivi des contacts (base de données individuelles ContactCovid) complètent les données de surveillance pour évaluer la situation épidémiologique. Les personnes-contacts identifiées dans ContactCovid peuvent être appelées, ou uniquement contactées via un SMS renvoyant vers une page Internet dédiée, contenant les informations utiles sur les mesures sanitaires à respecter et sur leurs droits. La [définition des contacts à risque](#) est disponible sur le site de Santé publique France.

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

- En semaine 15, le **nombre total de nouveaux cas était stable** par rapport à la semaine précédente (197 334 cas, soit -2,2%) et le **nombre de personnes-contacts à risque a nettement diminué** (353 868 personnes-contacts, soit -16,3%) (Figure 16).
- L'âge moyen des cas et des personnes-contacts à risque **était stable** par rapport à la semaine précédente (39 ans pour les cas et 31 ans pour les personnes-contacts à risque). Parmi les personnes-contacts à risque, **la part des 65 ans et plus était également stable**, s'établissant à 6,1% (vs 5,9% en S14).

Figure 16. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine, du 13 mai 2020 au 18 avril 2021, France

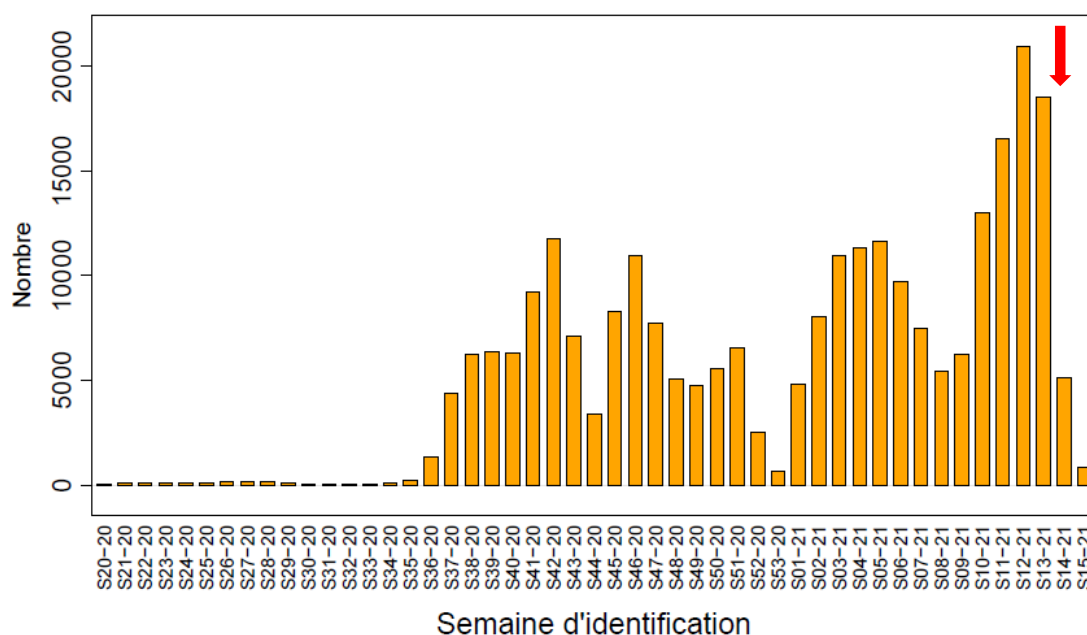


* Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique. En raison des modalités du contact-tracing dans le département de Mayotte, les données de ContactCovid entre S02-2021 et S12-2021 n'incluent pas ce département.

Source : ContactCovid – Cnam

- 834 cas ayant eu un **lien avec le milieu scolaire** ont été rapportés en S15, soit -83% par rapport à S14, en lien avec la mise en place de l'enseignement à distance le 06 avril puis les vacances scolaires (Figure 17). 42% de ces cas étaient des adolescents âgés de 10 à 18 ans et 42% étaient âgés de plus de 18 ans.

Figure 17. Nombre de cas rapportés ayant fréquenté un milieu scolaire (avant ou après le début des signes), par semaine, du 13 mai 2020 au 18 avril 2021, France



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

Source : ContactCovid - Cnam

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

- En S15, la **proportion de cas (93%) et de personnes-contacts à risque (91%) ayant pu être investigués par l'Assurance maladie était revenue à un niveau élevé** (vs 90% et 86% en S14).

- 25,5% des personnes-contacts à risque ont été investiguées *via* le site Internet dédié (vs 31,7% en S14), sans être appelées directement.

► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En S15, 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 58,5% des cas), **le délai moyen de diagnostic était stable à 2,0 jours** (vs 2,1 jours en S14). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

- Après quatre semaines d'augmentation, le délai entre l'enregistrement d'une personne-contact à risque dans ContactCovid et le dernier contact de cette personne avec son cas index était en diminution, s'établissant à 3,1 jours en S15 (vs 3,3 jours en S14).

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

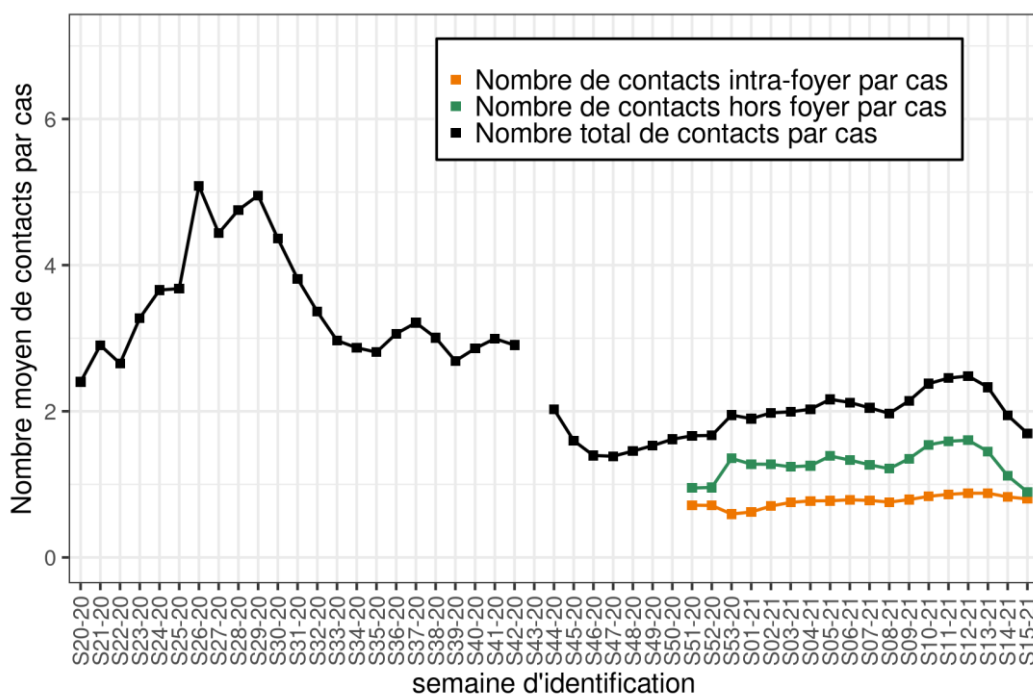
● En S15, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était en diminution pour la troisième semaine consécutive, s'établissant à 1,7 (vs 2,5 en S12 et 1,9 en S14), mais il restait plus élevé que lors du deuxième confinement de novembre (1,4 en S46-2020). Cette diminution concernait davantage les personnes-contacts à risque vivant hors du foyer du cas (0,9 vs 1,6 en S13 et 1,1 en S14) que les personnes-contacts à risque partageant le même foyer (0,8 vs 0,9 en S13 et 0,8 en S14) (Figure 18).

● Le pourcentage de cas ne rapportant aucune personne-contact à risque était en augmentation à 44,8% (vs 43,5% en S14). Cette situation représentait 65,0% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 39,0% des cas âgés de 15 à 44 ans.

● Le pourcentage de cas rapportant plus de cinq personnes-contacts à risque était en diminution à 6,7% (vs 8,9% en S14). Cette situation représentait seulement 2,1% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 8,6% des cas âgés de 15 à 44 ans.

● Le nombre de personnes-contacts par cas était en moyenne plus faible parmi les cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque en comparaison de ceux qui n'étaient pas dans une chaîne de transmission connue (1,0 vs 2,0).

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



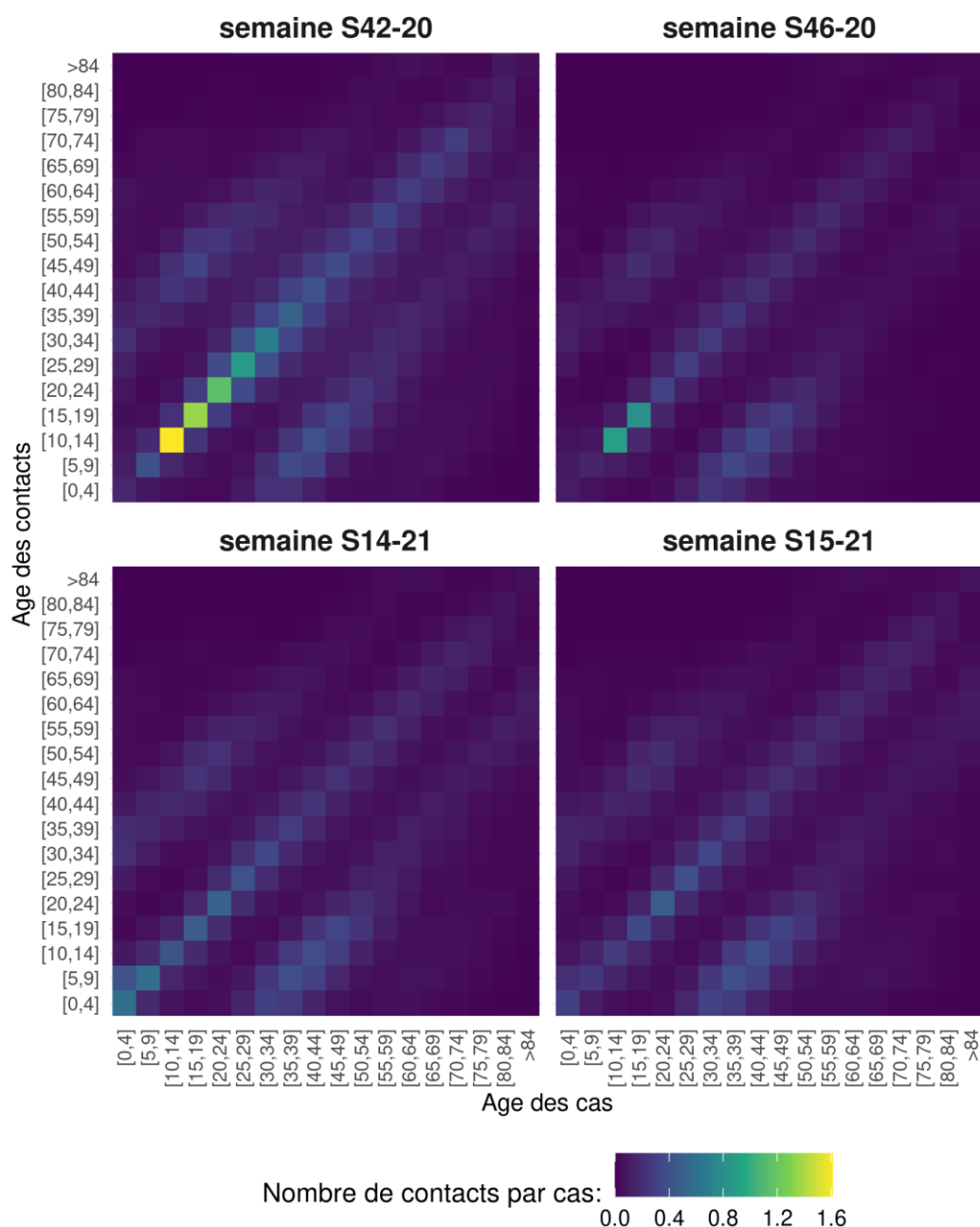
Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020. Les données sur le caractère intra-foyer des contacts à risque ne sont estimables qu'à partir de S51-2020. S15-2021 : valeur non consolidée.

Source : ContactCovid - Cnam

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

- Les cas âgés de moins de 65 ans avaient peu de contacts avec des personnes âgées de 65 ans et plus (<7,8%). À l'inverse, plus de 30,4% des personnes-contacts des cas de plus de 65 ans avaient elles-mêmes plus de 65 ans ; cela représente une augmentation par rapport à la semaine précédente (25,1%).
- En S15, même si la baisse est plus marquée chez les moins de 20 ans, le nombre de contacts à risque a diminué par rapport à S14 pour toutes les classes d'âge (Figure 19).

Figure 19. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts, pour les semaines 42-2020 (semaine de début d'un couvre-feu dans certains territoires), 46-2020 (deuxième confinement), 14 et 15-2021, France



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

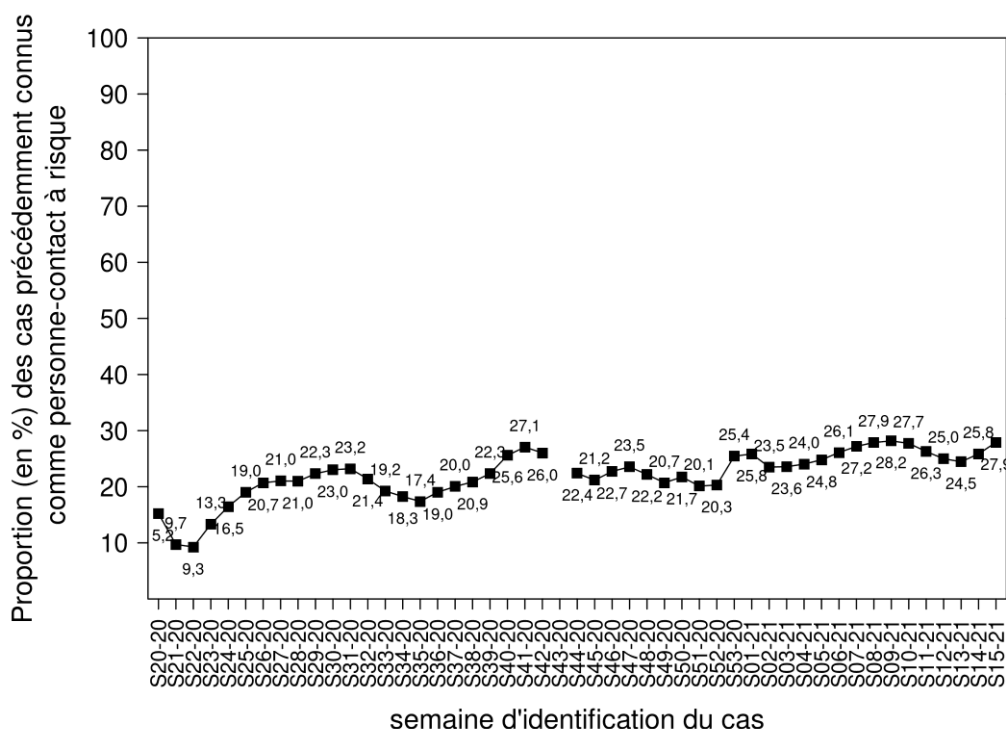
Valeurs calculées quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.

Source : ContactCovid – Cnam

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

- Pour la deuxième semaine consécutive, la **proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque d'un autre cas était en augmentation** (27,9% en S15 vs 25,8% en S14 ; Figure 20).
- Après trois semaines de diminution, la **proportion des personnes-contacts devenues des cas a augmenté** à 10,9% (personnes-contacts identifiées en S14, valeur non consolidée), contre 10,0% en S13 (valeur consolidée). Ce nombre était **plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques** (12,8%) que de cas asymptomatiques (7,0%), et **lorsque leur cas index appartenait au même foyer qu'elles** (17,8%) que lorsque cela n'était pas le cas (6,6%).

Figure 20. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 18 avril 2021, France



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

Source : ContactCovid - Cnam

► Mobilité des cas et des personnes-contacts

- En S15, le **pourcentage de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence habituelle était stable à 2,1%**.
- Le pourcentage de cas ayant voyagé hors de France était stable à 0,7%.

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

• Du 1^{er} mars 2020 au 18 avril 2021, **30 544** signalements d'un ou plusieurs cas de COVID-19 biologiquement confirmés ou non ont été déclarés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à Santé publique France via le [portail national des signalements](#) du ministère de la Santé (Tableau 3).

• Il s'agissait de **18 542 (61%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (Ehpad et autres EHPA) et **12 002 (39%) dans les autres ESMS** (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 3).

• Parmi les 30 544 signalements en ESMS, **206 094 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents (Tableau 3). Parmi les **26 184 décès survenus dans les établissements**, 25 913 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 3. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'ESMS, chez les résidents et le personnel, rapportés entre le 1^{er} mars 2020 et le 18 avril 2021, France

		EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
	Signalements ⁵	18 542	8 727	1 119	2 156	30 544
	Cas confirmés ⁶	174 747	25 294	1 515	4 538	206 094
Chez les résidents	Décès ⁷ hôpitaux	10 369	476	0	131	10 976
	Décès ⁷ établissements	25 913	215	0	56	26 184
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	86 865	18 915	1 569	2 003	109 352

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

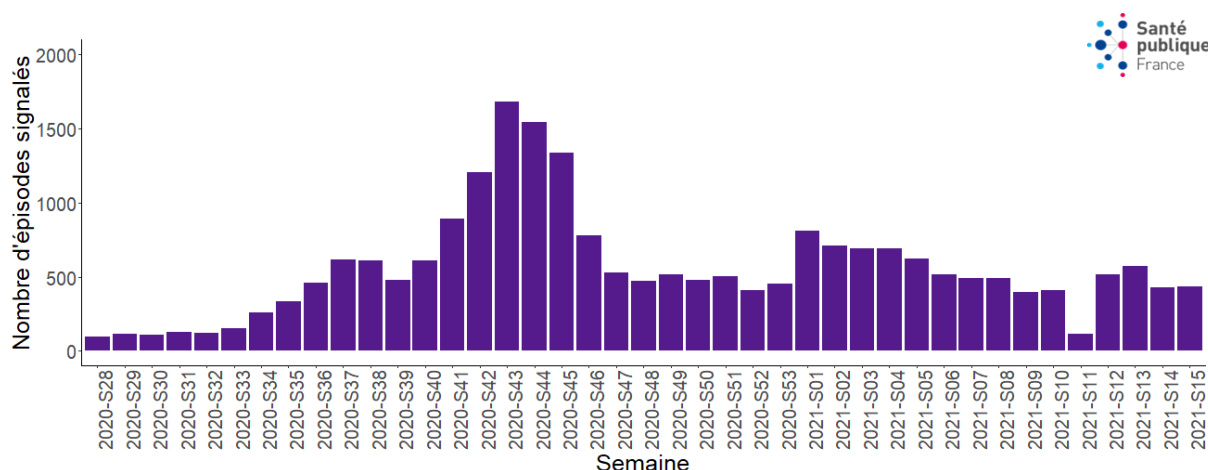
⁶ Cas de COVID-19 biologiquement confirmés

⁷ Cas possibles et confirmés décédés

• **De la semaine 05 à la semaine 09-2021, une diminution du nombre de signalements a été observée.** Depuis, une stabilisation est constatée.

En semaines 14 et 15-2021, 426 et 432 signalements ont été, respectivement, enregistrés. À noter que les données de la semaine 15 ne sont pas consolidées (Figure 21).

Figure 21. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 en ESMS, par date de début des signes du premier cas, entre le 06 juillet 2020 et le 18 avril 2021, France



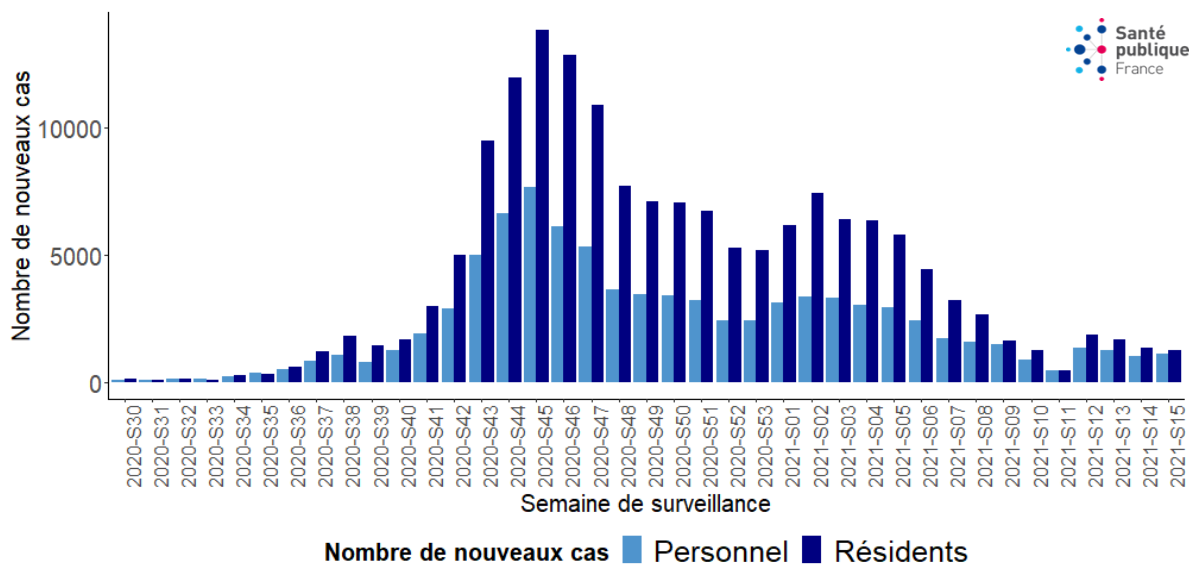
S11 : le déploiement de la nouvelle application permettant la collecte des données a entraîné une sous-déclaration cette semaine.

S12 et S13 : rattrapage de la sous-déclaration des épisodes en S11.

S15 : données non consolidées.

- Le nombre de cas confirmés a augmenté en semaines 01 et 02-2021 puis s'est stabilisé autour de 9 300 cas jusqu'à début février. **Depuis la semaine 06, le nombre de cas confirmés a diminué et depuis la semaine 10-2021 une stabilisation est constatée.** En semaines 14 et 15, 2 324 et 2 342 cas ont été respectivement enregistrés. À noter que les données de la semaine 15 ne sont pas consolidées (Figure 22).

Figure 22. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 18 avril 2021, France

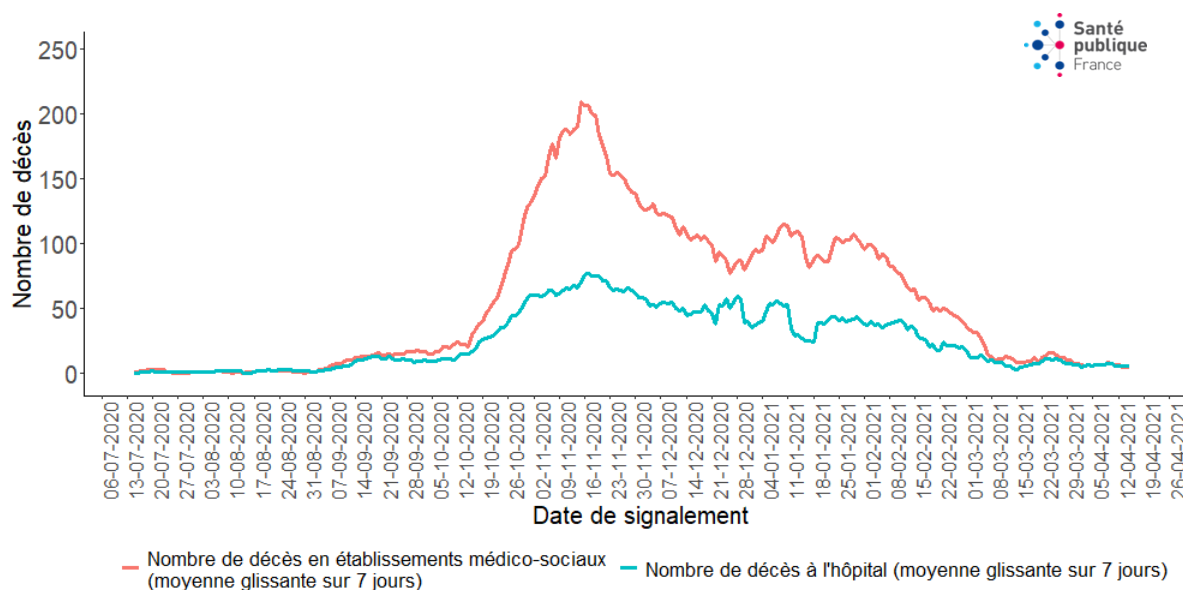


S12 : rattrapage d'une sous-déclaration des cas en S11 en raison du déploiement de la nouvelle application permettant la collecte des données.
S15 : données non consolidées.

- Une diminution du nombre de décès en établissement** est observée depuis la semaine 05-2021. En semaine 15, **34 décès** ont été enregistrés (données non consolidées).

- Le nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur sept jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès dans l'ensemble des ESMS **semble se stabiliser pour les décès en établissement et ceux à l'hôpital** depuis plusieurs semaines (Figure 23).

Figure 23. Nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents en ESMS, par date de signalement du décès, rapportés entre le 15 juillet 2020 et le 18 avril 2021, France*



*Dernières données de décès le 15 avril 2021 pour l'estimation de la moyenne glissante sur 7 jours.

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **455 473 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 20 avril 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période) (Figure 24).

- **En semaine 15** (du 12 au 18 avril 2021), **11 300 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (vs 12 564 passages en S14, soit -10%). Il s'agit de la première semaine de baisse après une étape de stabilisation la semaine précédente (Figure 24).

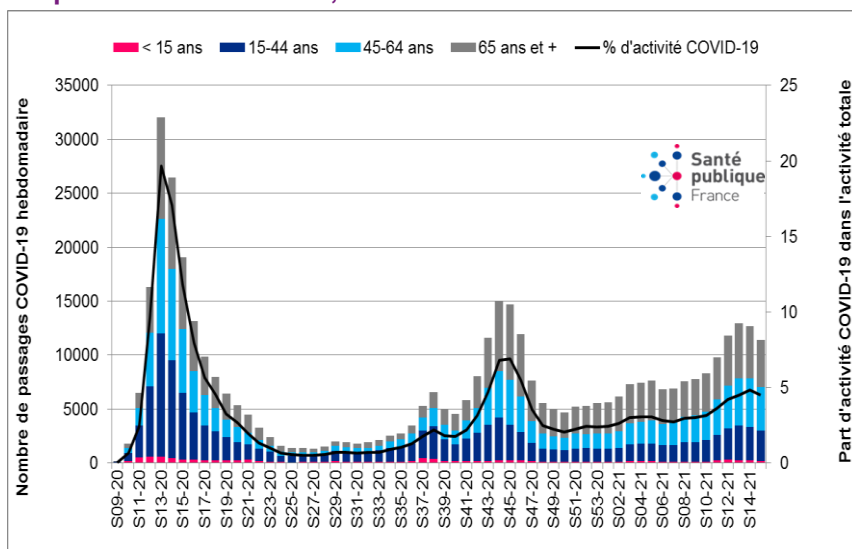
- La part d'activité (4,4% en S15 vs 4,8% en S14) était en baisse, tandis que le pourcentage d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 (56% en S15 et S14) est resté stable.

- Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en forte baisse chez les enfants de moins de 15 ans (-28%, soit -63 passages), baisse moins marquée chez les adultes (-10% soit -1 200 passages). La répartition du nombre de passages par classe d'âge restait néanmoins comparable à la semaine précédente : 0-4 ans (1%), 5-14 ans (1%), 15-44 ans (25%), 45-64 ans (35%), 65-74 ans (18%), 75 ans et plus (20%) (Figure 24).

- Au niveau régional, les passages pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en baisse dans toutes les régions.

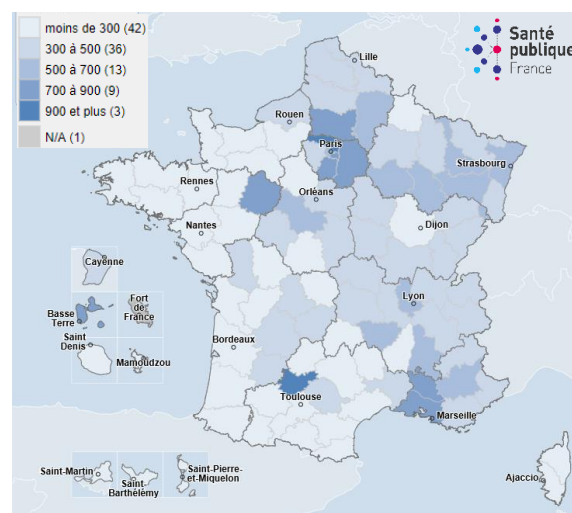
- En semaine 15, comme au cours des semaines précédentes, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité était enregistrée en Île-de-France (29%), Auvergne-Rhône-Alpes (13%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (12%).

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



Source : OSCOUR®

Figure 25. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 15-2021, France



Source : OSCOUR®

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

NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori¹, avec une fenêtre temporelle mobile de sept jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP, des passages aux urgences (OSCOUR[®]) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. Les estimations des nombres de reproduction sont obtenues à partir des données virologiques (SI-DEP) non corrigées.

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

- **L'estimation du nombre de reproduction effectif en France métropolitaine était significativement inférieure à 1 à partir des trois sources de données.** Ainsi, au 17 avril, à partir des données virologiques (SI-DEP), elle était de **0,95** (IC95% [0,95-0,95]). À partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR[®]), l'estimation du nombre de reproduction au 17 avril était de **0,94** (IC95% [0,92-0,95]). Au 18 avril, celle obtenue à partir des données d'hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) était de **0,95** (IC95% [0,94-0,97]) (Tableau 4 et Figure 26).

► Régions métropolitaines

- Au 17 avril 2021, les estimations des nombres de reproduction à partir des données virologiques SI-DEP étaient significativement supérieures à 1 dans deux régions métropolitaines : Bretagne et Pays de la Loire (Tableau 4). Les régions Centre-Val de Loire et Corse avaient des estimations supérieures à 1 mais de façon non significative.

- À partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR[®]), les estimations des nombres de reproduction au 17 avril étaient supérieures à 1 de façon non significative en Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire (Tableau 4).

- À partir des hospitalisations de patients COVID-19 rapportées dans SI-VIC, l'estimation du nombre de reproduction au 18 avril était supérieure à 1 mais non significativement dans six régions métropolitaines : Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse, Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire (Tableau 4).

- Les estimations du nombre de reproduction étaient significativement inférieures à 1 à partir des trois sources de données dans quatre régions métropolitaines : Hauts-de-France, Île-de-France, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

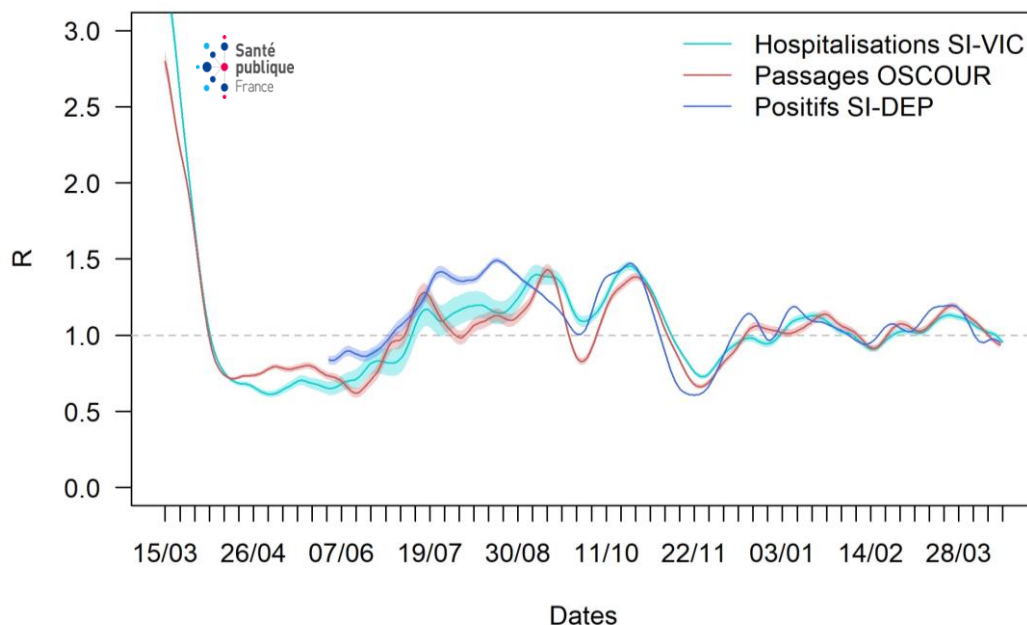
► Régions d'outre-mer

- Au 17 avril, les estimations du nombre de reproduction étaient **significativement supérieures à 1 en Guadeloupe et en Guyane** à partir des tests PCR ou des tests antigéniques positifs (SI-DEP) et de façon non significative à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR[®]) (Tableau 4).

- Le nombre de reproduction estimé excédait 1 mais non significativement à La Réunion et en Martinique à partir des hospitalisations rapportées dans SI-VIC.

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

Figure 26. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP), des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), du 15 mars 2020 au 18 avril 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 4. Nombre de reproduction effectif du 17 avril 2021 à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), et nombre de reproduction effectif du 18 avril 2021 à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), par région, France

Territoire	Région	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	0,95 (0,94-0,96)	0,91 (0,87-0,96)	0,97 (0,93-1,02)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,96 (0,94-0,98)	0,97 (0,89-1,06)	1,05 (0,96-1,14)
	Bretagne	1,05 (1,03-1,08)	0,94 (0,83-1,05)	1,02 (0,91-1,14)
	Centre-Val de Loire	1,00 (0,98-1,03)	1,02 (0,92-1,12)	1,07 (0,98-1,17)
	Corse	1,07 (0,98-1,16)	0,88 (0,60-1,21)	1,06 (0,72-1,47)
	Grand Est	0,98 (0,96-0,99)	0,93 (0,87-1,00)	0,95 (0,89-1,01)
	Hauts-de-France	0,95 (0,94-0,96)	0,90 (0,85-0,96)	0,86 (0,81-0,91)
	Île-de-France	0,92 (0,91-0,93)	0,94 (0,91-0,97)	0,94 (0,90-0,97)
	Normandie	0,97 (0,96-0,99)	0,92 (0,83-1,02)	0,98 (0,90-1,07)
	Nouvelle-Aquitaine	0,99 (0,97-1,01)	1,01 (0,93-1,09)	1,03 (0,95-1,12)
	Occitanie	0,94 (0,92-0,95)	0,92 (0,85-0,99)	0,92 (0,85-0,99)
	Pays de la Loire	1,02 (1,00-1,04)	1,02 (0,93-1,12)	1,04 (0,95-1,13)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,91 (0,90-0,92)	0,92 (0,87-0,97)	0,93 (0,88-0,98)
	France métropolitaine	0,95 (0,95-0,95)	0,94 (0,92-0,95)	0,95 (0,94-0,97)
France ultramarine	Guadeloupe	1,26 (1,18-1,35)	1,12 (0,92-1,33)	0,83 (0,60-1,11)
	Guyane	1,35 (1,24-1,46)	1,05 (0,78-1,36)	0,82 (0,52-1,18)
	La Réunion	0,97 (0,91-1,03)	0,84 (0,66-1,04)	1,18 (0,94-1,44)
	Martinique	0,93 (0,87-1,00)	NA	1,18 (0,95-1,44)
	Mayotte	0,95 (0,80-1,11)	NC	NC

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

Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

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

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

► Hospitalisations, admissions en services de soins critiques, décès

Patients actuellement hospitalisés et nombre total de décès

- Le 20 avril 2021, **31 147 patients COVID-19 étaient hospitalisés en France** (vs **31 287** le 13 avril, soit -0,4%) (Figure 27), dont :
 - **6 000 en services de soins critiques** (vs **5 969** le 13 avril, soit +0,5%) (Figure 28). Parmi ceux-ci, **4 546** étaient en services de **réanimation** et 1 454 dans d'autres services de soins critiques (soins intensifs ou soins continus) ;
 - **17 187** en hospitalisation conventionnelle (soit -2%) ;
 - **7 416** en soins de suite et réadaptation et **544** en autres unités de soins.

Figure 27. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 20 avril 2021)

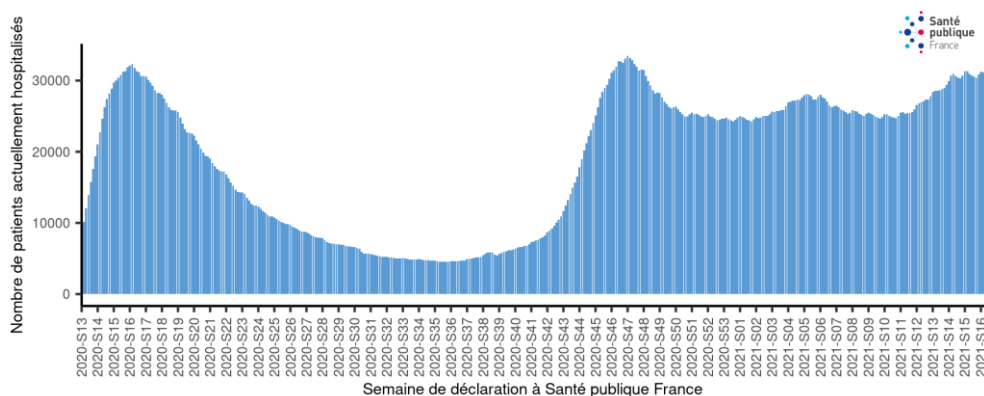
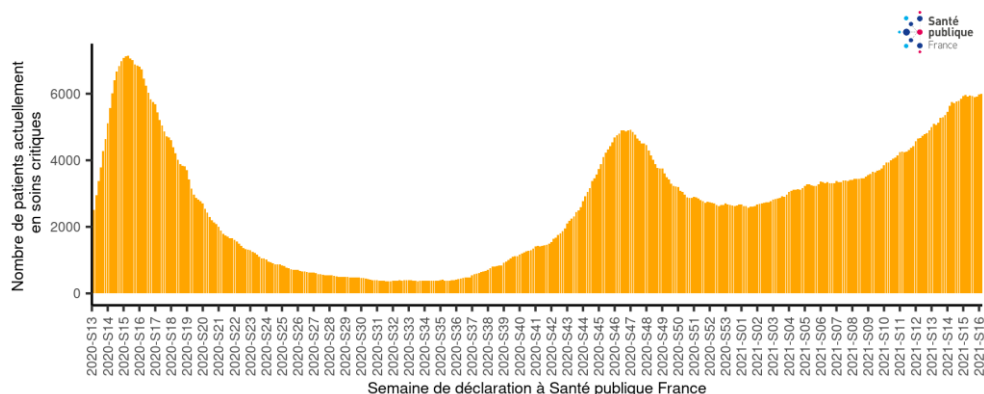


Figure 28. Nombre de patients COVID-19 en services de soins critiques, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 20 avril 2021)



- Parmi les **430 835 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars 2020 (Tableau 5) :
 - l'âge médian des patients était de 73 ans et 52% étaient des hommes ;
 - **75 413** patients sont décédés : 74% étaient âgés de 75 ans et plus et 58% étaient des hommes.

Tableau 5. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en services de soins critiques) le 20 avril 2021 et nombre de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

	Le 20 avril 2021				Depuis le 1 ^{er} mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Soins Critiques		Décès	
	N	%	N	%	N	%
Total	31 147		6 000		75 413	
Classes d'âge *						
Total	30 885		5 956		75 014	
0-14 ans	85	<1	15	<1	5	<1
15-44 ans	1 942	6	463	8	528	<1
45-64 ans	7 438	24	2 343	39	5 973	8
65-74 ans	7 644	25	2 283	38	12 650	17
75 et +	13 776	45	852	14	55 858	74
Régions *						
Total	31 086		5 984		75 384	
Métropole						
Auvergne-Rhône-Alpes	3 909	13	698	12	10 627	14
Bourgogne-Franche-Comté	1 391	4	209	3	4 415	6
Bretagne	818	3	131	2	1 439	2
Centre-Val de Loire	1 145	4	211	4	2 399	3
Corse	92	<1	16	<1	183	<1
Grand Est	2 662	9	499	8	9 415	12
Hauts-de-France	3 601	12	708	12	8 024	11
Île-de-France	8 131	26	1 801	30	18 262	24
Normandie	1 543	5	225	4	2 908	4
Nouvelle-Aquitaine	1 347	4	261	4	3 405	5
Occitanie	1 851	6	400	7	3 988	5
Pays de la Loire	912	3	148	2	2 429	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 219	10	564	9	7 231	10
Outre-mer						
La Réunion	151	<1	40	<1	152	<1
Martinique	121	<1	31	<1	68	<1
Mayotte	16	<1	6	<1	124	<1
Guadeloupe	123	<1	22	<1	223	<1
Guyane	54	<1	14	<1	92	<1

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

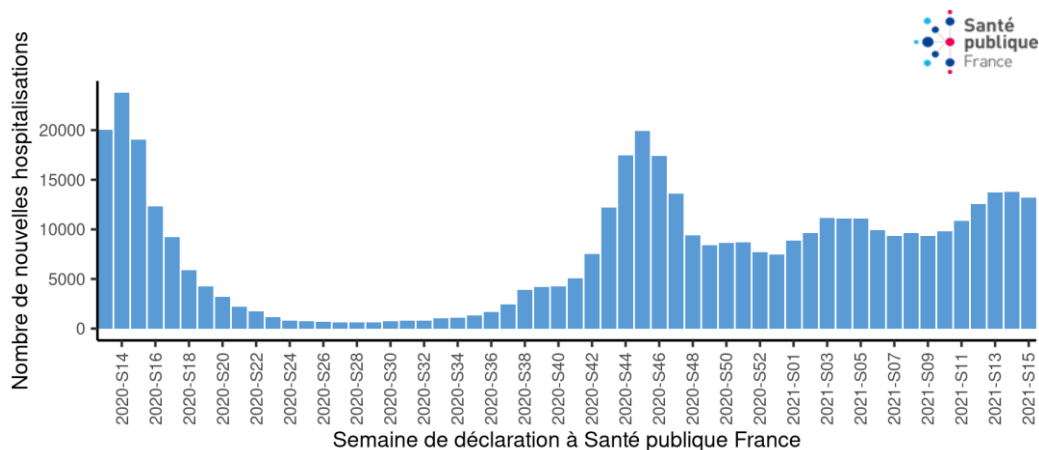
Source : SI-VIC

Nouvelles hospitalisations et nouveaux décès

La comparaison des données de S15 avec S14 est interprétable. En effet, la forte sous-déclaration des hospitalisations observée le lundi férié du 05 avril a été rattrapée les jours suivants de cette même semaine 14.

- Après une augmentation entre S10 et S13 et une stabilisation en S14, le nombre de déclarations de nouvelles hospitalisations a légèrement diminué en S15 : **13 194** en S15 vs **13 754** en S14, soit **-4%** (Figure 29). En S15, 89% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

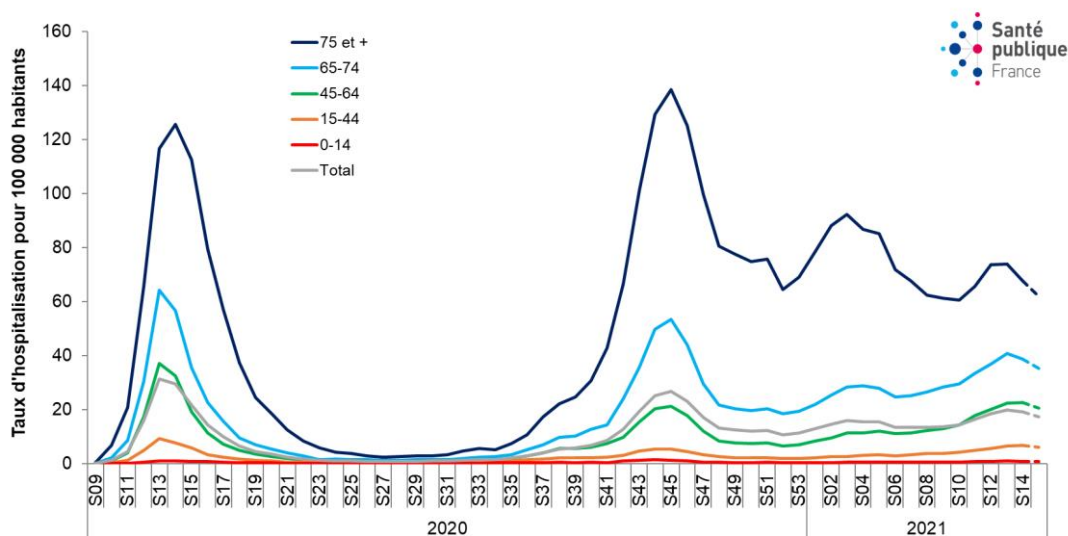
Figure 29. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 18 avril 2021)



- Après consolidation, les **données par date d'admission à l'hôpital** montrent que le nombre de nouvelles hospitalisations s'est stabilisé en S14 (-3% par rapport à S13 vs +8% entre S12 et S13). Les données de S15 (-9% par rapport à S14) ne sont pas encore consolidées.

- 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 15-74 ans** jusqu'en S13 puis s'est stabilisé en S14. **Chez les 75 ans et plus**, il avait nettement diminué entre S03 et S10 (de 92,3 pour 100 000 en S03 à 60,5 en S10) avant d'augmenter à nouveau en S11 et S12 pour se stabiliser en S13 (74,0). Une diminution s'est amorcée en S14 (67,7). Les données de S15 ne sont pas encore consolidées (Figure 30).

Figure 30. Taux de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés par semaine et par classe d'âge selon la date d'admission, depuis le 02 mars 2020, France (données au 20 avril 2021)



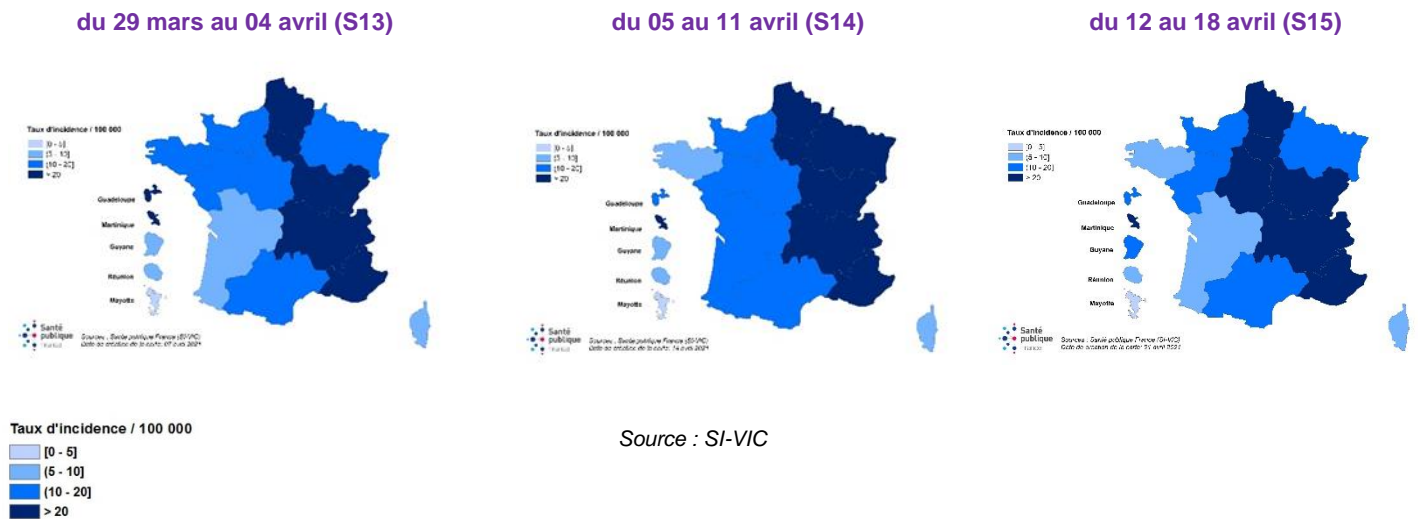
- En S15, le **taux hebdomadaire** d'hospitalisations par date de déclaration était de **19,7/100 000 habitants**, vs 20,5 en S14.

- En France métropolitaine en S15, le taux hebdomadaire d'hospitalisations était en **augmentation en Centre-Val de Loire (+12%), Pays de la Loire (+8%) et Bourgogne-Franche-Comté (+4%)**. Il était stable ou en diminution dans les autres régions métropolitaines.

- Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Île-de-France (29,3/100 000 habitants), Provence-Alpes-Côte d'Azur (26,7), Bourgogne-Franche-Comté (22,5), Hauts-de-France (22,4), Auvergne-Rhône-Alpes (21,3) et Centre-Val de Loire (20,2)**. Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 19,4 pour 100 000 habitants (Figure 31).

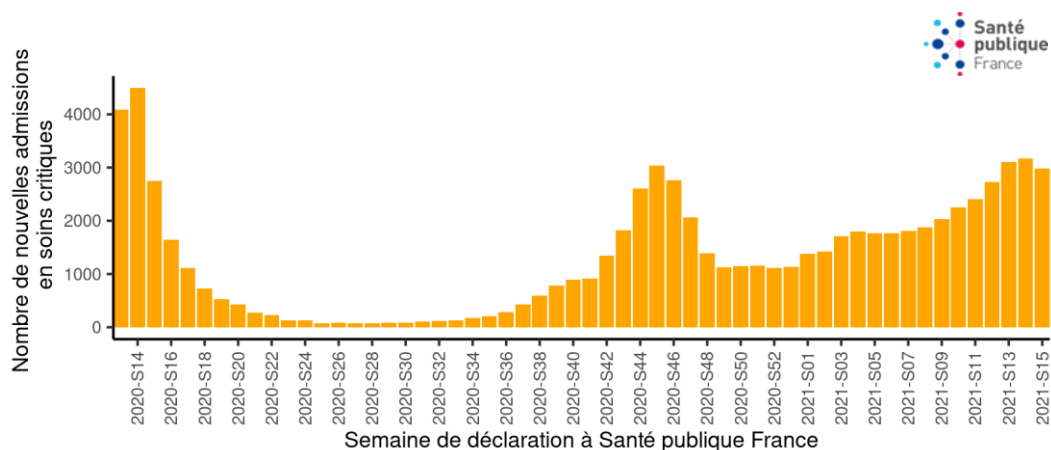
- **En Outre-mer, le plus fort taux d'hospitalisations** était observé en **Martinique (20,1/100 000 habitants)**, en baisse par rapport à S14 (-8%, soit -6 hospitalisations). **Le taux hebdomadaire d'hospitalisations** était en augmentation en Guadeloupe (+17%, soit +8 hospitalisations) et en Guyane (+14%, soit +4 hospitalisations). Il était stable à La Réunion (-1 hospitalisation) et en baisse à Mayotte (-5 hospitalisations).

Figure 31. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 29 mars au 18 avril 2021 (S13 à S15, date de déclaration), France



- Après avoir augmenté depuis S08, le nombre de déclarations de **nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19** a diminué en S15 : **2 980** contre **3 175** en S14, soit **-6%** (Figure 32). Parmi ceux-ci :
 - **98%** des patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19 ;
 - le nombre de nouvelles déclarations d'admission en services de réanimation était de 2 006 (vs 2 193 en S14, soit -9%).

Figure 32. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques, selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 18 avril 2021)

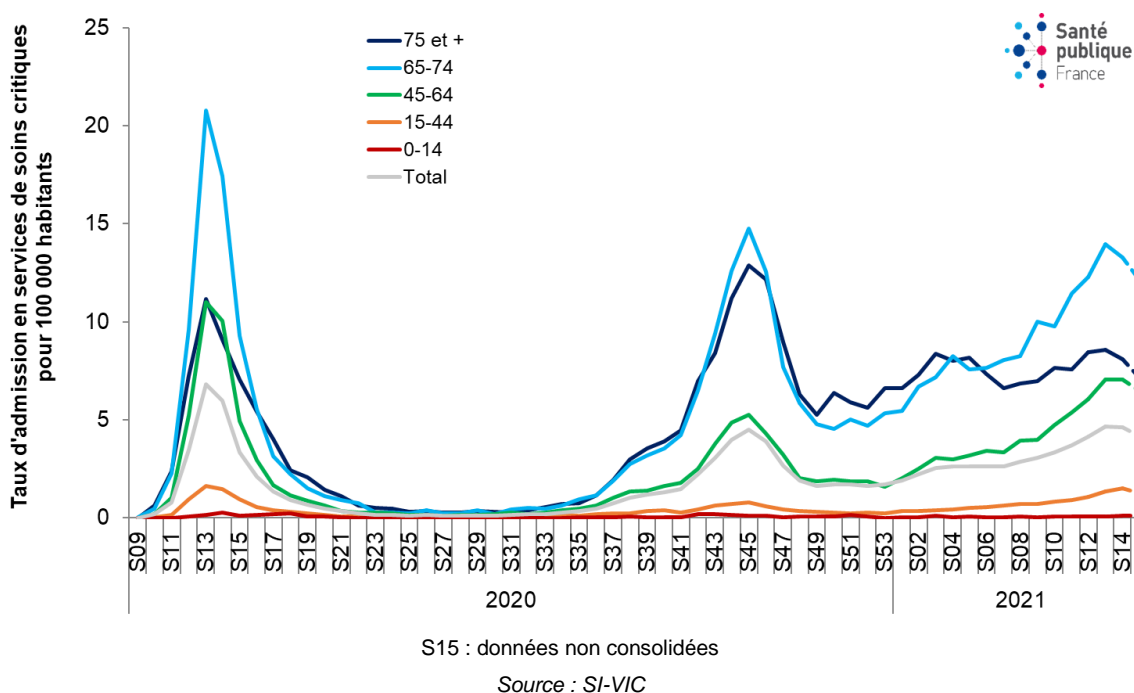


- Après consolidation, les **données par date d'admission en services de soins critiques** montrent que le nombre de nouvelles admissions s'est stabilisé en S14 (-1% par rapport à S13). Les données de S15 (-9% par rapport à S14) ne sont pas encore consolidées.

- **Chez les 75 ans et plus**, après une diminution entre S03 et S07 des taux d'admissions en soins critiques par date d'admission, une **augmentation a été observée entre S07 et S12** (de 6,6 en S07 à 8,5 en S12). Ce taux s'est **stabilisé en S13** (8,6) et a **diminué en S14** (8,1).

Dans les autres classes d'âge de 15 ans à 74 ans, une **augmentation** des taux d'admissions en soins critiques est observée **depuis la semaine 03**. **En S14, le taux d'admissions s'est stabilisé chez les moins de 65 ans et a diminué chez les 65-74 ans** (13,3 vs 14,0 en S13) (Figure 33). Les données de S15 ne sont pas consolidées.

Figure 33. Taux hebdomadaires d'admissions 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 20 avril 2021)



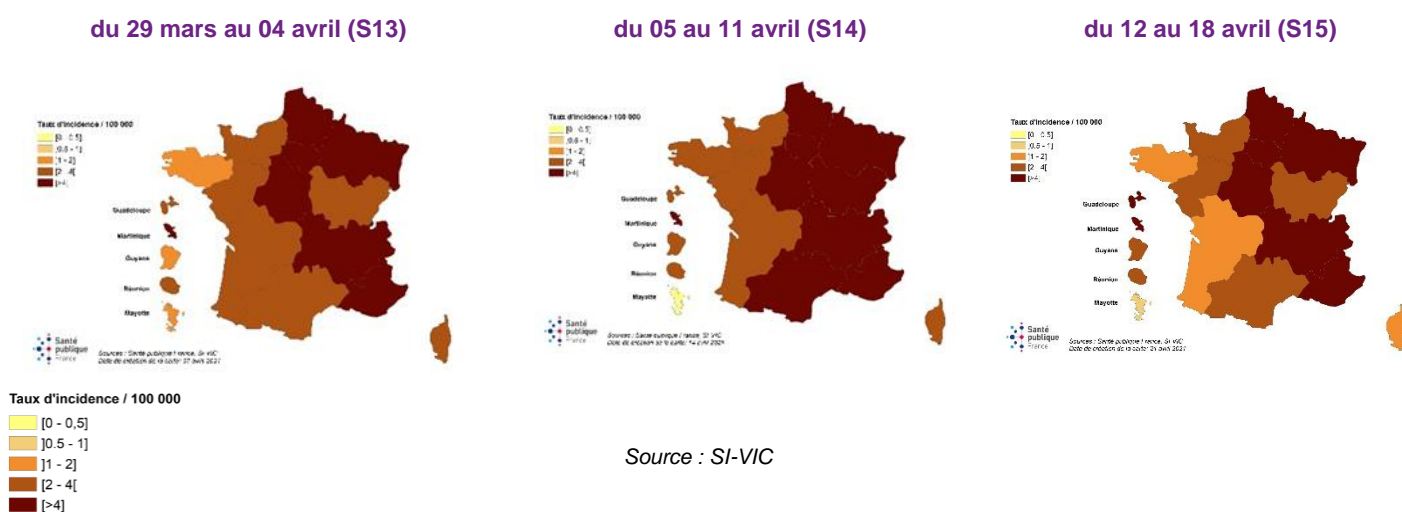
- Le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques par date de déclaration était de **4,4/100 000 habitants** en S15 contre **4,7** en S14.

- En France métropolitaine, le **taux d'admissions en services de soins critiques** en S15 était en **augmentation** en **Centre-Val de Loire (+7%)** et **Provence-Alpes-Côte d'Azur (+5%)**. Il était stable ou en diminution dans les autres régions de France métropolitaine.

- Les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de soins critiques** en métropole étaient rapportés en **Île-de-France (7,5/100 000 habitants)**, **Provence-Alpes-Côte d'Azur (5,5)**, **Hauts-de-France (5,4)**, **Auvergne-Rhône-Alpes (4,9)**, **Centre-Val de Loire (4,8)** et **Grand Est (4,3)**. Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 3,3 pour 100 000 habitants (Figure 34).

- En Outre-mer, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en services de soins critiques** en S15 était observé en **Martinique (4,7/100 000 habitants, -15% soit -3 hospitalisations par rapport à S14)**. Il était de 4,2/100 000 en **Guadeloupe (+8 hospitalisations)**, 2,8/100 000 à **La Réunion (+26% soit +5 hospitalisations)**, 2,4/100 000 en Guyane (+1 hospitalisation) et 0,7/100 000 à Mayotte (+1 hospitalisation).

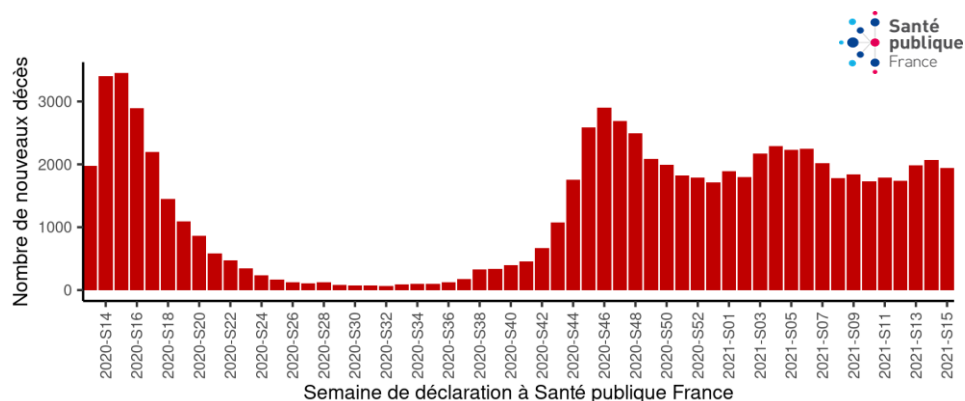
Figure 34. Évolution du taux hebdomadaire d'admissions en services de soins critiques de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 29 mars au 18 avril 2021 (S13 à S15, par date de déclaration), France



- Après une augmentation en S13 et S14, le nombre de déclarations de décès de patients COVID-19 survenus au cours d'une hospitalisation était en diminution en S15 : 1 944 décès contre 2 066 en S14 (soit -6%) (Figure 35). En S15, 90% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

- Après consolidation, les **données par date de survenue du décès à l'hôpital** montrent une stabilisation du nombre de décès **en S14 (+2% par rapport à S13)** après une augmentation entre S12 et S13 (+17%). Les données de S15 ne sont pas encore consolidées.

Figure 35. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 18 avril 2021)



Source : SI-VIC

- Le **taux hebdomadaire** de décès de patients COVID-19 était de **2,9/100 000 habitants** en S15, contre 3,1 en S14.

► 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 20 avril 2021, parmi les **11 059 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19, 69% étaient des hommes**. Cette proportion a diminué entre les périodes septembre-décembre 2020 et janvier-avril 2021 (72% vs 68%, $p < 0,001$). **L'âge médian des patients reste en légère diminution entre ces deux périodes, passant de 68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]) **à 66 ans** (IIQ : [56-73]) ($p < 0,001$). **La proportion de patients âgés de 65 ans et plus a diminué de façon significative** (63% vs 54%, $p < 0,001$). **À l'inverse, la part des cas de 45-64 ans a augmenté sur la période de janvier à avril par rapport à la période précédente** (37% vs 31%, $p < 0,001$). **La proportion de cas pédiatriques (0-14 ans) reste comparable entre les deux périodes**. Au total, 140 étaient des professionnels de santé.

- **89% des patients admis en réanimation en septembre-décembre 2020 présentaient au moins une comorbidité contre 87% en janvier-avril 2021** ($p < 0,002$). Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient, **pour les deux périodes, l'obésité** ($IMC \geq 30 \text{ kg.m}^{-2}$), **l'hypertension artérielle**, et **le diabète** (Tableau 6).

- Parmi les 8 556 patients pour lesquels l'information était renseignée, **47% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour**. Cette proportion restait comparable entre les deux périodes. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 8 764 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. La proportion de patients ayant bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit au cours du séjour en réanimation continue d'augmenter en janvier-avril 2021 par rapport à septembre-décembre 2020 (50% vs 43%). Inversement, la proportion de patients ayant nécessité une ventilation invasive était en baisse (45% vs 38%). Il est à noter toutefois que les données ne sont pas encore consolidées, notamment pour les signalements les plus récents. Par conséquent, ces indicateurs sont susceptibles d'être modifiés pour la période la plus récente.

- **2 078 décès** ont été rapportés à ce jour (dont dix professionnels de santé) : 1 195 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 et 883 parmi les patients admis en janvier-avril 2021. **La proportion de patients décédés est à ce jour plus faible sur la période de janvier à avril 2021 que sur la période de septembre à décembre 2020** (15% vs 23%, $p < 0,001$). **L'âge médian des personnes décédées était de 73 ans** (IIQ : [67-78]) ; **81% étaient âgées de 65 ans et plus** et **93% présentaient au moins une comorbidité**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient **l'hypertension artérielle** (53%), **l'obésité** (37% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les **pathologies cardiaques** (36%). En raison d'un recul insuffisant, il n'est à ce jour pas possible de comparer, entre les deux périodes d'étude, les caractéristiques des patients décédés.

- Entre le 05 octobre 2020 et le 20 avril 2021, **6 663 sorties de réanimation** ont été rapportées, 3 395 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 et 3 238 parmi ceux admis en janvier-avril 2021.

Tableau 6. Âge et comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 20 avril 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France

Classe d'âge	Septembre-décembre 2020 (n=5 158)		Janvier-avril 2021 (n=5 901)	
	n	%	n	%
0-14 ans	11	<1	20	<1
15-44 ans	289	6	479	8
45-64 ans	1 606	31	2 223	38
65-74 ans	1 933	38	2 073	35
75 ans et +	1 298	25	1 072	18
Non renseigné	21		34	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	554	11	743	13
Au moins une comorbidité	4 470	89	4 972	86
Hypertension artérielle	2 300	46	2 621	45
Obésité (IMC>=30) ³	2 487	55	2 548	48
Diabète	1 589	32	1 559	27
Pathologie cardiaque	1 262	25	1 204	21
Pathologie pulmonaire	1 070	21	1 142	20
Pathologie rénale	448	9	450	8
Immunodépression	381	8	306	5
Cancer	364	7	349	6
Pathologie neuromusculaire	163	3	183	3
Pathologie hépatique	120	2	117	2
Autre	793	16	722	13
Non renseigné	132		186	

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=4 513 sur la période septembre-décembre 2020 et n=5 306 sur la période janvier-avril 2021).

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

► Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

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

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 20 avril 2021, **101 597 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **75 413** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **26 184** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 18 avril 2021).

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

- Au niveau national, **le nombre hebdomadaire de décès était en augmentation en semaine 14**, avec 2 112 décès contre 2 034 en S13 (+4%). En semaine 15, 1 978 décès ont été signalés mais les données ne sont pas consolidées.

- En ESMS : les données sont stables en semaine 14 par rapport à la semaine 13 (46 vs 49 en S13).

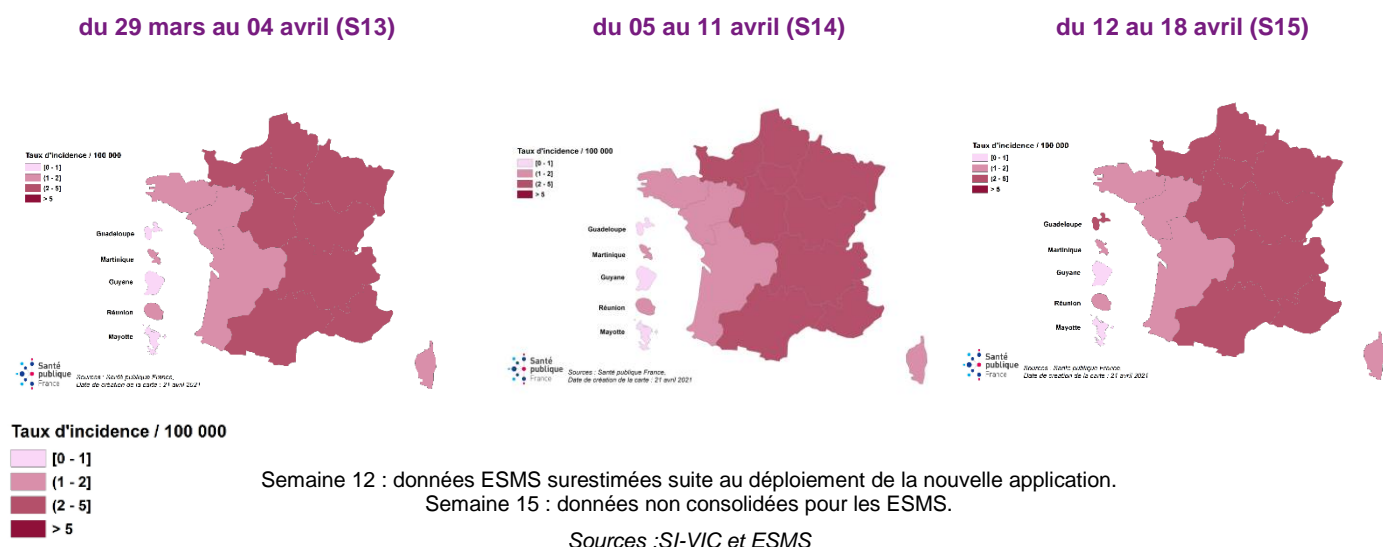
- En hospitalisation : après une tendance à la stabilisation depuis la semaine 08, puis une augmentation entre les semaines 12 et 14 (+14% entre S12 et S13 et +4% entre S13 et S14), **le nombre de décès était en baisse en S15 (-6,3%)**.

- À l'échelle nationale, **le taux hebdomadaire de décès** était de **3,2 pour 100 000 habitants en S14**. En S15 (données non consolidées), il était de 3,0 pour 100 000 habitants.

- **En semaine 15** (données non consolidées pour les ESMS), les **plus forts taux de décès** par région rapportés à la population étaient observés en **Île-de-France** (4,2/100 000), **Hauts-de-France** (4,1), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (4,0), **Bourgogne-Franche-Comté** (3,4), **Auvergne-Rhône-Alpes** (3,2) et **Grand Est** (3,2) (Figure 36).

- Entre les semaines 14 et 15, bien que les données ne soient pas consolidées, une **augmentation** du taux de décès était observée en **Nouvelle-Aquitaine** (+8%), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (+2%) et **Île-de-France** (+2%). Les effectifs réduits des décès dans les régions d'outre-mer ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

Figure 36. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 22 mars au 18 avril 2021 (S13 à S15), 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, 44 819 certificats contenaient une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès renseignées (Tableau 7).

- L'âge médian au décès était de 85 ans et 92,6% des personnes décédées avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 55% de ces décès.
- 55,3% de ces certificats de décès contenaient une mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée.

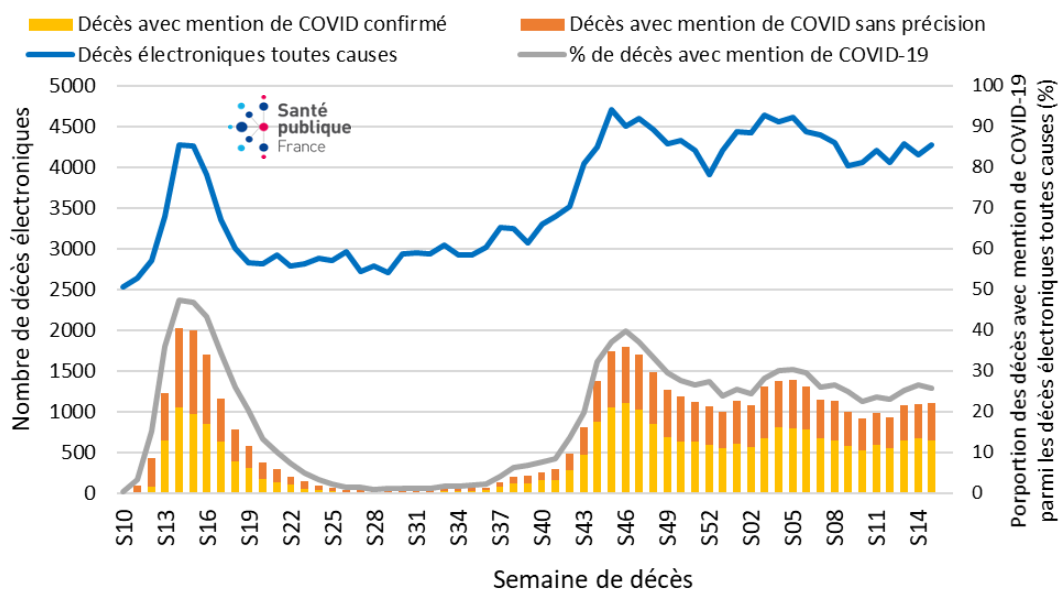
- Des comorbidités étaient renseignées pour 29 112 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 36% de ces décès et d'hypertension artérielle pour 22%.

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

- Pour la semaine 15 (du 12 au 18 avril 2021), **1 101 décès** faisaient l'objet d'une mention de COVID-19 dans le certificat, représentant 25,8% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 37). Ce nombre de décès était **stable** par rapport à la semaine précédente (+4 décès, soit +0,4%). **La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 59%.**

- Parmi les 1 101 personnes décédées au cours de la semaine écoulée, dont le certificat contenait une mention de COVID-19, 754 (69%) étaient âgées de 75 ans et plus, 227 (21%) de 65 à 74 ans et 108 (10%) de 45 à 64 ans. Douze personnes décédées étaient âgées de 15 à 44 ans. Les effectifs étaient en hausse chez les personnes de 65-74 ans (+16%) et, dans une moindre mesure, chez les 45-64 ans (+9%), mais ils étaient en légère diminution chez les plus de 75 ans (-5%).

Figure 37. 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 18 avril 2021, France (données au 20 avril 2021)



Sources : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 7. 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 19 avril 2021, France (données au 20 avril 2021)

Sexe	n	%
Hommes	24 579	55
Femmes	20 239	45

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	1	20	4	80	5	0
15-44 ans	87	32	187	68	274	1
45-64 ans	880	29	2 176	71	3 056	7
65-74 ans	2 035	30	4 672	70	6 707	15
75 ans ou plus	12 704	37	22 073	63	34 777	78
Tous âges	15 707	35	29 112	65	44 819	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	10 364	36
Hypertension artérielle	6 531	22
Diabète	4 741	16
Pathologie respiratoire	3 904	13
Pathologie rénale	3 850	13
Pathologies neurologiques *	2 518	9
Obésité	1 765	6
Immunodéficience	661	2

* Ce groupe inclut les pathologies neurovasculaires et neuromusculaires

¹ Pourcentages présentés en ligne ; ² Pourcentages présentés en colonne

► Mortalité toutes causes

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

● **Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis S40-2020** (du 28 septembre au 04 octobre 2020) **jusqu'en S14-2021** (du 05 au 11 avril 2021). Les effectifs avaient franchi un premier pic en semaines 45 et 46-2020 (atteignant respectivement +33% et +31% par rapport à la mortalité attendue) puis un deuxième, de moindre amplitude, en semaine 03-2021 (atteignant +22%). **Après une diminution observée entre les semaines 04 et 10, la mortalité est à nouveau repartie à la hausse jusqu'en semaine 14** (Figure 38). **L'excès estimé en semaine 13 atteint +14%** (Tableau 8).

● La hausse du nombre de décès à partir de la semaine 11 est essentiellement observée chez les personnes de 65 à 84 ans. Dans cette classe d'âge, le nombre de décès reste significativement supérieur à celui attendu jusqu'en semaine 14, alors que les effectifs sont revenus dans les marges de fluctuation habituelles depuis la semaine 09 chez les 85 ans ou plus.

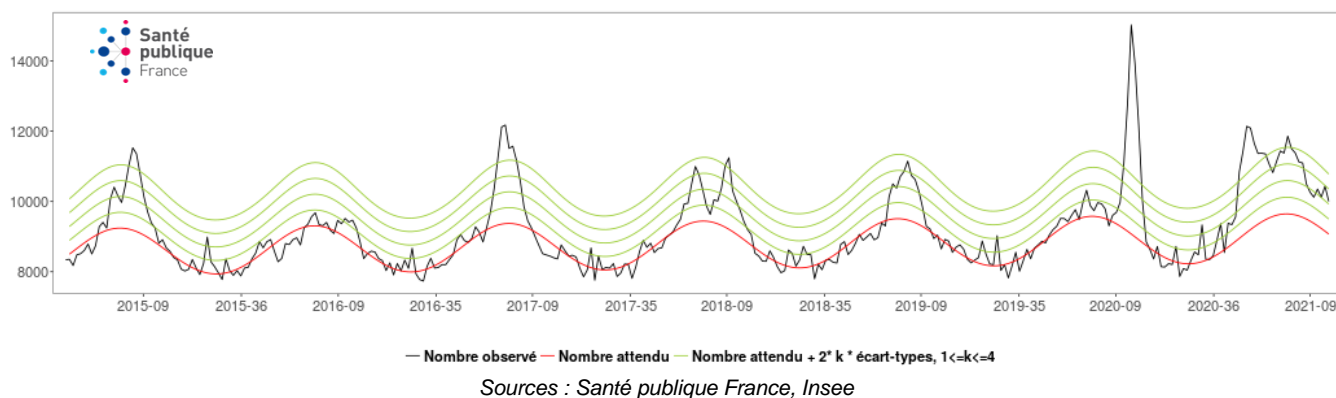
Tableau 8. Estimation de la proportion (%) de l'excès de décès par rapport à la mortalité attendue, tous âges confondus, dans un échantillon de 3 000 communes, de la semaine 01 à la semaine 13-2021, France

Semaine %	2021												
	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07	S08	S09	S10	S11	S12	S13
	+18	+17	+22	+19	+18	+16	+16	+10	+9	+8	+11	+10	+14

Estimations non consolidées pour les semaines 11 à 13

Sources : Santé publique France, Insee

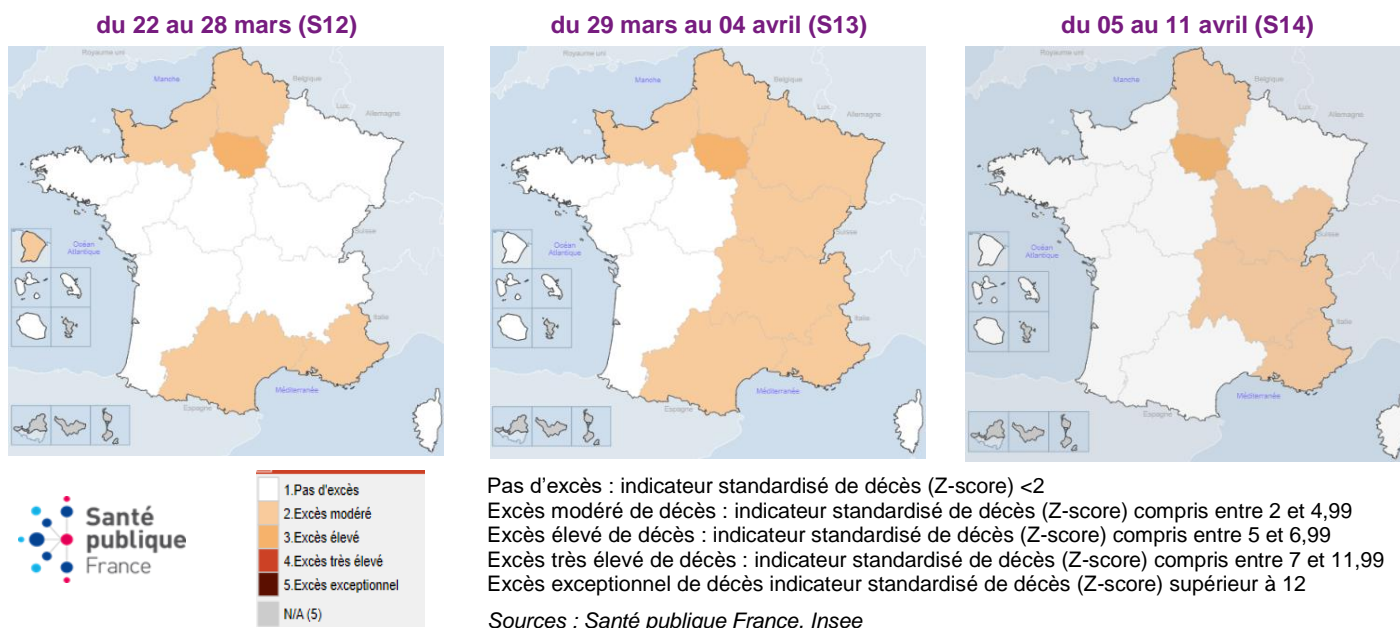
Figure 38. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 36-2014 à la semaine 14-2021, France



● Au niveau régional, la hausse modérée du nombre de décès toutes causes confondus s’est poursuivie en semaine 14 dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne-Franche-Comté. (Figure 39). À l’inverse, dans les Hauts-de-France, le nombre de décès était en nette diminution en semaine 14, bien qu’il reste significativement supérieur à celui attendu. En Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d’Azur, le nombre de décès était en légère diminution en semaine 14, mais toujours significativement supérieur à celui attendu. Ces dynamiques restent à confirmer avec la consolidation des données.

● Au total, cinq régions métropolitaines présentaient un nombre de décès significativement supérieur à celui attendu en semaine 14 (contre huit en S13) : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d’Azur (Figure 39).

Figure 39. Niveau d’excès de mortalité toutes causes confondues pour les semaines 12, 13 et 14, par région, France (données au 20 avril 2021)



NB. Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d’état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes, en particulier pour les semaines 09 à 13, et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l’absence d’information sur les causes médicales de décès, il n’est pas possible d’estimer la part de la mortalité attribuable à l’épidémie de COVID-19.**

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

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

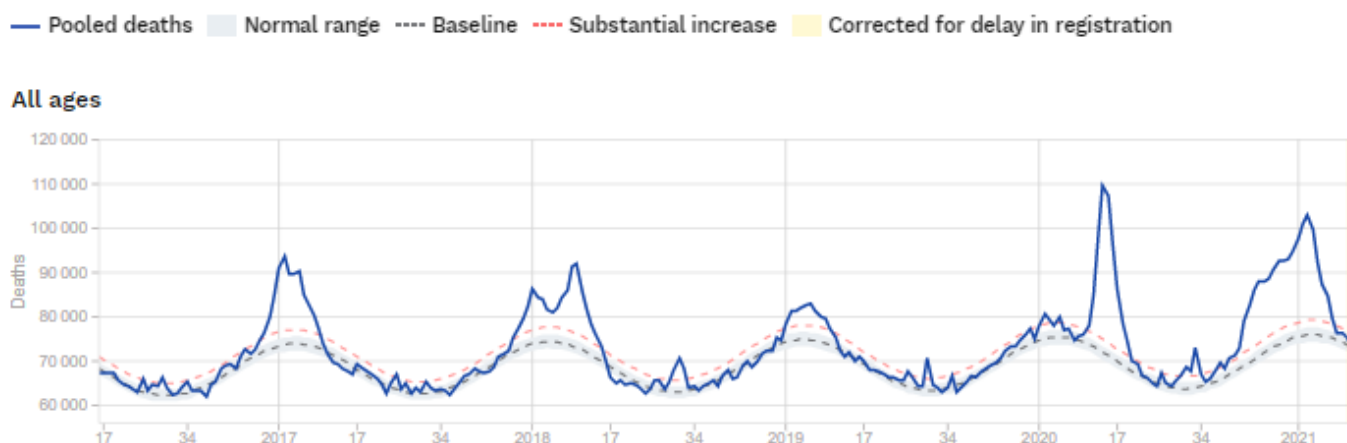
► Mortalité à l'échelle européenne

- En semaine 15, l'Allemagne et l'Ukraine ont rejoint le consortium EuroMomo, mais seules les données de l'Allemagne sont intégrées dans l'analyse agrégée des pays participants. La situation de la mortalité en Ukraine est donc uniquement présentée sur les cartes mais ne contribue pas à la dynamique de la mortalité agrégée à l'échelle européenne.

- Parmi les 28 pays ou régions du [consortium EuroMOMO](#) qui participent à l'analyse agrégée à l'échelle européenne et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité était notée depuis le début du mois d'octobre 2020, qui s'était accrue à partir de S43 jusqu'à S46 (Figure 40). Le nombre de décès était resté en plateau à un niveau élevé jusqu'en semaine 52, avant de repartir à la hausse jusqu'en semaine 03. Une diminution rapide s'observe depuis la semaine 04 jusqu'à revenir dans les marges de fluctuation habituelles à partir de la semaine 08 jusqu'en semaine 13 (Figure 40). Ces évolutions restent à confirmer avec la consolidation des données de chaque pays/région.

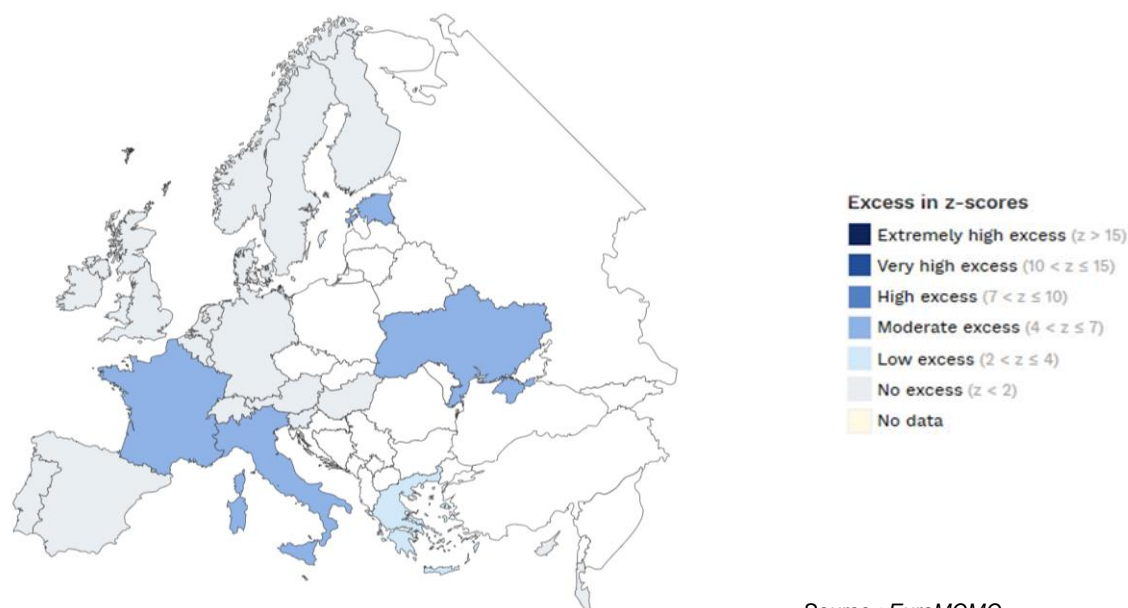
- Un excès de mortalité était observé dans sept pays/régions en semaine 10, dans six pays/régions en semaines 11 et 12, et dans cinq pays/régions en semaine 13 (Estonie, Ukraine, France, Italie et Grèce) (Figure 41).

Figure 40. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 27 pays/régions européens, de la semaine 17-2017 à la semaine 13-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 14 avril 2021)



Source : EuroMOMO

Figure 41. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 13-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 14 avril 2021)



Source : EuroMOMO

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Les personnes concernées par cette vaccination sont les suivantes : l'ensemble des personnes de 55 ans et plus quels que soient leur lieu de vie et leur état de santé (avec ou sans comorbidités) ; les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre de la grossesse ; les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et unités de soins de longue durée ou hébergées en résidences autonomie et résidences services ; les personnes de plus de 18 ans souffrant d'une [pathologie à très haut risque de forme grave de Covid-19 \(liste\)](#) ; les personnes de 50 à 54 ans inclus souffrant d'une ou plusieurs [comorbidité\(s\)](#) ; les personnes en situation de handicap hébergées en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil médicalisés (FAM) ; les résidents de 60 ans et plus dans les foyers de travailleurs migrants (FTM) ; certaines catégories de professionnels, dont les professionnels de santé, d'un établissement de santé, d'un établissement ou service médico-social intervenant auprès de personnes vulnérables, les salariés de particulier employeur intervenant auprès de personnes âgées et handicapées vulnérables, les médiateurs de lutte anticovid, les sapeurs-pompiers et les vétérinaires. La liste exhaustive des professionnels concernés est disponible sur le site du [ministère des Solidarités et de la Santé](#).

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

► En population générale

● Le 20 avril 2021, **13 018 378 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** en France et **4 850 310 en ont reçu deux** (données par date d'injection).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, **19,4% de la population** en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 7,2% en a reçu deux (Tableau 9). L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la **population adulte** (âgée de 18 ans ou plus) est de 24,7% pour au moins une dose et 9,2% pour deux doses.

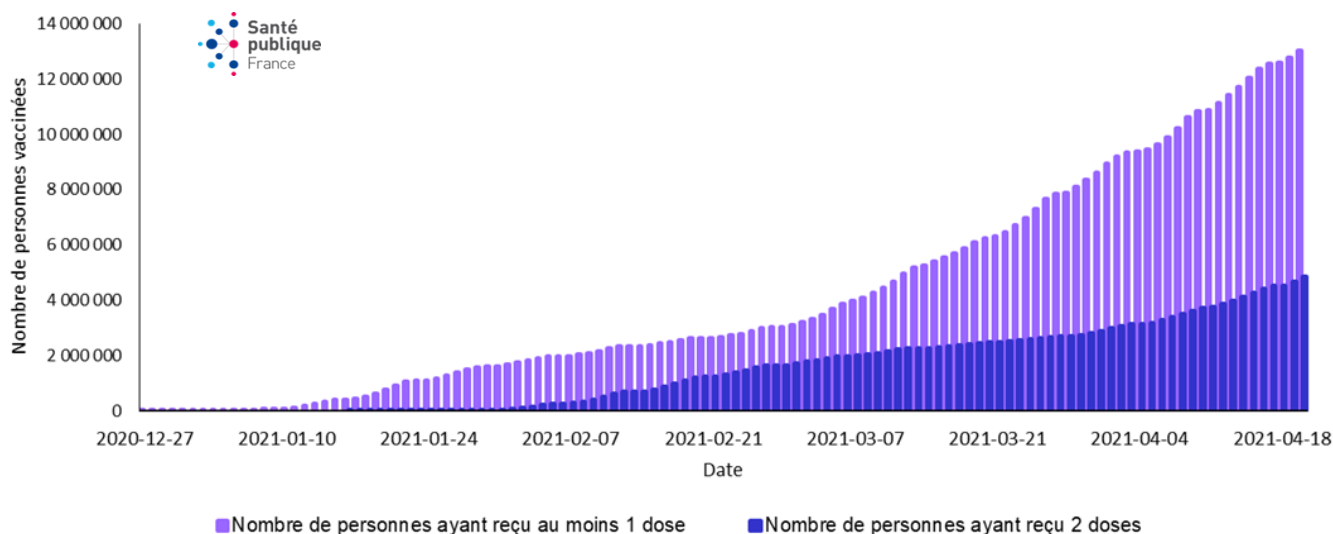
Tableau 9. Nombres de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 20 avril 2021, par région, France

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	1 548 967	19,3	560 861	7,0
Bourgogne-Franche-Comté	582 400	20,9	241 192	8,7
Bretagne	741 259	22,2	256 432	2,6
Centre-Val de Loire	508 818	19,9	185 723	7,3
Corse	91 903	26,7	40 602	11,8
Grand Est	1 109 883	20,1	446 380	8,1
Hauts-de-France	1 173 072	19,7	436 093	7,3
Ile-de-France	1 931 161	15,7	732 557	6,0
Normandie	716 150	21,7	267 929	8,1
Nouvelle-Aquitaine	1 373 026	22,9	484 713	8,1
Occitanie	1 266 932	21,4	446 949	7,5
Pays de la Loire	722 147	19,0	248 535	6,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 115 345	22,1	440 960	8,7
France métropolitaine	12 881 063	19,8	4 788 926	7,4
Guadeloupe	14 610	3,9	6 577	1,7
Guyane	17 275	5,9	7 744	2,7
La Réunion	58 838	6,8	30 995	3,6
Martinique	30 895	8,6	8 553	2,4
Mayotte	11 946	4,3	6 005	2,1
Saint-Barthélemy	1697	17,0	403	4,0
Saint-Martin	2050	5,8	1 105	0,0
Non précisé	4	non applicable	2	non applicable
France entière	13 018 378	19,4	4 850 310	7,2

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

- **En une semaine** (depuis le 13 avril 2021), **plus de 1,6 million de personnes ont reçu leur première dose** de vaccin, soit en moyenne **236 000 personnes par jour** (Figure 42).

Figure 42. 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 20 avril 2021)



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

- Les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées chez les personnes les plus âgées (Tableau 10) du fait de leur ciblage prioritaire par la campagne de vaccination, comme recommandé par la Haute Autorité de santé (HAS) : résidents en Ehpad ou USLD, personnes de 55 ans et plus. Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 69,3% (deux doses : 46,1%). Pour les personnes âgées de 75 à 79 ans, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 74,7% (deux doses : 48,8%). Pour les 80 ans et plus, elle est de 66,5% (deux doses : 44,7%) et évolue peu par rapport à la semaine précédente (63,1% le 13 avril 2021). Cette faible progression chez les personnes les plus âgées invite au renforcement des actions pour aller vers ces personnes, comme la vaccination à domicile.

Tableau 10. Nombres de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 20 avril 2021, par classe d'âge, France

Classes d'âge	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
18-24	158 510	2,9	26 837	0,5
25-29	183 336	4,9	42 576	1,1
30-39	496 574	6,0	133 545	1,6
40-49	726 172	8,5	213 130	2,5
50-59	1 840 394	20,9	474 843	5,4
60-64	1 376 309	33,6	235 926	5,8
65-69	1 589 131	40,7	284 526	7,3
70-74	2 225 529	64,0	496 373	14,3
75-79	1 656 015	74,7	1 082 056	48,8
80 ans et +	2 762 977	66,5	1 859 559	44,7
inconnu*	3 431	non applicable	939	non applicable
France	13 018 378	19,4	4 850 310	7,2

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

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

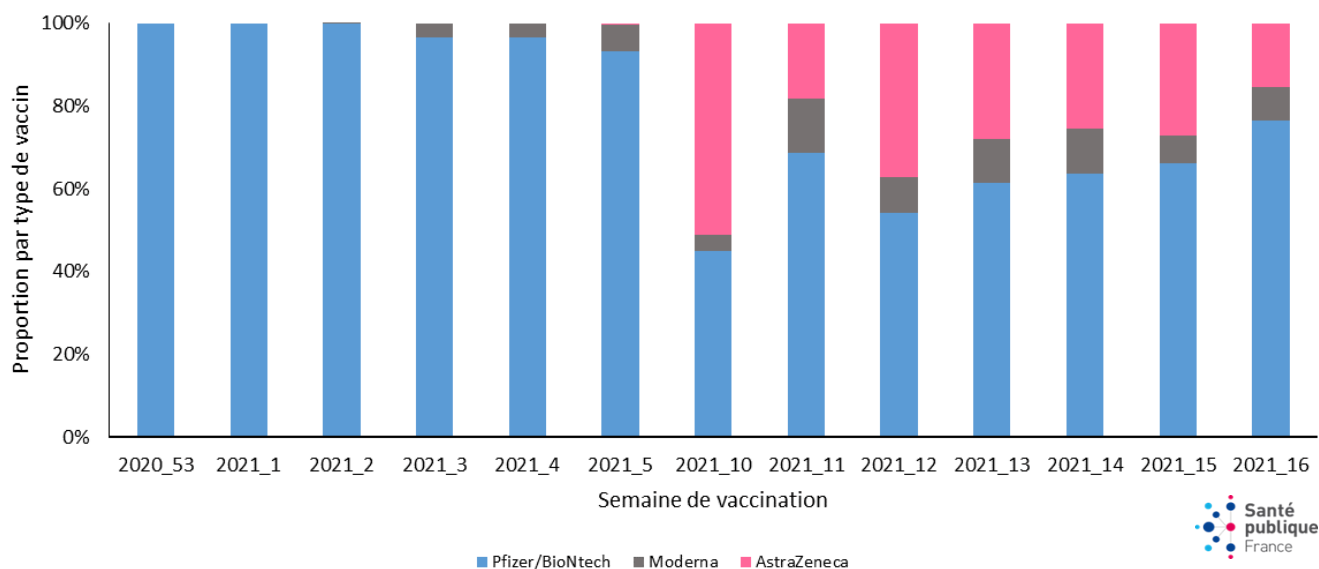
- Les couvertures vaccinales pour au moins une dose sont de 17,4% pour les hommes et de 21,1% pour les femmes.

- La majorité des personnes vaccinées l'ont été avec le vaccin Pfizer/BioNTech, distribué dès le début de la campagne vaccinale en France. Pour les premières doses, 65,4% des vaccinations ont été réalisées avec le vaccin Pfizer/BioNtech, 26,9% avec AstraZeneca et 7,7% avec Moderna (Tableau 11, Figure 43).

Tableau 11. Nombres de personnes vaccinées par type de vaccins pour la première dose et la seconde dose en France (données du 27 décembre 2020 au 20 avril 2021)

Vaccins	Au moins une dose de vaccin (N)	Répartition (%)	Deux doses de vaccin (N)	Répartition (%)
Pfizer/BioNTech	8 516 199	65,4	4 445 669	91,7
Moderna	996 606	7,7	398 812	8,2
AstraZeneca	3 505 573	26,9	5 829	0,1
Non précisé	0	0,0	0	0,0
Total	13 018 378	100	4 850 310	100

Figure 43. Proportion de personnes vaccinées par type de vaccin pour la première dose en France (données du 27 décembre 2020 au 20 avril 2021)



Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

► Professionnels de santé

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

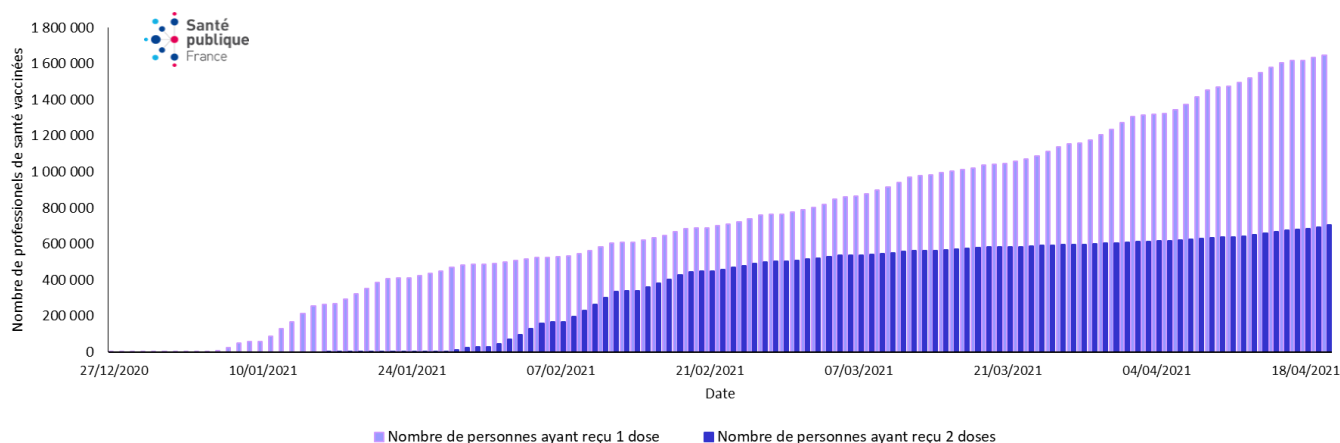
● Au 20 avril 2021 (données par date d'injection), **1 648 186 professionnels de santé ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 706 795 en ont reçu deux**. Il est ainsi estimé que **74,1% des professionnels de santé ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19 et que 31,8% en ont reçu deux (Figure 46).

● Les couvertures vaccinales sont surestimées dans plusieurs départements. La surestimation peut être liée au fait que des personnes ont été enregistrées comme professionnels de santé dans Vaccin Covid sans l'être réellement ou sans être en activité. Le dénominateur utilisé ne prend par exemple pas en compte les agents non professionnels de santé travaillant en milieu hospitalier ou en ESMS, ou les professionnels de santé retraités.

● Selon les tranches d'âge, les professionnels de santé les plus nombreux à se faire vacciner étaient les 50-59 ans (445 790, soit 27,0% des premières doses chez les professionnels de santé) et les 40-49 ans (384 761, soit 23,3%).

● Concernant la répartition par sexe, parmi l'ensemble des professionnels de santé ayant reçu au moins une dose de vaccin, 1 198 476 étaient des femmes (72,7%) et 447 276 des hommes (27,1%) (2 434 données manquantes).

Figure 46. Nombres cumulés de professionnels de santé 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 20 avril 2021)



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

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

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

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

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

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

Une nouvelle enquête est programmée **fin avril 2021**. Les résultats seront présentés dans le Point épidémiologique du 06 mai.

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

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

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

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

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

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



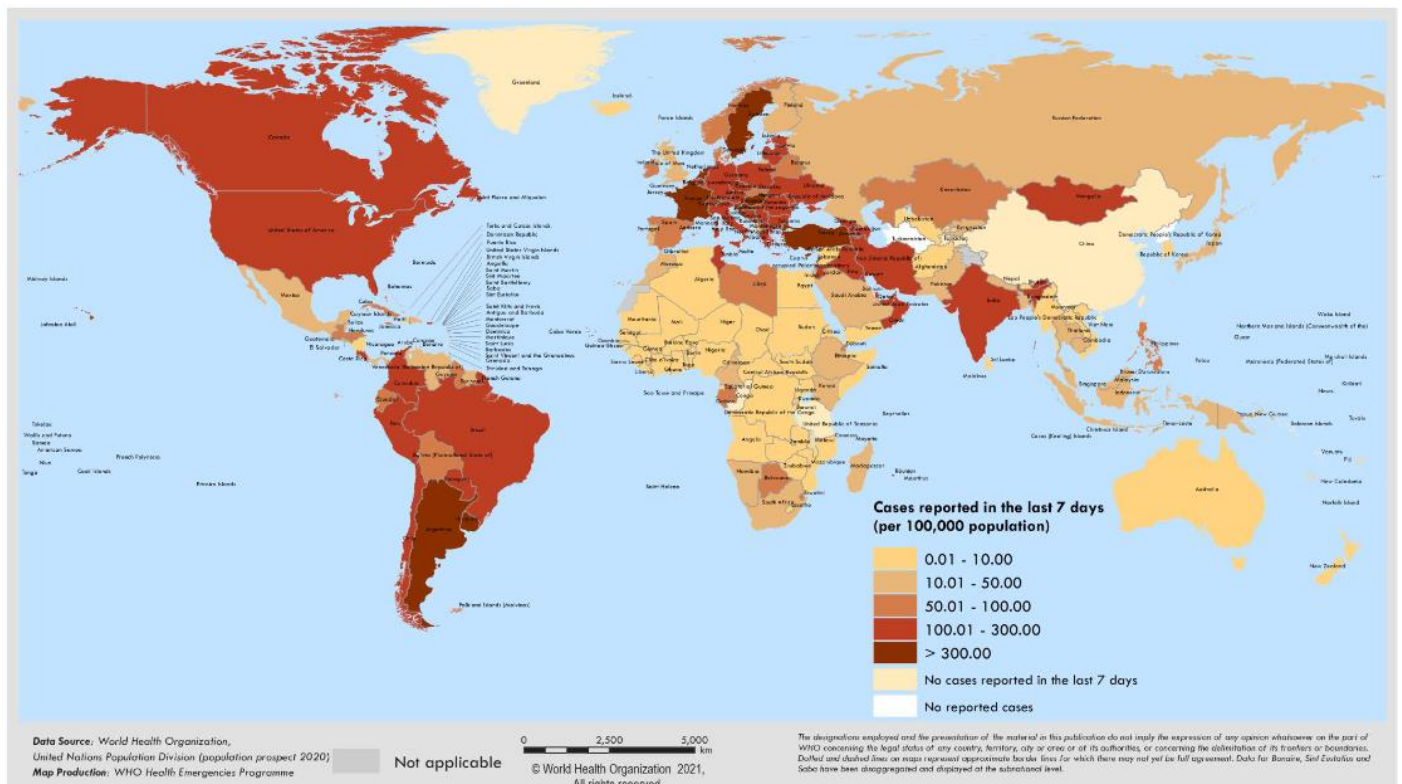
SITUATION INTERNATIONALE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 141 754 944 **cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés **dans le monde – dont 3 025 835 décès** – au 20 avril 2021. En semaine 15, plus de 5,2 millions de nouveaux cas ont été signalés, soit une **hausse** par rapport à la semaine précédente (**+14%**) observée pour la huitième semaine consécutive. Le nombre de décès, s'élevant à 83 305, était également en hausse (+8%).

► Foyers majeurs

- En semaine 15, les foyers majeurs de l'épidémie se situaient dans les zones **Europe** (1 624 060 cas et 26 302 décès rapportés), **Amériques** (1 525 505 cas et 39 482 décès) et Asie du Sud-Est (1 518 708 cas, 9 447 décès). Ces régions étaient à l'origine de respectivement 31%, 29% et 29% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 32%, 47% et 11% des nouveaux décès en S15 (Figure 47, Tableau 12).
- Les pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas en S15 étaient : l'Inde (+1 429 304 nouveaux cas), les États-Unis (+477 778), le Brésil (+459 281), la Turquie (+414 312) et la France (+226 512).

Figure 47. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 15 (du 12 au 18 avril 2021)















Source : OMS

► Tendances

• En semaine 15, le nombre de nouveaux cas était stable ou en hausse par rapport à la semaine précédente dans toutes les régions OMS (Tableau 12). Les régions signalant les augmentations les plus importantes étaient l'Asie du Sud-Est (+57%) et le Pacifique occidental (+15%). Le nombre de nouveaux décès augmentait dans quatre régions OMS : l'Asie du Sud-Est (+49%), la Méditerranée orientale (+23%), l'Afrique (+14%) et les Amériques (+8%).

Tableau 12. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 15 (du 12 au 18 avril 2021) et évolution par rapport à la semaine précédente

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+54 297	+1 525 505	+1 518 708	+1 624 060	+386 176	+128 176
Tendance	+7% 	+7% 	+57% 	-3% 	+6% 	+15% 
Décès rapportés	+1 170	+39 482	+9 447	+26 302	+5 460	+1 444
Tendance	+14% 	+8% 	+49% 	-3% 	+23% 	-8% 

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

Source : OMS

► Par région

• En région **Europe**, plus de 1,6 million de nouveaux cas et plus de 26 000 décès ont été signalés en S15. Le nombre de nouveaux cas est en légère baisse pour la deuxième semaine consécutive. Le nombre de décès est en baisse pour la première fois depuis cinq semaines. Les pays ayant signalé le plus grand nombre de nouveaux cas sont la Turquie avec 414 312 nouveaux cas (491 cas pour 100 000 habitants, soit +17% par rapport à S14), la France avec 226 512 nouveaux cas (337 cas pour 100 000 habitants, tendance non interprétable) et l'Allemagne avec 143 994 nouveaux cas (173 cas pour 100 000 habitants, soit +28%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient la Pologne, qui a enregistré 3 611 nouveaux décès (+4%), l'Ukraine avec 2 772 nouveaux décès (+3%) et l'Italie avec 2 753 nouveaux décès (+14%). Pour plus de détails sur la région Europe, [cliquez ici](#).

• La région des **Amériques** a signalé plus de 1,5 million de nouveaux cas et plus de 39 000 nouveaux décès. Il y a une tendance générale à la hausse des nouveaux cas au cours des huit dernières semaines et des nouveaux décès au cours des cinq dernières semaines. Les pays rapportant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient les États-Unis avec 477 778 nouveaux cas, soit 144 pour 100 000 habitants (+2% par rapport à S14), le Brésil avec 459 281 nouveaux cas, soit 216 pour 100 000 habitants (-1%) et l'Argentine avec 160 747 nouveaux cas, soit 356 pour 100 000 habitants (+29%). Les pays connaissant le plus grand nombre de nouveaux décès étaient le Brésil, qui a enregistré 20 031 nouveaux décès (-2%), les États-Unis avec 5 146 nouveaux décès (-1%), et le Mexique avec 4 673 nouveaux décès (+48%). Pour plus de détails sur la région Amériques, [cliquez ici](#).

• En région **Afrique**, près de 54 000 nouveaux cas et près de 1 100 nouveaux décès ont été signalés. Le nombre de cas hebdomadaires fluctue sans tendance claire depuis huit semaines, tandis que les décès hebdomadaires ont augmenté la semaine dernière, reflétant une forte augmentation des décès signalés par l'Afrique du Sud. Les trois pays ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Éthiopie avec 12 981 nouveaux cas, soit 11 pour 100 000 habitants (-7% par rapport à la semaine 14), l'Afrique du Sud avec 8 153 nouveaux cas, soit 14 pour 100 000 habitants (+35%) et le Kenya avec 6 103 nouveaux cas, soit 11 pour 100 000 habitants (-14%). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient l'Afrique du Sud (455 décès ; +51%), l'Éthiopie (182 ; -13%) et le Kenya (133 ; +7%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

● La région de l'**Asie du Sud-Est** a signalé plus de 1,5 million de nouveaux cas et plus de 9 400 décès. La tendance à la hausse des nouveaux cas et des décès se poursuit et semble s'accélérer, avec des cas hebdomadaires en forte hausse pour la sixième semaine consécutive, tandis que les décès hebdomadaires ont augmenté pour la cinquième semaine consécutive. La dynamique de la région continue à être portée par l'Inde, qui comptait 1 429 304 nouveaux cas, soit 104 pour 100 000 habitants (+64 % par rapport à la semaine 14). Les autres pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés étaient l'Indonésie avec 36 895 nouveaux cas, soit 14 pour 100 000 habitants (+4%) et le Bangladesh avec 36 315 nouveaux cas, soit 22 cas pour 100 000 habitants (-25%). Les trois pays cumulant le plus de décès étaient l'Inde (7 875 décès; +69%), l'Indonésie (885; -26%) et le Bangladesh (622; +39%). Pour plus de détails sur la région Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

● En région **Méditerranée orientale**, un peu plus de 386 000 nouveaux cas et plus de 5 400 décès ont été signalés en semaine 15. La tendance à la hausse des cas et des décès signalés depuis février 2021 se poursuit donc, avec une augmentation plus marquée des nouveaux décès au cours des deux dernières semaines. Les pays comptant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Iran avec 166 367 nouveaux cas, soit 198 pour 100 000 habitants (+29%), l'Irak avec 52 832 nouveaux cas, soit 131 pour 100 000 habitants (+6%) et le Pakistan avec 34 190 nouveaux cas, soit 16 pour 100 000 habitants (+3%). Les plus grands nombres de décès ont été observés en Iran (2 095 décès ; +70%), au Pakistan (765 ; +21%) et en Tunisie (482 ; +59%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

● En région **Pacifique occidental**, plus de 128 000 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 15 ainsi que plus de 1 400 décès. Le nombre de cas augmentait dans la région pour la sixième semaine consécutive ; cependant, une baisse des décès est observée après trois semaines de hausse. Les trois pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient les Philippines avec 72 848 nouveaux cas, soit 67 pour 100 000 habitants (+5%), le Japon avec 26 426 nouveaux cas, soit 21 pour 100 000 habitants (+29%) et la Malaisie avec 13 742 nouveaux cas, soit 43 pour 100 000 habitants (+45%). Les pays signalant le plus grand nombre de décès étaient les Philippines (1 066 décès ; -19%), le Japon (240 ; +49%) et la Malaisie (49 ; +40%). 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](#)

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 15 (du 12 au 18 avril 2021), les indicateurs épidémiologiques se maintiennent à un niveau toujours très élevé. On observe cependant une diminution de l'incidence et des nouvelles admissions à l'hôpital et en soins critiques suggérant un début de ralentissement de la circulation virale dans toutes les régions de métropole. Toutefois, la forte diminution du taux de dépistage incite à rester prudent dans l'interprétation de la dynamique des indicateurs d'incidence en population. Par ailleurs, la tension hospitalière demeure sur l'ensemble du territoire métropolitain et la mortalité est toujours en hausse, évolution attendue du fait de l'intensité de l'épidémie au cours des dernières semaines. Les régions les plus touchées en semaine 15 étaient toujours l'Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Hauts-de-France. Dans ce contexte, l'adhésion aux mesures de prévention individuelles, le respect des mesures de freinage collectives ainsi que l'accélération de la vaccination restent des enjeux majeurs pour faire face au niveau de circulation encore très élevé du virus.

Au niveau national, **226 512 nouveaux cas** ont été confirmés, soit près de 32 400 cas en moyenne chaque jour. Pour comparaison avec le deuxième confinement (29 octobre-15 décembre 2020), 11 000 cas en moyenne par jour étaient identifiés en S50, semaine précédant le déconfinement. **Le taux d'incidence de la semaine 15 était de 337/100 000 habitants, en diminution en comparaison du taux corrigé de S14 (411, soit -18%). Le taux de dépistage de S15 était également en diminution par rapport au taux de dépistage corrigé de S14 (3 423/100 000 habitants vs 4 471, soit -23%).** Cette diminution concernait toutes les classes d'âge mais était plus marquée chez les 0-14 ans (-45%), probablement toujours en lien avec l'arrêt des campagnes de dépistage en milieu scolaire dans le contexte de la fermeture des établissements. **Le taux de positivité (9,9%) était en augmentation en S15 (vs 9,2% en S14).** La part des personnes symptomatiques chez les personnes testées n'a pas évolué ces dernières semaines et le taux de positivité était en augmentation chez les personnes symptomatiques et chez les personnes asymptomatiques (progression de, respectivement, 10% et 8%).

Bien que l'évolution des indicateurs virologiques soit hétérogène sur le territoire, les taux d'incidence des cas confirmés restent à un niveau très élevé en métropole. L'analyse de l'impact des mesures de restrictions, qui définit trois groupes de départements selon la date de mise en place de ces mesures montre qu'en semaine 15, **le taux d'incidence des cas confirmés était en diminution dans les trois groupes de départements, même ceux ayant eu des mesures restrictives plus tardives.** Pour autant, la forte diminution du recours au dépistage observée depuis la semaine 14 pourrait biaiser cette tendance, suggérant une amélioration qui ne correspondrait pas à la réalité. L'évolution favorable des indicateurs virologiques observée dans les 7 à 10 jours suivant la mise en place des mesures de restriction dans les trois groupes confirme l'hypothèse d'un effet bénéfique de celles-ci. Néanmoins, la baisse de la circulation virale semble ralentir sur les derniers jours de données disponibles.

Confirmant les observations de la semaine dernière, **les indicateurs du contact-tracing en semaine 15 montrent nettement un impact des mesures de freinage.** En effet, le nombre de cas identifiés en S15 est similaire à celui de la S14, alors même que S14 incluait un jour férié. Par ailleurs, le nombre de personnes-contacts à risque identifiées est moindre, principalement en raison d'une diminution des contacts à risque extra-domiciliaires. La diminution du nombre de personnes-contacts à risque chez les moins de 20 ans est très probablement liée à la fermeture des établissements scolaires. En revanche, **le niveau des déplacements des cas d'une région à l'autre ne diminue pas, ce qui suggère que la limitation des déplacements n'est vraisemblablement pas parfaitement respectée.**

L'augmentation en semaine 15 de la proportion des personnes-contacts devenant des cas après trois semaines de diminution pourrait traduire un dépistage accru des personnes-contacts et/ou une meilleure identification de personnes-contacts à risque reflétant mieux les circonstances réelles de contamination.

Le dispositif de contact-tracing contribue à limiter la propagation de l'épidémie. Les cas précédemment connus comme personne-contact à risque ont moins de personnes-contacts à risque, probablement en raison d'une meilleure adhésion à l'isolement.

En médecine ambulatoire, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était **stable** par rapport à celui de la semaine précédente (82/100 000 habitants en S15 vs 79 en S14). **Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins** pour suspicion de COVID-19 était **en baisse** (-22% par rapport à S14). Cette baisse était plus marquée chez les moins de 15 ans (-40%) que chez les adultes (-18%).

En semaine 15, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** était en diminution (-10%), baisse plus importante chez les enfants de moins de 15 ans (-28%) que chez les adultes (-10%).

Après une augmentation entre S10 et S13 et une stabilisation en S14, **le nombre de déclarations de nouvelles hospitalisations a légèrement diminué en S15** (-4%). **Le nombre de déclarations de nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19 a diminué** en S15, après avoir augmenté depuis S08 (-6% par rapport à S14).

Le nombre de personnes en cours d'hospitalisation se maintenait à un niveau élevé, avec **31 147** personnes hospitalisées au 20 avril (vs **31 287** le 13 avril, soit -0,4%), dont **6 000** patients en soins critiques (vs **5 969**, soit +0,5%). Pour comparaison avec le deuxième confinement, on comptabilisait, au 15 décembre 2020, 25 240 patients hospitalisés pour COVID-19, dont 2 881 en soins critiques.

En France métropolitaine, les **estimations du R-effectif calculées à partir des trois sources de données étaient significativement inférieures à 1** : virologiques (tests RT-PCR et tests antigéniques (SI-DEP : 0,95), passages aux urgences (OSCOUR® : 0,94) et hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC : 0,95).

Après une stabilisation depuis S08 puis une augmentation entre les semaines 12 et 14, le **nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 hospitalisés en semaine 15** était en diminution (1 944 vs 2 066 décès en S14, soit -6%). En établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), le nombre de décès était stable en semaine 14 en comparaison de la semaine 13 (données S15 non consolidées).

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40-2020 et ce jusqu'à la semaine 14-2021. En semaine 13, le nombre de décès était en hausse avec un excès de +14%. **Le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en S14 dans cinq régions** : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur (données S15 non consolidées).

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

En semaine 15, les taux d'incidence étaient en diminution dans l'ensemble des régions en comparaison des taux d'incidence corrigés de la semaine 14, excepté en Corse (+2%). Cette diminution variait de -5% en Bretagne à -21% en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les taux de dépistage en S15 étaient en forte diminution dans toutes les régions, diminution comprise entre -14% en Corse et -26% en Auvergne-Rhône-Alpes. La baisse du taux de dépistage était plus forte que celle du taux d'incidence dans toutes les régions. Les **régions les plus touchées** en semaine 15 étaient toujours l'**Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Hauts-de-France**. Ces régions présentaient les **plus forts taux d'incidence** (supérieurs à 380/100 000 habitants), et étaient parmi les **régions ayant les plus forts taux d'hospitalisations et d'admissions en services de soins critiques**.

En **Île-de-France**, le **taux d'incidence était de 530 pour 100 000** habitants, en diminution par rapport au taux corrigé de S14 (645 soit -18%). Le taux de dépistage était également en diminution en comparaison du taux corrigé de S14 (4 357/100 000 habitants vs 5 495, soit -21%). Le taux de positivité était toujours le plus élevé en métropole à 12,2%, en augmentation (+0,4 point). Les **taux d'hospitalisations et d'admissions en services de soins critiques étaient stables** pour la troisième semaine consécutive, respectivement à 29,3/100 000 habitants (-3% par rapport à S14) et 7,5 (+0% par rapport à S14). En semaine 15, le taux de décès de patients COVID-19 hospitalisés était également stable (4,2/100 000 habitants, soit +2%).

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le **taux d'incidence était de 380/100 000 habitants, en diminution** en comparaison du taux corrigé en S14 (479, soit 21%). Le taux de dépistage était également en diminution en comparaison du taux corrigé de S14 (4 075/100 000 habitants vs 5 354, soit -24%). **Le taux d'hospitalisations était stable** (26,7/100 000 habitants, soit -1%) en S15 et le taux d'admissions en services de soins critiques était en augmentation (5,5/100 000 habitants, soit +5%). Le **taux de décès** à l'hôpital était de 3,8/100 000 habitants, soit +6% en S15.

Dans les **Hauts-de-France**, le **taux d'incidence était de 403/100 000 habitants, en diminution** par rapport au taux corrigé de S14 (477, soit -16%). Le taux de dépistage était également en diminution en comparaison du taux corrigé de S14 (3 461/100 000 habitants vs 4 682, soit -26%). Le taux de positivité était élevé, à 11,6%. Le taux d'hospitalisations était de 22,4/100 000 habitants, en diminution (-3%) et celui d'admissions en services de soins critiques était de 6,0 (-14%). Le taux de décès à l'hôpital était de 5,4 pour 100 000 habitants (-10%).

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

En Martinique, le taux d'incidence s'élevait à 204/100 000 habitants, en diminution par rapport à celui du taux corrigé de S14 (290, soit -30%). Le taux d'hospitalisations était toujours le plus élevé des DROM, soit 20,1/100 000 habitants mais en diminution en S15 (21,7, soit -6 hospitalisations). Le taux d'admissions en services de soins critiques était en diminution (4,7/100 000 habitants vs 5,6 en S14, soit -3 admissions).

En Guadeloupe, le taux d'incidence était de 224/100 000 habitants, en légère augmentation par rapport au taux d'incidence corrigé S14 (210, soit +7%). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques étaient respectivement 14,6/100 000 habitants (soit +8 hospitalisations) et 4,2 (soit +8 admissions), de nouveau en augmentation par rapport à S14.

En Guyane, le taux d'incidence atteignait 192/100 000 habitants, en augmentation en comparaison du taux d'incidence corrigé de S14 (164, soit +17%). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques étaient respectivement 11,4/100 000 habitants (soit +4 hospitalisations) et 2,4 (soit +8 admissions), en augmentation par rapport à S14.

À Mayotte, le taux d'incidence était de 51/100 000 habitants (vs 55 en S14, taux d'incidence corrigé). Le nombre d'hospitalisations était en diminution (5 patients vs 10 en S14) et une admission en services de soins critiques était enregistrée vs deux en S14.

À La Réunion, le taux d'incidence était de 109/100 000 habitants, en diminution en comparaison du taux d'incidence corrigé de S14 (vs 134, soit -19%). Le taux d'hospitalisations était stable (-1 hospitalisation) tandis que le taux d'admissions en services de soins critiques était en augmentation (+26%, soit +5 admissions).

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

► Variants préoccupants du SARS-CoV-2

À ce jour, **quatre variants ont été qualifiés de préoccupants (VOC)** en raison de leur transmissibilité augmentée et du risque d'échappement à la réponse immunitaire. **Trois d'entre eux, les variants 20I/501Y.V1** (ayant émergé au Royaume-Uni), **20H/501Y.V2** (ayant émergé en Afrique du Sud) **et 20J/501Y.V3** (ayant émergé au Brésil), **circulent en France depuis le début de l'année 2021**, tandis que le quatrième (20I/484K (B.1.1.7 + E484K), ayant émergé au Royaume-Uni début 2021) a été peu détecté en France jusqu'ici.

D'autres variants du SARS-CoV-2, caractérisés par un changement phénotypique par rapport à un virus de référence, ou ayant des mutations conduisant à des changements en acides aminés associés à des implications phénotypiques confirmées ou suspectées, sont **qualifiés de variants à suivre (VOI)** après une analyse de risque conjointe par le Centre national de référence des virus respiratoires et Santé publique France.

Certains ont déjà été détectés sur le territoire et bénéficient à ce titre d'une surveillance renforcée : il s'agit notamment des variants 20A/484 (lignage B.1.525) détecté plus fréquemment en France depuis peu, 20C/655Y (lignage B.1.616) ayant été identifié en Bretagne en début d'année 2021 dans le cadre d'un foyer épidémique hospitalier, et 19B/501Y (lignage A.27). Le variant 20A/484Q (lignage B.1.617), qui aurait émergé en Inde, est également classé comme VOI. Il a été détecté chez deux voyageurs en provenance d'Inde et en transit par la Guadeloupe, mais aucun cas autochtone n'a été identifié en France à ce jour. Plus d'informations sur ces variants sont disponibles sur le [site de Santé publique France](#).

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

Au niveau national en S15, parmi les tests positifs criblés dont les résultats étaient disponibles dans SI-DEP (49,8% de l'ensemble des tests de première intention positifs), **82,3% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 et 4,2% de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3**. Ces résultats étaient stables par rapport à la semaine précédente. Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les 96 départements métropolitains présentant des données interprétables, la proportion du variant 20I/501Y.V1 était supérieure à 80% dans 67 départements, et supérieure à 90% dans 23 d'entre eux. La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 était supérieure à 10% dans quatre départements, la Moselle, la Haute-Saône, les Vosges et la Creuse, département où des investigations sont actuellement menées.

Variant de clade 20C ayant émergé en Bretagne

Un cluster d'infections par un variant de clade 20C («variant 20C/H655Y» ou B.1.616) a été détecté dans les Côtes d'Armor, avec des cas survenus entre janvier et avril 2021. La particularité associée aux cas confirmés d'infections à ce variant est la possibilité de présenter des symptômes évocateurs de COVID-19 avec une RT-PCR négative sur les prélèvements naso-pharyngés habituels. Le virus est néanmoins détectable par les techniques de RT-PCR habituelles mais semble être identifié de manière préférentielle dans les voies aériennes basses. À ce jour, il n'est pas démontré que ce variant serait plus transmissible, qu'il entraînerait des formes plus sévères ou qu'il échapperait à l'immunité acquise après infection ou induite par la vaccination.

Une surveillance renforcée a été mise en place dans la zone géographique concernée en Bretagne. Un protocole national d'investigation des cas évocateurs d'infection par le variant 20C/655Y a été diffusé pour identifier et décrire les cas qui surviendraient en dehors de cette zone géographique. En cas de suspicion d'infection par ce variant ([protocole d'investigation](#) disponible sur le site Internet de Santé publique France), des prélèvements au-delà de la sphère naso-pharyngée doivent être proposés chaque fois que possible pour augmenter la sensibilité du diagnostic par RT-PCR.

Au 21 avril, 37 cas d'infection par le variant 20C/655Y ont été confirmés (34 en Bretagne, trois dans d'autres régions). Tous les cas ont un lien direct ou indirect avec la zone de surveillance renforcée en Bretagne. La majorité des cas était reliée à des transmissions au sein de clusters hospitaliers dans la zone. Quelques cas ont été rapportés en lien avec une chaîne de transmission en communauté mais, à ce jour, il n'a pas été identifié de diffusion importante de ce variant dans la population, que ce soit en Bretagne ou ailleurs. Les investigations épidémiologiques se poursuivent pour caractériser l'épisode et suivre la diffusion de ce variant.

Situation épidémiologique dans le Finistère en lien avec le VOC 20I/484K

Le VOC 20I/484K a été identifié pour la première fois en Grande-Bretagne suite à l'acquisition par le VOC 20I/501Y.V1 de la mutation E484K, sans signal à ce jour en faveur d'une diffusion significative au Royaume-Uni ou ailleurs dans le monde. Seize cas d'infection par ce variant ont été détectés par séquençage en France : 6 cas en Île-de-France, 4 cas en Bretagne, 3 cas dans les Hauts-de-France, 1 cas en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 1 cas dans les Pays de la Loire et 1 cas en Centre-Val de Loire.

En Bretagne, un foyer épidémique lié à ce variant ainsi que plusieurs cas sporadiques ont été détectés par séquençage (n=4) ou grâce à une RT-PCR de criblage permettant d'identifier spécifiquement ce VOC (ciblant les 3 mutations N501Y, del69-70 et E484K, n=10), tous résidant ou ayant séjourné dans une zone géographique limitée autour de Brest. Des investigations épidémiologiques sont en cours ainsi que des actions ciblées de dépistage dans la population, afin d'évaluer le risque de diffusion communautaire de ce VOC.

► Surveillances spécifiques et populationnelles

Parmi les 11 059 patients recensés par la surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation depuis le 05 octobre 2020, 69% étaient des hommes. En comparaison avec la période septembre-décembre 2020, depuis janvier 2021 un rajeunissement des patients admis en réanimation est observé, la part de patients âgés de 65 ans et plus ayant significativement diminué. La part des patients admis en réanimation sans comorbidité a légèrement augmenté depuis janvier 2021. Les comorbidités les plus fréquentes restaient l'obésité, l'hypertension artérielle et le diabète. Au cours de leur séjour en réanimation, un recours à la ventilation invasive a été réalisé pour 42% des patients et, pour 3%, une assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R) a été nécessaire.

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), après la sous-déclaration observée en S11, un rattrapage des données s'est effectué en S12 dans la nouvelle application de signalement des épisodes de COVID-19, mise en place le 19 mars 2021. Depuis S06, le **nombre de cas et de décès** était en diminution et depuis début mars (S10), une stabilisation de ces indicateurs est observée.

► Santé mentale

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

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

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

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

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

► Prévention

Les résultats de l'enquête CoviPrev (vague 22, du 15 au 17 mars 2021), détaillés dans le [Point épidémiologique du 25 mars 2021](#), montraient que, si les mesures barrières étaient largement utilisées par la population, **l'adoption systématique de réduction des contacts tendait à baisser**, probable reflet de la lassitude d'une partie de la population vis-à-vis des mesures de contrôle. L'intention de se faire vacciner pour ceux qui ne le sont pas encore s'est maintenue. La vaccination semble s'accompagner d'un relâchement des mesures barrières alors qu'il est pourtant important de les maintenir.

Concernant la vaccination contre la COVID-19, on dénombrait au 20 avril **13 018 378 personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 4 850 310 personnes ayant reçu deux doses**, soit respectivement **19,4% et 7,2% de la population** en France. Pour les personnes âgées de 75-79 ans, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 74,7% (deux doses : 48,8%) et de 66,5% pour les 80 ans et plus (deux doses : 44,7%). Il est estimé que 73,8% des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu une première dose de vaccin.

Les données issues de Vaccin Covid sont disponibles en *open data* sur la plateforme [Géodes](#) 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 pour COVID-19, admis en réanimation, en soins intensifs ou en unités de surveillance continue, ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation rapportés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars 2020).

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

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

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

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

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

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

Services de réanimation sentinelles : données non exhaustives à visée de caractérisation en termes d'âge, 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).

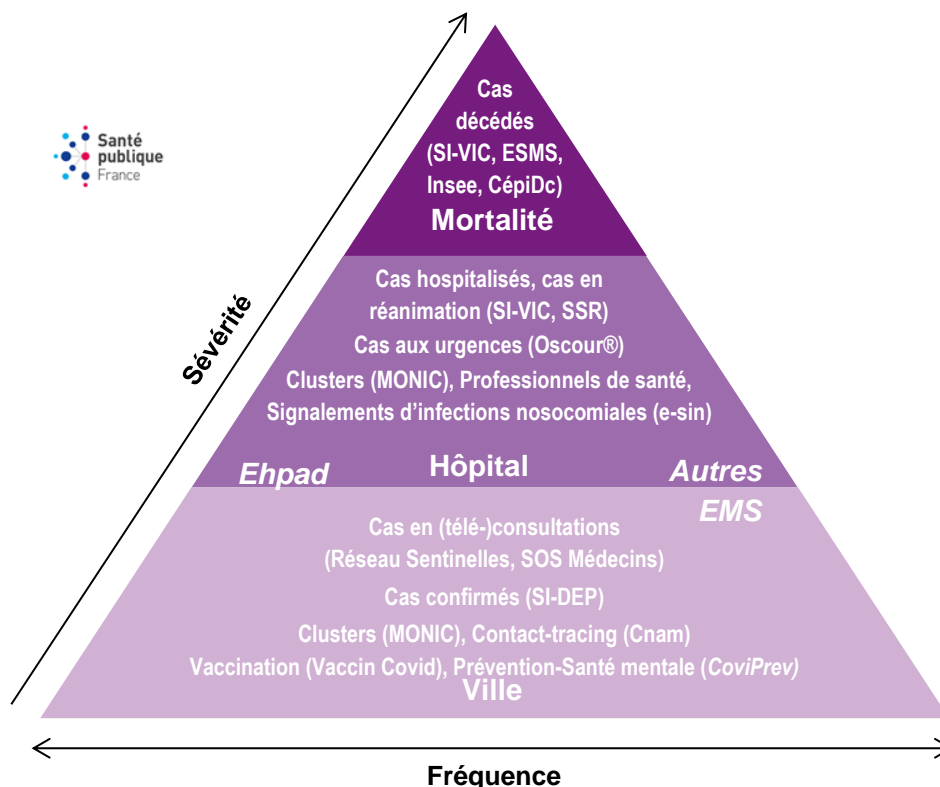
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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 : Christine Campèse, Nicolas Méthy, Claire Sauvage, Judith Benrekassa, Bruno Coignard

Systèmes de surveillance : Lélia Abad, Pauline Adam, Jonathan Bastard, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Clémentine Calba, Céline Caserio-Schönemann, Édouard Chatignoux, Jamel Daoudi, Jean-Claude Desenclos, Julien Durand, Myriam Fayad, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Laurence Guldner, Katia Hamdad, Eline Hassan, Imene Horigue, Yann Le Strat, Daniel Levy-Bruhl, Étienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Jérôme Naud, Camille Pelat, Alessandro Pini, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Julian Rozenberg, Cécile Sommen, Guillaume Spaccaferri, 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

22 avril 2021