

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 07 juillet 2021.**

► Points clés

En semaine 26, dégradation de la situation après plusieurs semaines d'amélioration des indicateurs épidémiologiques, avec une augmentation de la circulation du SARS-CoV-2 chez les moins de 65 ans et une forte progression de la détection du variant Delta

- Augmentation marquée du taux d'incidence chez les 15-64 ans, particulièrement chez les 15-44 ans
- Poursuite de la diminution des hospitalisations et des admissions en soins critiques
- Métropole : augmentation de la circulation du SARS-CoV-2 dans toutes les régions, avec hétérogénéité territoriale
- Outre-mer : augmentation des indicateurs en Martinique et à La Réunion
- Variants préoccupants (VOC)
 - Variant Alpha en nette diminution
 - Variant Delta en forte augmentation, avec une hétérogénéité géographique

Prévention

- Couverture vaccinale en population générale au 06 juillet : 52% pour une dose et 38% pour une vaccination complète
- Diminution de l'adhésion aux mesures barrières et augmentation récente des situations à risque de contamination
- Diminution des états dépressifs et anxieux déclarés
- Importance de la vaccination dans l'ensemble de la population éligible
- Importance du respect du dispositif de contact-tracing pour limiter la propagation des virus SARS-CoV-2
- 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 26 (du 28 juin au 04 juillet 2021)

	S26	S25*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19	16 538	12 587	+31%
Taux d'incidence (/100 000 habitants) des cas de COVID-19 (SI-DEP)	25	19	+31%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	0,9%	0,8%	+0,1 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	662	686	-3%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	947	891	+6%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	803	957	-16%
Nombre de nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19 (SI-VIC)	173	226	-23%

* Données consolidées

Du 1^{er} mars 2020 au 06 juillet 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	111 262
---	---------



► Point de situation en semaine 26 (du 28 juin au 04 juillet 2021)

En semaine 26, la situation se dégrade après plusieurs semaines d'amélioration des indicateurs épidémiologiques. Le nombre de reproduction effectif estimé au 03 juillet à partir des données virologiques (SI-DEP) est à nouveau supérieur à 1 marquant ainsi la reprise épidémique. Le taux d'incidence était en nette augmentation chez les 15-64 ans, et plus particulièrement chez les 15-44 ans. L'augmentation du taux d'incidence touchait toutes les régions, avec une forte hétérogénéité départementale. La proportion du variant Delta détecté parmi les cas diagnostiqués était en forte progression, avec une hétérogénéité territoriale. Une diminution de l'adhésion aux mesures barrières était observée dans la population, dans un contexte de levée des restrictions sanitaires. Les données du contact tracing indiquaient une forte hausse du nombre de cas ayant fréquenté des lieux propices à la contamination (notamment réunions privées, restaurants et bars) où le port du masque ne peut pas être systématique. Au 06 juillet 2021, 52% de la population avait reçu une dose de vaccin et 38% était complètement vaccinée. Dans un contexte de diffusion croissante du variant Delta, il est important d'encourager à la vaccination toutes les personnes éligibles, avec des mesures spécifiques de facilitation d'accès pour les plus âgées non encore vaccinées, dans l'objectif d'atteindre un niveau suffisant d'immunité collective et de protéger les personnes les plus fragiles. Il est également essentiel de maintenir un haut niveau d'adhésion aux mesures de prévention et de dépistage, de traçage des contacts et de respect de l'isolement en cas d'infection ou de contact avec un cas confirmé.

Situation épidémiologique

Au niveau national, 16 538 nouveaux cas ont été confirmés en semaine 26, soit environ 2 360 cas en moyenne chaque jour. Après 11 semaines consécutives de baisse, **le taux d'incidence était en augmentation**, à 25/100 000 habitants, soit +31% par rapport à la semaine 25. Le taux de dépistage était également en hausse (2 736 pour 100 000 habitants, soit +11%).

Le taux d'incidence était en nette augmentation chez les 15-64 ans : l'augmentation était très marquée chez les 15-44 ans (+53%) et plus modérée chez les 45-64 ans (+12%). Le taux d'incidence était en très faible augmentation chez les 0-14 ans (+1%) et en baisse chez les 65 ans et plus. Une augmentation du recours au dépistage était observée chez les 15-64 ans : +28% chez les 15-44 ans et +7% chez les 45-64 ans.

Le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 enregistrés par SOS Médecins était stable à un niveau bas (-3%), après quatre semaines de baisse et une semaine de stabilisation. Le **nombre de passages aux urgences** pour suspicion de COVID-19 était en légère **hausse** (+6%), cette hausse concernait uniquement les moins de 45 ans.

Le nombre de déclarations de nouvelles hospitalisations et admissions en services de soins critiques diminuait encore en S26 (respectivement -16% et -23% par rapport à la semaine 25). Le nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation était toujours en diminution au 06 juillet, avec **7 696 patients hospitalisés**, dont **1 045 en services de soins critiques**. Néanmoins, l'évolution du taux d'hospitalisations doit être suivie avec attention ces prochaines semaines en raison de l'augmentation du taux d'incidence en semaine 26.

Les décès de patients COVID-19 hospitalisés étaient toujours en diminution en semaine 26 (-24%) et ceux survenus dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) restaient à un niveau très faible.

En France métropolitaine, **le taux d'incidence augmentait dans toutes les régions**, avec toutefois des hausses d'amplitude variable selon les régions. Le nombre de reproduction effectif estimé au 03 juillet à partir des données virologiques (SI-DEP), était significativement supérieur à 1 dans 7 régions métropolitaines : Bretagne, Corse, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. **Les indicateurs hospitaliers restaient en diminution ou stables** dans toutes les régions.

En Outre-mer, **une forte augmentation du taux d'incidence** était enregistrée en **Martinique**, les indicateurs hospitaliers étaient également en hausse. À **La Réunion**, le taux d'incidence et les indicateurs hospitaliers étaient **en augmentation**. La **baisse de la circulation virale** se poursuivait en **Guyane**.

Variants du SARS-CoV-2

En semaine 26, les **mutations E484K et E484Q** ont été détectées dans respectivement 19,1% et 0,8% des prélèvements positifs criblés recherchant ces mutations. **La détection de la mutation L452R** (portée principalement par le variant Delta) **augmentait fortement** : elle était retrouvée dans 43% des prélèvements positifs criblés (21% en S25).

Les résultats préliminaires de l'enquête Flash #12 du 22 juin 2021 montrent que la part du variant préoccupant Alpha était en nette diminution. En revanche, **l'augmentation de la part du variant Delta était marquée** (de 8,5% à 30,5% en deux semaines).

Le variant Delta circule sur la majeure partie du territoire avec des transmissions communautaires rapportées dans de nombreux départements. La diffusion croissante de ce variant est suivie avec la plus grande attention, compte tenu de sa transmissibilité accrue par rapport aux souches virales de référence et au VOC Alpha, d'une possible augmentation de la sévérité de l'infection et de données préliminaires en faveur d'une moindre efficacité vaccinale lors d'un schéma vaccinal incomplet.

Identification et contrôle des chaînes de transmission

En semaine 26, les nombres de **cas et de personnes-contacts enregistrés dans ContactCovid** étaient en **augmentation** de 29% et 16% respectivement, mais restaient à des niveaux peu élevés. Une hausse du pourcentage de personnes-contacts devenant des cas était observée et pourrait s'expliquer par une augmentation des activités de dépistage notamment celles réalisées autour des clusters.

Une proportion croissante des contaminations semblait se dérouler en dehors de chaînes de contamination connues. En effet, la part des cas précédemment identifiés comme personnes-contacts diminuait, alors que le nombre moyen de personnes-contacts par cas restait stable. Une hypothèse pour cette baisse serait l'augmentation du nombre de cas rapportant un voyage à l'étranger avant leur maladie (possiblement à l'origine de leur contamination), et dont la chaîne de transmission est impossible à tracer car ayant eu lieu dans un autre pays. Cependant, il faut aussi noter la **très forte hausse du nombre de cas ayant fréquenté des lieux propices à des contaminations**, notamment réunions privées, restaurants et bars, où le port du masque ne peut pas être systématique. L'augmentation des cas ayant fréquenté des transports collectifs peut paraître moins inquiétante du fait du port obligatoire du masque, mais conduit à insister sur l'absolue nécessité pour les cas symptomatiques à s'isoler dès le début des signes, y compris en attendant le résultat de leur test.

Prévention

Les résultats de la dernière **enquête CoviPrev** menée du 21 au 28 juin 2021 montraient une **diminution de l'adoption systématique des mesures barrières** par rapport à l'enquête précédente (17-19 mai), en particulier des mesures de limitation des interactions sociales et de port du masque. Les états dépressifs et états anxieux déclarés étaient en diminution. Après une augmentation régulière de l'adhésion à la vaccination depuis le début de l'année, celle-ci se stabilisait à 77% en juin (répondants déclarant être vaccinés (au moins une dose) ou avoir l'intention de le faire).

Le 06 juillet, **34 904 228** personnes ont reçu **au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** et **25 402 481** ont été vaccinées **avec un schéma complet, soit respectivement 52,0% et 37,8% de la population en France**. La moitié des 18-49 ans avait reçu au moins une dose de vaccin (50,6%), cinq semaines seulement après l'ouverture élargie de la vaccination à tous les adultes. La vaccination est accessible aux enfants de 12 ans et plus depuis le 15 juin 2021, et 17,0% des 12-17 ans ont déjà reçu une première dose de vaccin. La couverture vaccinale est élevée chez les plus âgés mais sa progression limitée depuis plusieurs semaines invite au renforcement des actions pour aller vers ces personnes, par tous les dispositifs mobilisables possibles.

Les couvertures vaccinales des résidents en Ehpad ou USLD sont élevées : 88,8% pour au moins une dose et 83,1% pour une vaccination complète. **Celles des professionnels de santé libéraux sont également élevées** : 80,5% pour la première dose et 75,2% pour une vaccination complète. **Les couvertures vaccinales des professionnels exerçant en Ehpad et USLD** sont estimées à 60,5% pour la première dose et 49,7% pour une vaccination complète.

L'adoption systématique des gestes barrières demeure indispensable pour tous. Il est essentiel que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de la COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. Dans cette situation de reprise épidémique, le maintien des activités d'identification et d'isolement des cas et des contacts ainsi que l'incitation à la vaccination sont plus que jamais essentiels pour contenir l'épidémie et lutter contre la diffusion des variants préoccupants.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	5
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	16
ACTES MÉDICAUX DES ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS	18
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	19
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	20
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ	24
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	26
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	27
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE	31
SITUATION INTERNATIONALE	33
SOURCES DES DONNÉES	34

Retrouvez les dernières données concernant :

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

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

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

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

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

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

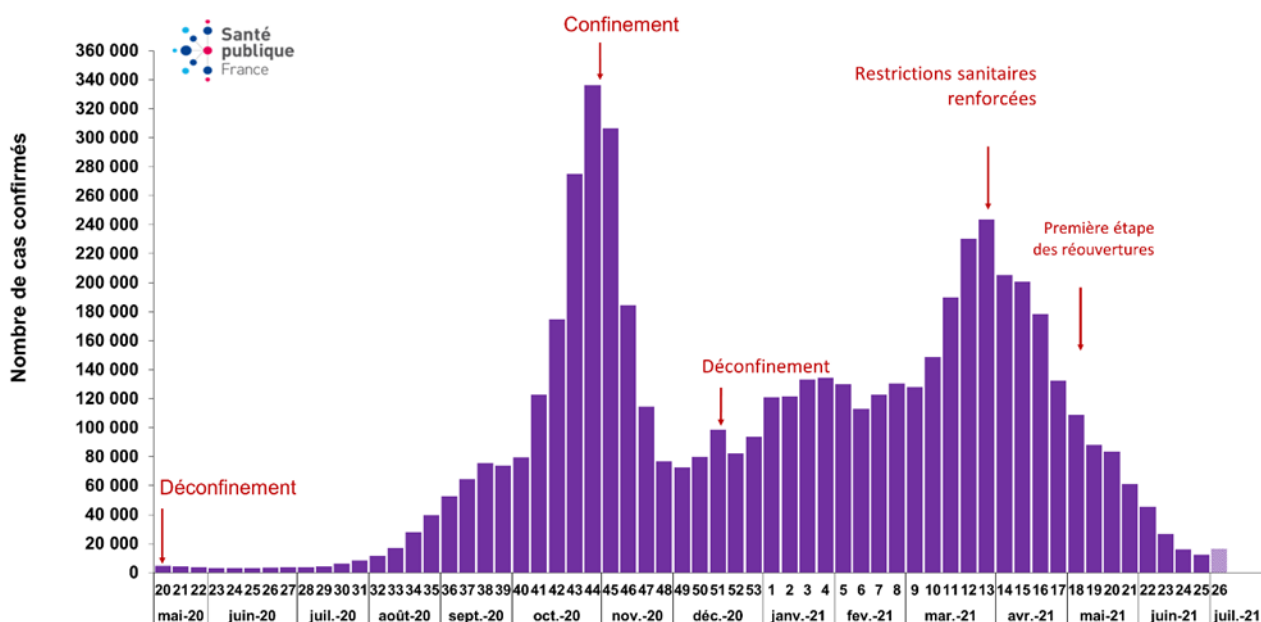
Cas confirmé de COVID-19 : personne présentant une infection à SARS-CoV-2 confirmée par test RT-PCR ou test antigénique, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique (voir [définition de cas](#)).

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

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

- En semaine 26, 1 837 959 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 1 654 718 en S25) et 16 538 **nouveaux cas confirmés** ont été rapportés (vs 12 587 en S25) (Figure 1).
- Au 07 juillet 2021, un total de **5 794 665 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

Figure 1. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement) rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 04 juillet 2021, France (données au 07 Juillet 2021)



Semaine 26 : données non consolidées

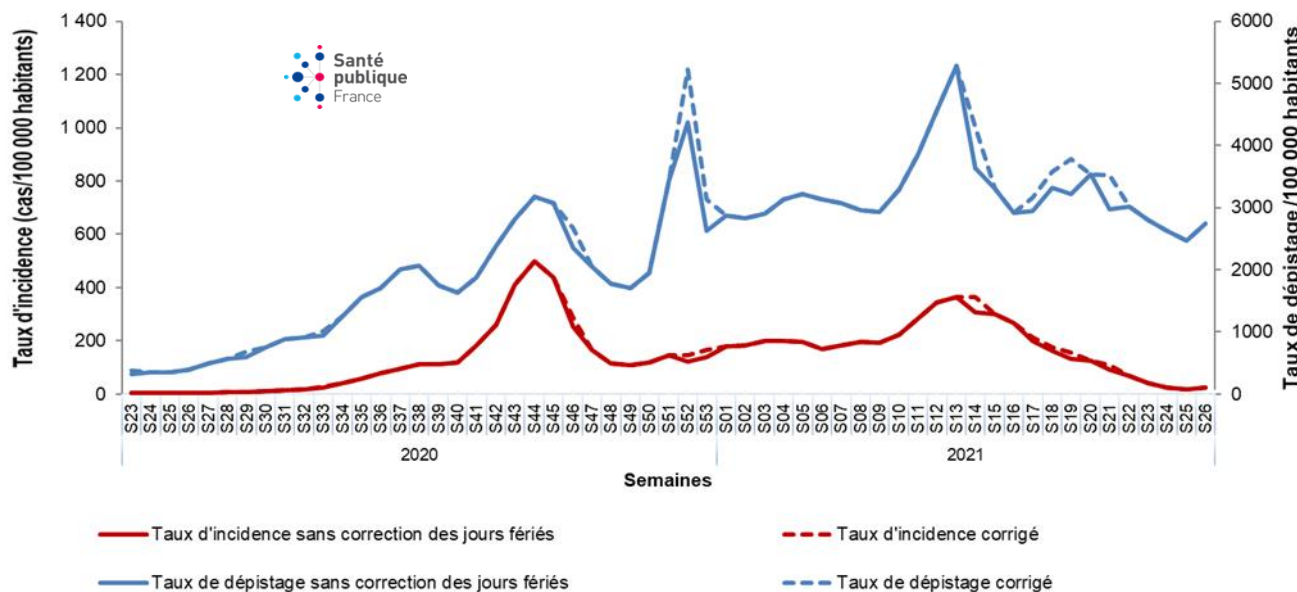
Sources : SI-DEP

- **Le taux d'incidence** national hebdomadaire (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de 25 pour 100 000 habitants en S26, **en augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (19 cas/100 000 habitants en S25, soit +31%) (Figure 2).

- **Le taux de dépistage** national hebdomadaire (nombre de personnes testées pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population) était de 2 739 pour 100 000 habitants en S26, **en augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (2 465/100 000 habitants en S25, soit +11%) (Figure 2).

- En S26, **le taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de 0,9% (calculé sur les personnes testées et dont les tests étaient valides), **stable** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (0,8% en S25, soit +0,1 point) (Figure 3c).

Figure 2. Évolution des taux d'incidence et de dépistage par semaine, avec ou sans correction pour l'effet des jours fériés, depuis la semaine 23-2020, France (données au 07 juillet 2021)



Semaine 26 : données non consolidées

Source SI-DEP

Analyse par classe d'âge

- En semaine 26, **le taux d'incidence** était en très légère augmentation chez les 0-14 ans (+1% par rapport à S25) et **en augmentation plus marquée chez les 15-44 ans (+53%) et les 45-64 ans (12%)**. Il a diminué chez les 65-74 ans (-6%) et les 75 ans et plus (-9%) (Figure 3a). **Le taux de dépistage a augmenté chez les 15-44 ans (+28%) et les 46-64 ans (+7%)**. Il était en diminution dans les autres classes d'âge. **Le taux de positivité** était stable chez les 45 ans et plus ainsi que chez les 0-14 ans, et en légère augmentation chez les 15-44 ans (+0,2 point).

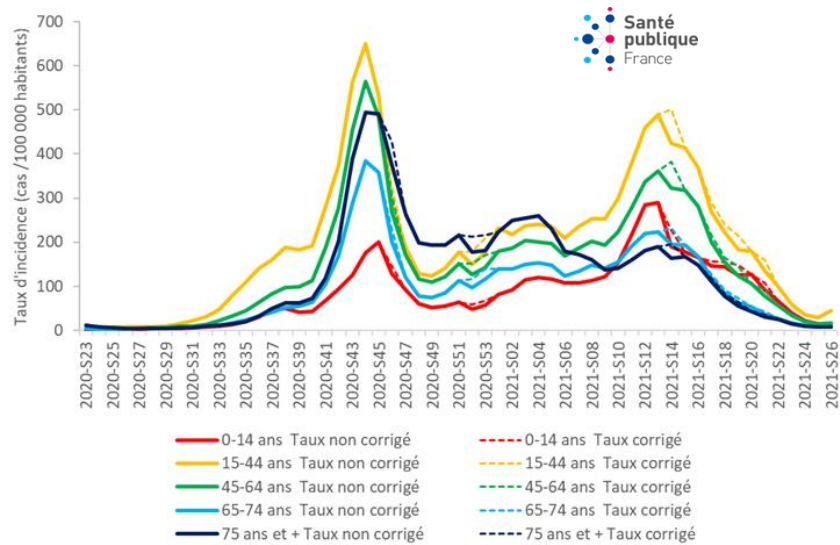
Dépistage selon la présence de symptômes

- En semaine 26, l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 87% des personnes testées (soit n=1 595 519). La part des personnes symptomatiques parmi les personnes testées était de 7,2%, stable par rapport à S25 (7,0%). Le taux de positivité était en augmentation chez les symptomatiques (5,7% vs 4,7% en S25) et stable chez les asymptomatiques (0,6% vs 0,5% en S25).

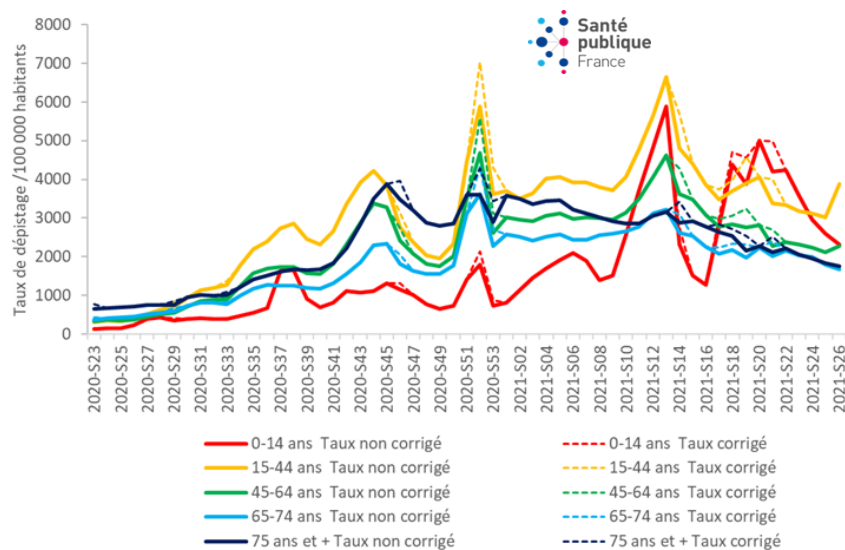
- Parmi les cas, 44% étaient symptomatiques, proportion en légère augmentation par rapport à S25 (42%). En S26, 6 490 cas étaient symptomatiques (vs 4 678 en S25, soit +39%) et 8 372 étaient asymptomatiques (vs 6 521 en S25, soit +29%)

Figure 3. Évolution des taux d'incidence (3a) et de dépistage (3b), corrigés et non corrigés pour l'effet des jours fériés, et du taux de positivité (3c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23-2020, France (données au 07 juillet 2021)

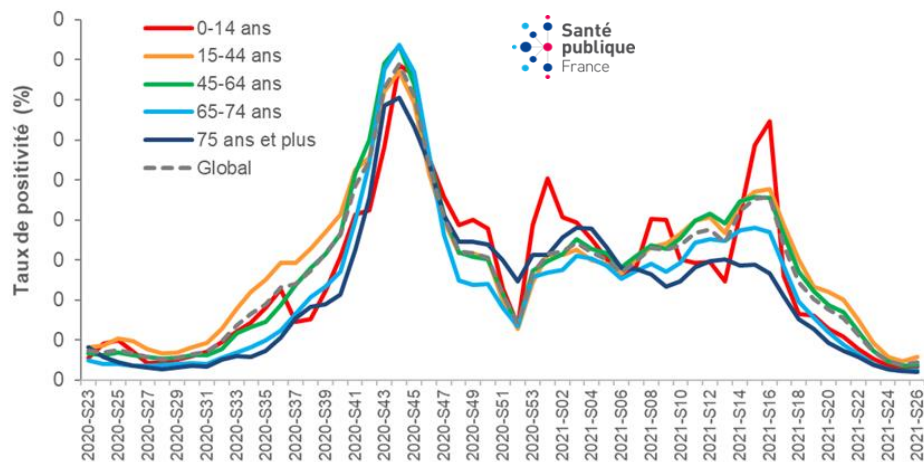
3a. Taux d'incidence



3b. Taux de dépistage



3c. Taux de positivité



Semaine 26 : données non consolidées

Source : SI-DEP

► Au niveau régional

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

Métropole

- En semaine 26, au niveau régional, **les taux d'incidence** restaient à des niveaux bas (inférieurs à 40/100 000 habitants), mais une augmentation était observée dans toutes les régions (supérieure à 30% dans 8 régions).

Au niveau départemental, les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements suivants : Paris (57/100 000 habitants, soit +101%), les Landes (50, soit +3%), la Seine-Saint-Denis (39, soit +27%), les Pyrénées-Atlantiques (37, soit +59%), la Haute-Garonne (37, soit +37%) et le Val-d'Oise (36, soit +31%).

En S26, le taux d'incidence était inférieur à 10 dans 25 départements (vs 32 départements en S25) et supérieur à 20 dans 28 départements (vs 16 en S25), indiquant que la circulation virale continuait de progresser sur le territoire. On constate cette semaine une augmentation du taux d'incidence dans 66 départements contre 8 en S25 (augmentation supérieure à 30% dans 41 départements en S26).

- **Les taux de dépistage** les plus élevés étaient enregistrés en Île-de-France (4 073/100 000 habitants), Provence-Alpes-Côte d'Azur (3 537) et Corse (3 421). Le taux de dépistage était en diminution en Normandie (-12%), Hauts-de-France (-5%) et Bourgogne-Franche-Comté (-4%). Il était stable ou en augmentation dans les autres régions, avec +23% en Provence-Alpes-Côte d'Azur et +20% en Île-de-France.

- **Les taux de positivité** étaient stables ou en légère augmentation dans toutes les régions. Les taux de positivité les plus élevés étaient observés en Bretagne (1,1%, +0,3 point), Nouvelle-Aquitaine (1,0%, +0,2 point), Normandie (0,9%, +0,3 point) et Île-de-France (0,9%, +0,2 point).

Outre-mer

- **En Guyane**, le taux d'incidence en S26 était de 185/100 000 habitants, **en diminution** par rapport au taux de la semaine 25 (238, soit -22%).

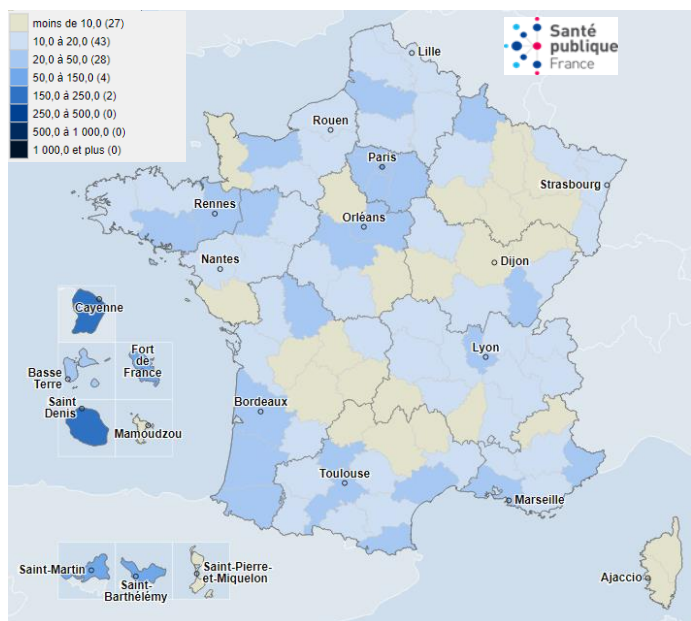
- Le taux d'incidence était en **forte augmentation** en **Martinique** (115 vs 30 en S25 soit +273%).

- Le taux d'incidence était en augmentation à Saint-Barthélemy (60 vs 30 en S25, soit +100%), à Saint-Martin (147 vs 125 en S25, soit +18%) et à La Réunion (157 vs 141 en S25, soit +12%).

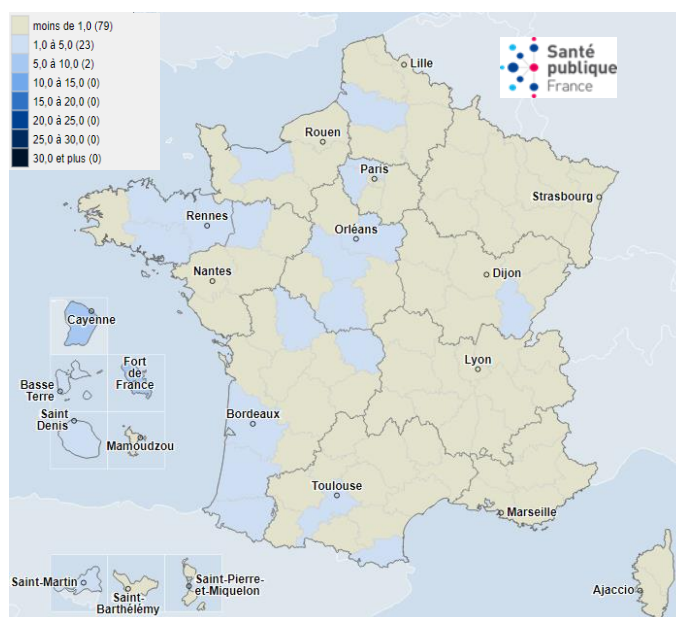
- Le taux d'incidence était en diminution en Guadeloupe (33 vs 39 en S25, soit -16%)

Figure 4. Taux d'incidence (/100 000 habitants) (4a), de positivité (%) (4b) et de dépistage (nombre de tests/100 000 habitants) (4c) pour le SARS-CoV-2 du 28 juin au 04 juillet 2021, par département, France (données au 07 juillet 2021)

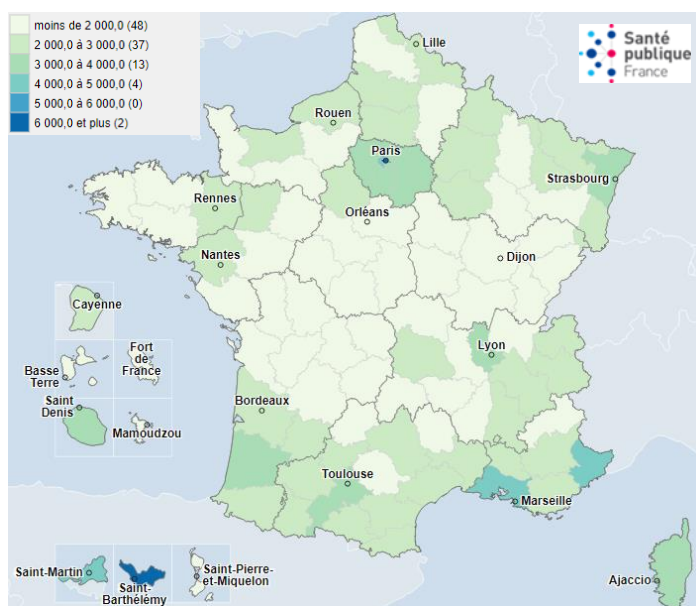
4a. Taux d'incidence



4b. Taux de positivité



4c. Taux de dépistage



Source : SI-DEP

► Analyse par niveaux scolaires

- **En semaine 26**, 370 822 personnes de moins de 18 ans ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 361 451 en S25, soit +3%). Un total de 2 748 nouveaux cas a été rapporté (vs 2 493 en S25, soit +10%). Les 0-17 ans représentaient 17% 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 25%, les 11-14 ans 32% et les 15-17 ans 33%.

- Le **taux d'incidence** au niveau national était de 6 pour 100 000 habitants chez les 0-2 ans, 7 chez les 3-5 ans, 16 chez les 6-10 ans, 26 chez les 11-14 ans et 37 chez les 15-17 ans (Figure 5a).

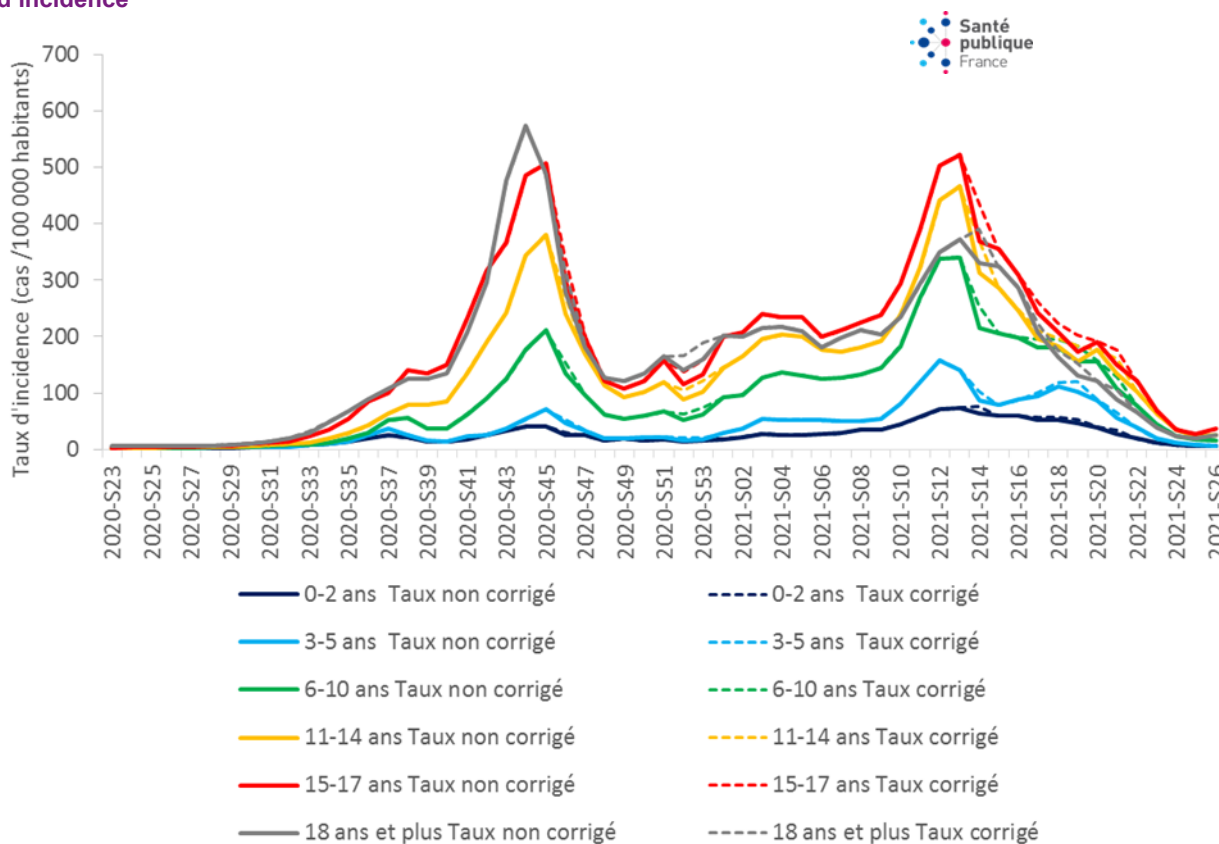
- Le **taux d'incidence** diminuait chez les 3-5 ans (-15%) et les 6-10 ans (-3%) pour la septième semaine consécutive, tandis qu'il augmentait chez les 0-2 ans (+5%), les 11-14 ans (+8%) et plus fortement chez les 15-17 ans (+35%).

- Le **taux de dépistage** diminuait chez les 3-5 ans (-28%) et les 6-10 ans (-24%) pour la cinquième semaine consécutive ; ce taux était globalement stable chez les 0-2 ans (-1%) tandis qu'il augmentait chez les 11-14 ans (+19%) et les 15-17 ans (+83%) (Figure 5b).

- Le **taux de positivité** augmentait de +0,1 point chez les 0-2 ans, les 3-5 ans et les 6-10 ans, tandis qu'il diminuait chez les 11-14 ans (-0,1 point) et les 15-17 ans (-0,3 point) (Figure 5c).

Figure 5. Évolution des taux d'incidence (5a) et de dépistage (5b) corrigés et non corrigés pour l'effet des jours fériés, et du taux de positivité (5c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge des moins de 18 ans, depuis la semaine 23-2020, France (données au 07 juillet 2021)

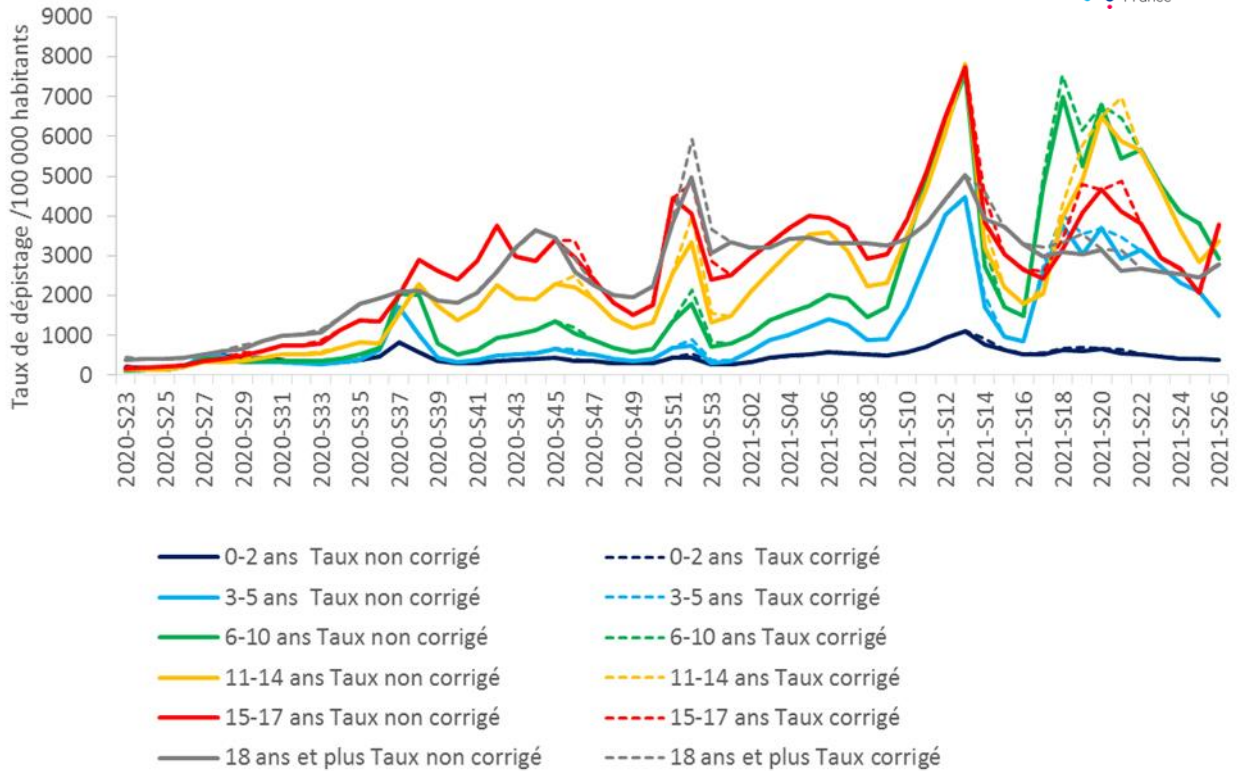
5a. Taux d'incidence



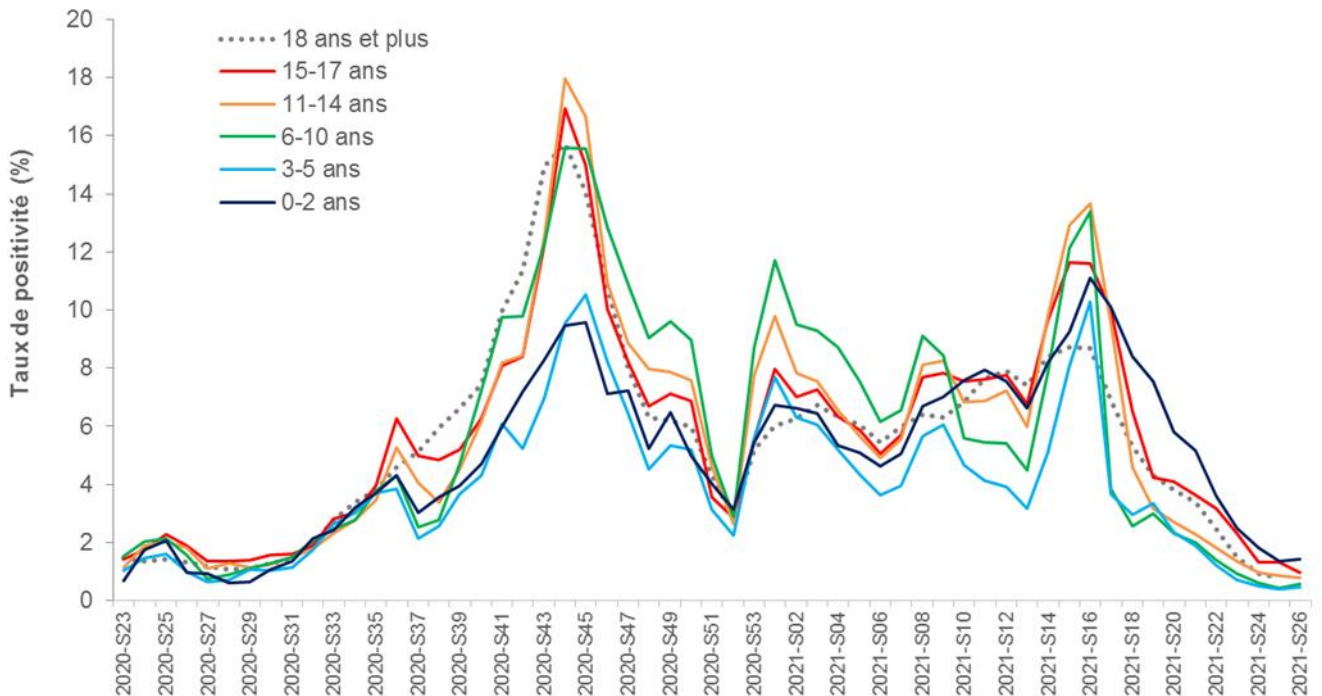
Semaine 26 : données non consolidées

Source : SI-DEP

5b. Taux de dépistage



5c. Taux de positivité



Semaine 26 : données non consolidées

Source : SI-DEP

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

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

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

Tests de criblage

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

Depuis le 31 mai 2021, la stratégie nationale de criblage systématique par RT-PCR des tests positifs pour le SARS-CoV-2 permet de cibler les trois mutations d'intérêt E484K (portée notamment par les variants Beta et Gamma), E484Q et L452R (portée notamment par le variant Delta) (Tableau 1).

En semaine 26, 10 198 tests RT-PCR et antigéniques ont fait l'objet d'un **test additionnel de criblage, soit 48% de l'ensemble des tests positifs pour le SARS-CoV-2**. Parmi ces tests, la mutation L452R, portée notamment par le variant Delta, était retrouvée dans 43% des PCR de criblage la recherchant et pour lesquelles le résultat est interprétable (21% en S25, soit +107%) (Tableau 1).

On observait une grande hétérogénéité de cette proportion sur le territoire (Figure 6).

Tableau 1. Proportion de tests de criblage ayant retrouvé la présence des mutations E484K, E484Q ou L452R en semaine 26, et les variants du SARS-CoV-2 qui les portent, données au 07 juillet 2021*

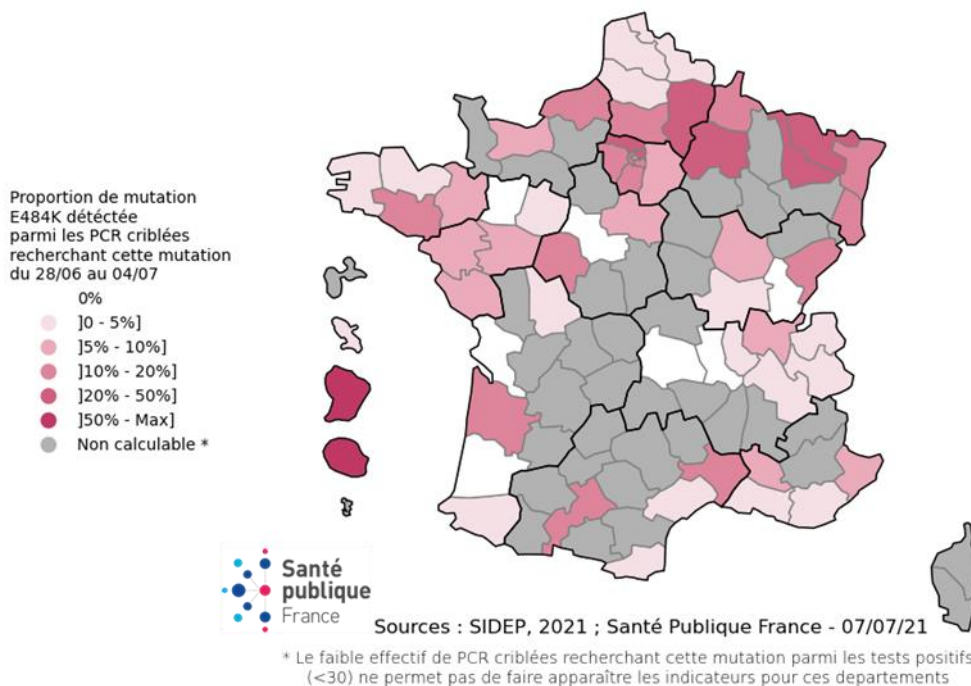
Mutation	% de détection parmi les prélèvements criblés pour cette mutation (S26/2021)	Variants portant la mutation**
E484K	19,1%	VOC 20H (V2, B.1.351, Beta) VOC 20J (V3, P.1, Gamma) VOC 20I/484K (B.1.1.7+E484K) VOI 21D (B.1.525, Eta) VOI 20B (B.1.1.318) VUM 20C (B.1.526, Iota) VUM 20C (B.1.619) VUM 20A (B.1.620) VUM 20B (P.2, Zeta)
E484Q	0,8 %	VOC 20I/484Q (B.1.1.7+E484Q) VOI 21H (B.1.617.1, Kappa)
L452R	43,2%	VOC 21A (B.1.617.2, Delta) VOI 21H (B.1.617.1, Kappa) VOI 20I/452R (B.1.1.7 + L452R) VOI 20D (C.36.3) VUM 21C (B.1.427 / B.1.429, Epsilon)

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

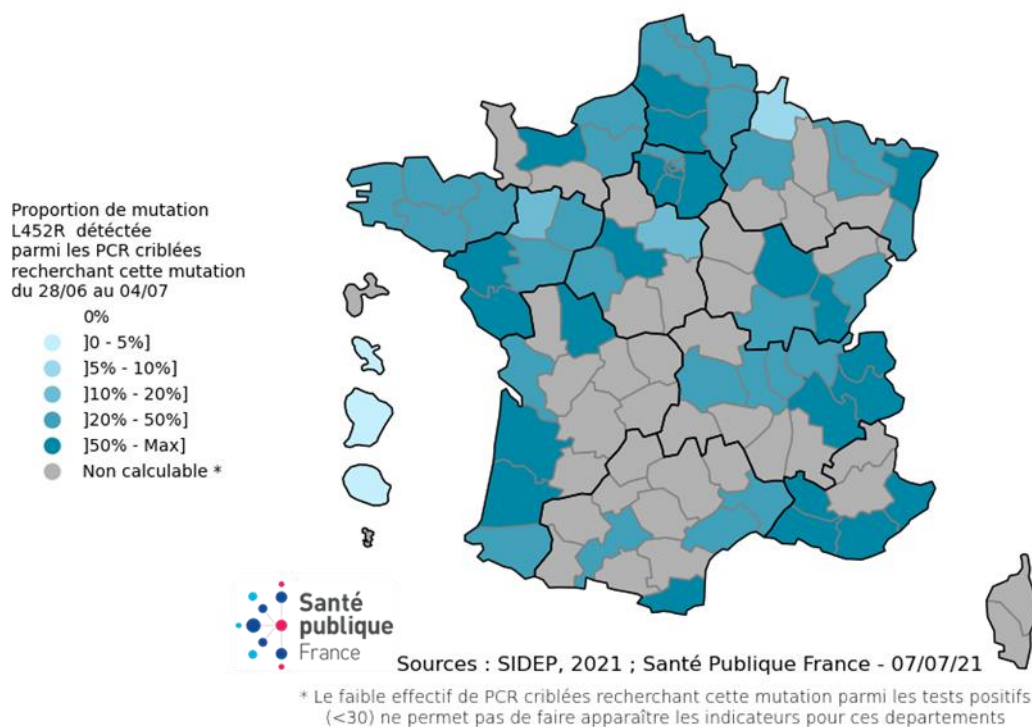
** VOC : Variant préoccupant ; VOI : Variant d'intérêt ; VUM : Variant en cours d'évaluation

Figure 6. Proportion de mutations E484K et L452R parmi les PCR criblées recherchant ces mutations respectives (avec résultat interprétable), par départements, selon les données SIDEPE, du 28 juin au 04 juillet 2021

a. Mutation E484K



b. Mutation L452R

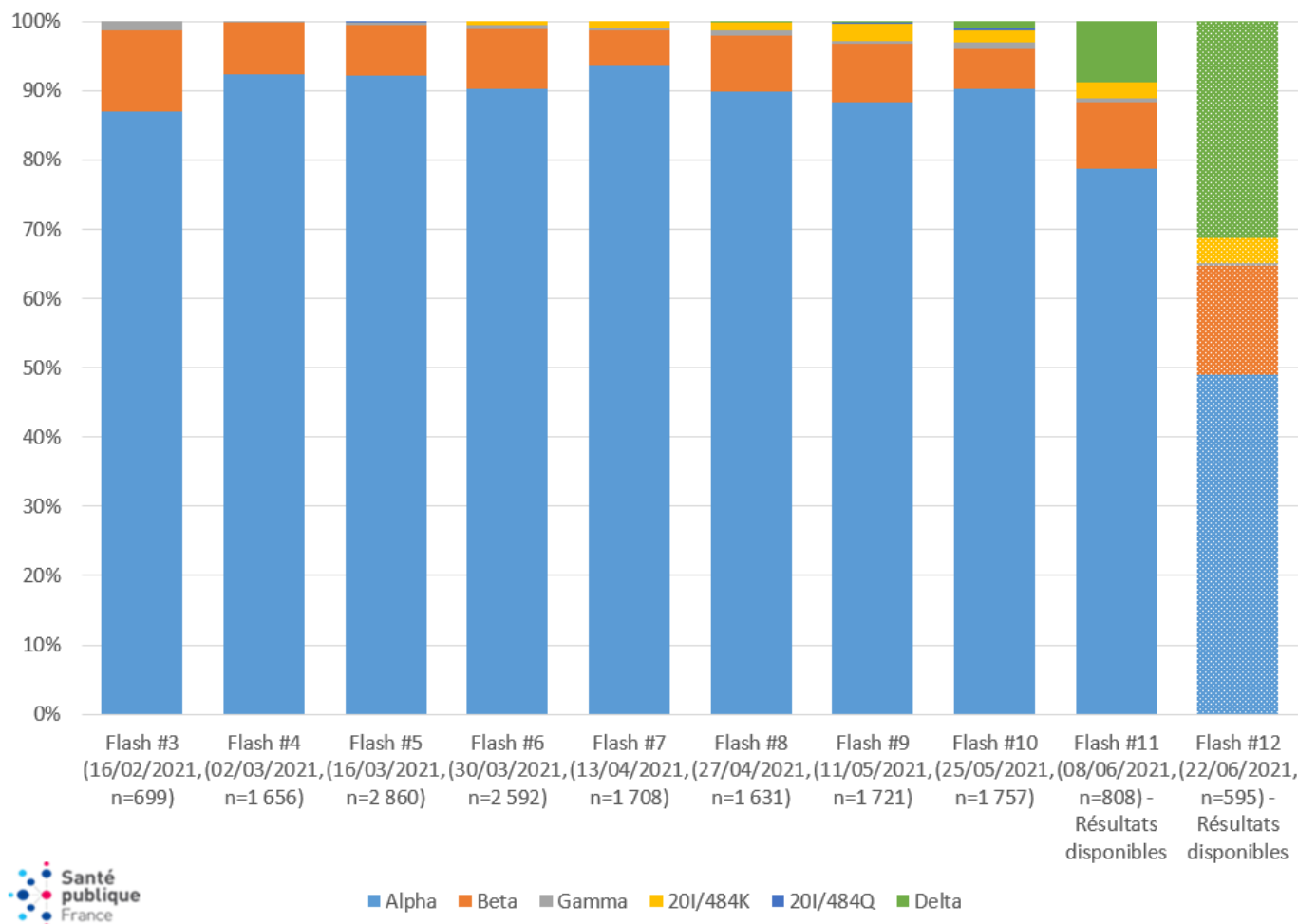


Surveillance génomique

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

• **Les résultats disponibles de l'enquête Flash #12** du 22 juin 2021 reposent sur 595 prélèvements au 06 juillet 2021, soit 28,7% des cas positifs du jour. Les résultats de l'enquête Flash #12 ne sont pas encore consolidés, des ajustements pourront encore y être apportés dans les prochains jours.

Figure 7. Évolution des résultats de séquençage pour les variants préoccupants (VOC), enquêtes Flash #3 à #12, France entière, données EMERGEN au 06 juillet 2021*



Flash #12 : données non consolidées

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

Suivi des variants préoccupants du SARS-CoV-2

• **Le variant Alpha (20I, V1)**, identifié initialement au Royaume-Uni, reste majoritaire en France métropolitaine depuis plusieurs mois mais sa proportion est en nette diminution. Il représentait 47,8% des séquences interprétables dans l'enquête Flash #12 (77,0% dans l'enquête Flash #11).

• **Le variant Beta (20H, V2)**, identifié initialement en Afrique de Sud, est le variant majoritaire à La Réunion où il représentait 100% des cas dans l'enquête Flash #12. Il circule à bas bruit sur le territoire métropolitain (4,5% dans Flash #12).

• **Le variant Gamma (20J, V3)** est largement **majoritaire en Guyane depuis plusieurs semaines** avec une prévalence supérieure à 85% en semaine 26 selon les résultats de séquençage. Il se maintient à un niveau très faible ailleurs en France, représentant 0,4% des séquences interprétables de l'enquête Flash #12. La proportion de variant Gamma était en diminution dans l'enquête Flash #12 du fait d'une probable baisse de participation de la région Guyane.

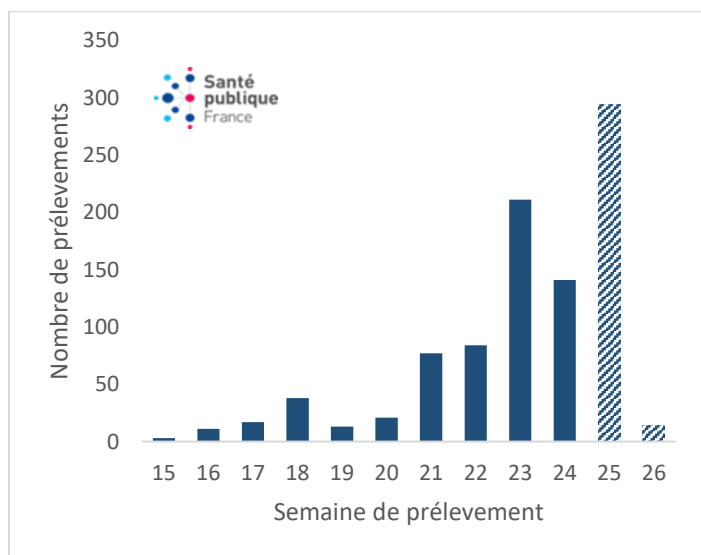
- **Les variants 20I/484K et 20I/484Q** ont été détectés pour la première fois au Royaume-Uni début 2021. Des transmissions localisées de ces variants ont été identifiées entre mars et mai 2021 dans les régions Bretagne, Île-de-France, Hauts-de-France et Nouvelle-Aquitaine, mais ils ne semblent pas avoir diffusé en dehors des zones concernées. Le variant 20I/484K représentait 3,6% des séquences interprétables de l'enquête Flash #12 et le VOC 20I/484Q n'a pas été identifié lors de la même enquête.

- **Le variant Delta (21A)** lignage B.1.617 a été détecté pour la première fois en Inde à la fin de l'année 2020. Il est devenu le variant prédominant au Royaume-Uni, où il a été introduit en avril 2021.

- En France, **la proportion du variant Delta (21A) augmentait fortement, passant de 8,5% dans Flash #11, à 30,5% dans Flash #12.**

- Au 06 juillet 2021, entre les semaines 15 et 26, 927 cas d'infection par le variant Delta ont été confirmés par séquençage dans le cadre des enquêtes Flash ou lors de situations spécifiques investiguées. Parmi ces cas, 914 ont été rapportés en France métropolitaine. **On note une nette augmentation de la détection du variant Delta dans les données de séquençage au cours du temps** (Figure 8).

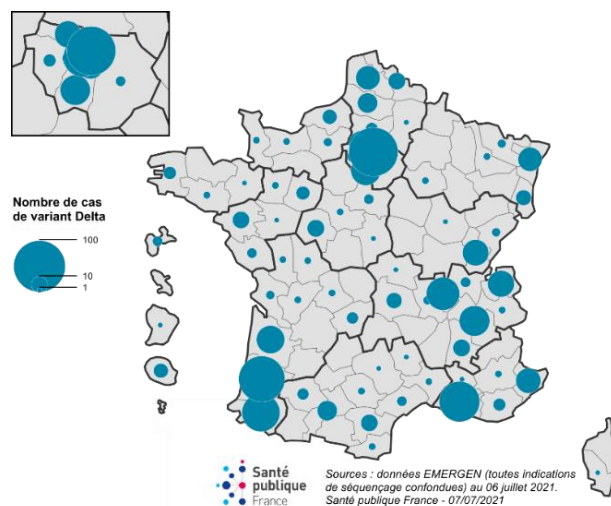
Figure 8. Nombre de prélèvements positifs au SARS-CoV-2 confirmant une infection par le variant Delta par semaine, France entière, au 06 juillet 2021



Semaines 25 et 26 non consolidées

Sources : Données EMERGEN, toutes indications confondues.

Figure 9. Nombre de prélèvements positifs au SARS-CoV-2 confirmant une infection par le variant Delta, France entière, par département, données EMERGEN depuis le 13 avril 2021, au 06 juillet 2021



Sources : données EMERGEN (toutes indications de séquençage confondues) au 06 juillet 2021. Santé publique France - 07/07/2021

- **Au 06 Juillet 2021**, selon les données EMERGEN, les trois régions ayant le nombre de cas de variant Delta confirmés le plus élevé étaient **l'Île-de-France (n=273), la Nouvelle-Aquitaine (n=179), et l'Auvergne-Rhône-Alpes (n=133)**. L'ensemble des régions rapportait au moins un cas de variant Delta, avec, à ce jour, deux régions encore peu touchées, la Corse et la Guyane, avec une seule séquence identifiée comme variant Delta.

- Si la diffusion du variant Delta est en augmentation en France, on constate toujours une hétérogénéité territoriale. Dans l'enquête Flash#12, la proportion de VOC Delta dépasse celle du VOC Alpha dans les régions Île-de-France et Nouvelle-Aquitaine. Cette hétérogénéité est également notée dans la proportion de mutation L452R retrouvée sur le territoire (Figure 6.b), cette mutation étant de plus en plus spécifique du variant Delta, à mesure que la proportion de celui-ci augmente en France.

Dans les régions d'outre-mer, la Guadeloupe a rapporté plusieurs chaînes de transmission localisées liées au variant Delta, et quelques cas sporadiques autochtones ont été identifiés à La Réunion et en Guyane.

Par ailleurs, les signaux et les investigations de cas groupés liés au variant Delta ou à la présence de la mutation L452R se multipliaient toujours et s'étendaient à de nouveaux territoires en semaine 26.

NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

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

● **En France métropolitaine**, le nombre de reproduction effectif estimé au 03 juillet à partir des données virologiques (SI-DEP) est redevenu **significativement supérieur à 1** : 1,11 (IC95% [1,09 - 1,13]). À partir des deux autres sources de données (passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC)), les nombres de reproduction effectif estimés restaient significativement inférieurs à 1.

● **À partir des données virologiques (SI-DEP)**, le nombre de reproduction effectif estimé au 03 juillet était **significativement supérieur à 1 dans sept régions métropolitaines** : Bretagne, Corse, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Tableau 2). La région Normandie présentait également une estimation supérieure à 1 mais non significative.

À partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), les estimations du nombre de reproduction effectif au 03 juillet étaient supérieures à 1 de manière non significative dans trois régions : Bretagne, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Tableau 2).

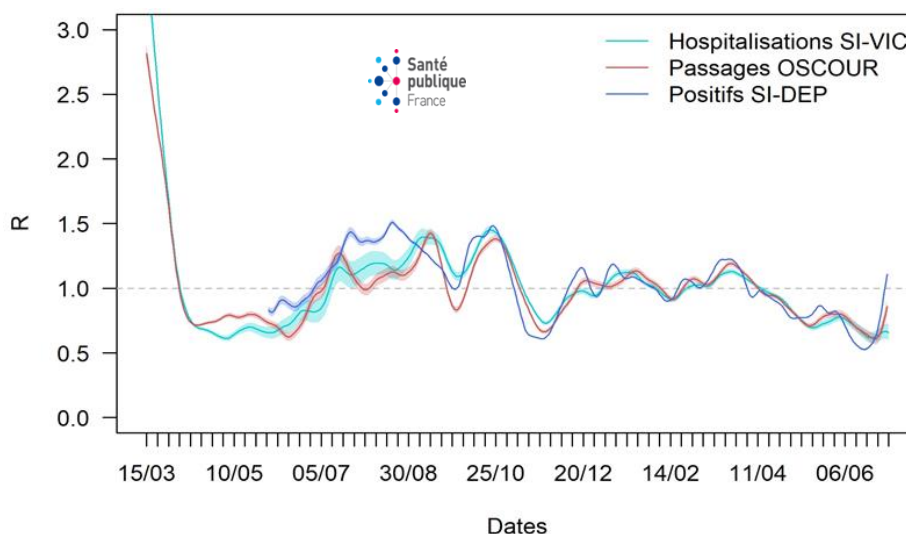
À partir des hospitalisations rapportées dans SI-VIC, les estimations du nombre de reproduction au 04 juillet étaient inférieures à 1 dans toutes les régions métropolitaines.

● **À La Réunion**, l'estimation du nombre de reproduction effectif était significativement supérieure à 1 à partir des données virologiques (SI-DEP). Celles obtenues à partir des deux autres sources étaient supérieures à 1 de façon non significative.

En Martinique, les estimations du nombre de reproduction effectif étaient significativement supérieures à 1 à partir des données virologiques (SI-DEP) et à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC).

En Guadeloupe, Guyane et à Mayotte, les nombres de reproduction effectifs estimés restaient inférieurs à 1.

Figure 10 : Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R -effectif) à partir des données virologiques (SI-DEP), des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) en France métropolitaine depuis le 15 mars 2020



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

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

Tableau 2. Nombre de reproduction effectif du 03 juillet 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 04 juillet 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	0,94 (0,89-0,99)	0,75 (0,59-0,92)	0,59 (0,43-0,77)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,85 (0,76-0,95)	0,67 (0,46-0,92)	0,80 (0,56-1,09)
	Bretagne	1,23 (1,14-1,32)	1,00 (0,60-1,49)	0,54 (0,29-0,88)
	Centre-Val de Loire	0,98 (0,88-1,07)	0,82 (0,54-1,17)	0,78 (0,45-1,20)
	Corse	1,58 (1,04-2,22)	NC	NC
	Grand Est	0,92 (0,86-0,99)	0,73 (0,51-0,99)	0,39 (0,23-0,59)
	Hauts-de-France	0,92 (0,86-0,97)	0,78 (0,57-1,03)	0,58 (0,42-0,77)
	Île-de-France	1,22 (1,19-1,26)	0,91 (0,79-1,05)	0,67 (0,56-0,79)
	Normandie	1,01 (0,93-1,09)	0,63 (0,41-0,90)	0,70 (0,46-0,98)
	Nouvelle-Aquitaine	1,12 (1,06-1,18)	0,87 (0,67-1,10)	0,70 (0,48-0,97)
	Occitanie	1,20 (1,14-1,27)	1,03 (0,84-1,23)	0,56 (0,34-0,84)
	Pays de la Loire	1,09 (1,00-1,19)	0,79 (0,49-1,16)	0,79 (0,51-1,13)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,36 (1,28-1,44)	1,05 (0,81-1,31)	0,90 (0,68-1,15)
		France métropolitaine	1,11 (1,09-1,13)	0,86 (0,80-0,92)
France ultramarine	Guadeloupe	0,89 (0,74-1,06)	0,91 (0,54-1,39)	0,78 (0,49-1,13)
	Guyane	0,80 (0,74-0,87)	0,84 (0,68-1,03)	0,85 (0,66-1,08)
	La Réunion	1,13 (1,07-1,19)	1,09 (0,88-1,32)	1,00 (0,79-1,24)
	Martinique	2,24 (2,03-2,47)	NA	2,74 (1,46-4,42)
	Mayotte	0,91 (0,51-1,43)	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.

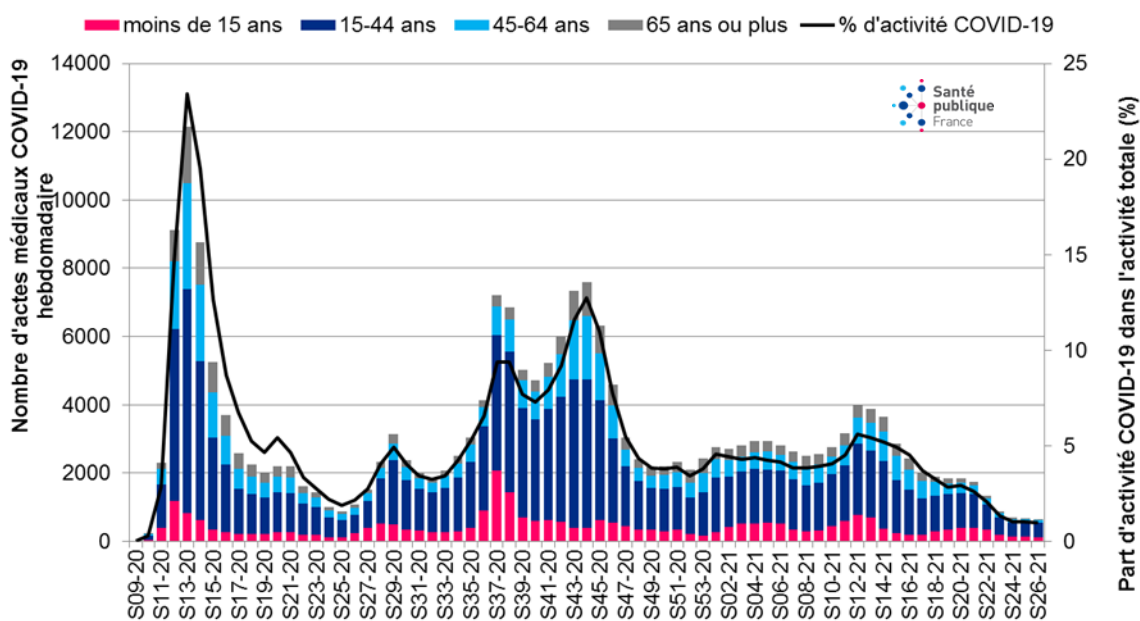
Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

ACTES MÉDICAUX DES ASSOCIATIONS SOS MÉDECINS

• Depuis le 03 mars 2020, 224 891 **actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 05 juillet 2021 intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

• En semaine 26 (du 28 juin au 04 juillet 2021), **662 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption au cours de la période. Ce nombre était **stable** après quatre semaines consécutives de baisse et une semaine de stabilisation (686 actes en S25, soit -3%). La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était **stable** à 1% (Figure 11).

Figure 11. 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

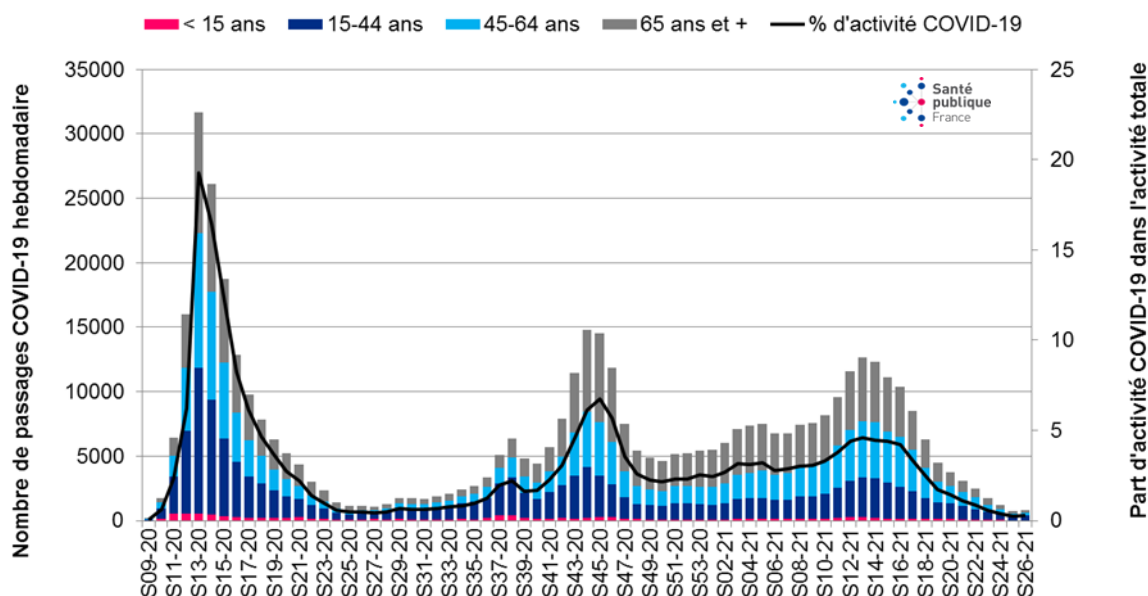
Pour en savoir + sur les données SOS Médecins consulter [Géodes](#) et le [bulletin Sursaud](#)

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

• Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **502 423 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 06 juillet 2021 intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

• **En semaine 26** (du 28 juin au 04 juillet 2021), **947 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (vs 891 passages en S25, soit +6%) (Figure 12). Cette hausse concerne uniquement les moins de 45 ans. La part d'activité était stable à 0,3% en S26. Le pourcentage d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était en baisse (42% vs 51% en S25).

Figure 12. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par classe d'âge, depuis le 24 février 2020, France



Source : OSCOUR®

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

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

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

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

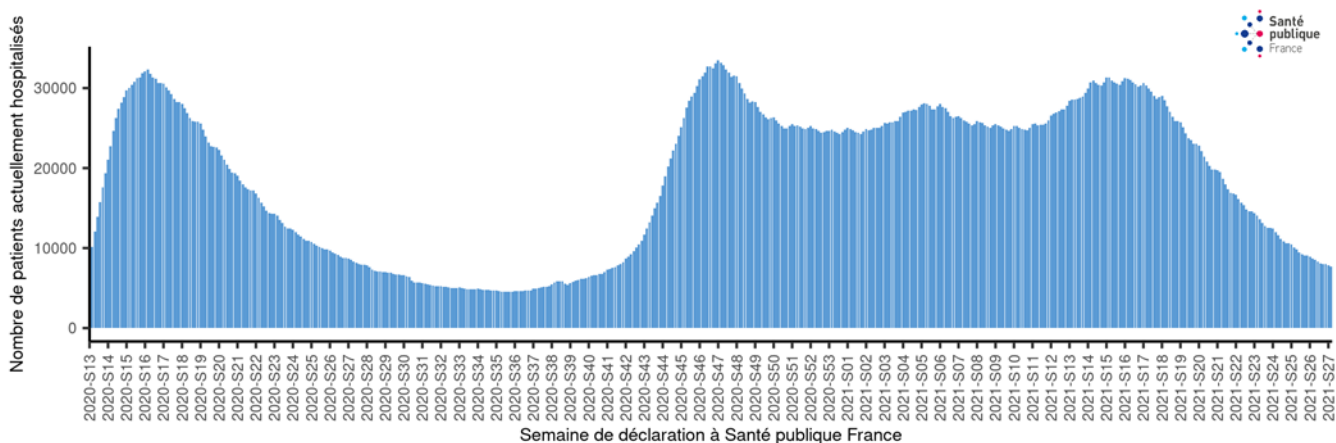
► Hospitalisations, admissions en services de soins critiques, décès

Patients actuellement hospitalisés et nombre total de décès

● Le 06 juillet 2021, **7 696 patients COVID-19 étaient hospitalisés en France (vs 8 686 le 29 juin, soit -11%)** (Figure 13) dont :

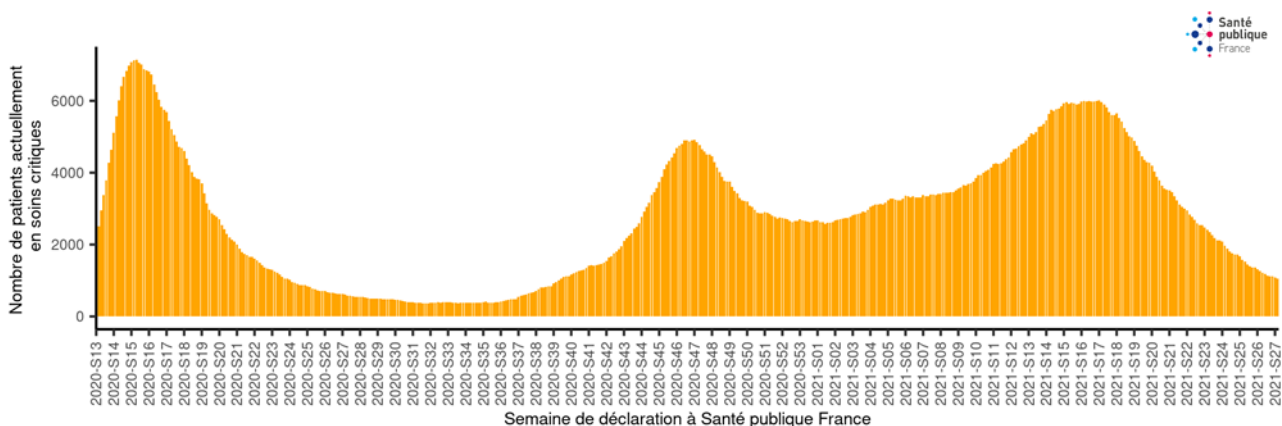
- **1 045 en services de soins critiques (vs 1 263 le 29 juin, soit -17%)** (Figure 14 et Tableau 3). Parmi ceux-ci, 771 étaient en services de réanimation et 274 dans d'autres services de soins critiques (soins intensifs ou soins continus) ;
- **2 814 en hospitalisation conventionnelle (soit -13%)** ;
- **3 498 en soins de suite et réadaptation et 339 en autres unités de soins.**

Figure 13. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 04 juillet 2021)



Source : SI-VIC

Figure 14. Nombre de patients COVID-19 en services de soins critiques, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 04 juillet 2021)



Source : SI-VIC

- Parmi les **477 910** patients ayant été hospitalisés depuis le 1^{er} mars 2020 (Tableau 3) :
 - l'âge médian des patients était de 72 ans et 52% étaient des hommes ;
 - **84 787** patients sont décédés : 73% étaient âgés de 75 ans et plus, et 58% étaient des hommes.

Tableau 3. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en services de soins critiques) le 04 juillet 2021 et nombre de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

	Le 06 juillet 2021				Depuis le 1 ^{er} mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Soins Critiques		Décès	
	N	%	N	%	N	%
Total	7 696		1 045		84 787	
Classes d'âge *						
Total	7 641		1 041		84 335	
0-14 ans	27	<1	5	<1	8	<1
15-44 ans	477	6	94	9	640	<1
45-64 ans	1 791	23	421	40	7 166	8
65-74 ans	1 979	26	392	38	14 862	18
75 et +	3 367	44	129	12	61 659	73
Régions *						
Total	7 637		1 032		84 758	
Métropole						
Auvergne-Rhône-Alpes	733	10	80	8	11 662	14
Bourgogne-Franche-Comté	336	4	28	3	4 838	6
Bretagne	295	4	20	2	1 656	2
Centre-Val de Loire	256	3	35	3	2 774	3
Corse	25	<1	2	<1	206	<1
Grand Est	519	7	60	6	10 214	12
Hauts-de-France	1 135	15	153	15	9 261	11
Île-de-France	1 699	22	299	29	20 574	24
Normandie	463	6	42	4	3 382	4
Nouvelle-Aquitaine	415	5	40	4	3 863	5
Occitanie	435	6	48	5	4 596	5
Pays de la Loire	146	2	23	2	2 732	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	773	10	111	11	8 057	10
Outre-mer						
La Réunion	162	2	38	4	252	<1
Martinique	26	<1	7	<1	98	<1
Mayotte	0	0	0	0	131	<1
Guadeloupe	102	1	14	1	316	<1
Guyane	117	2	32	3	146	<1

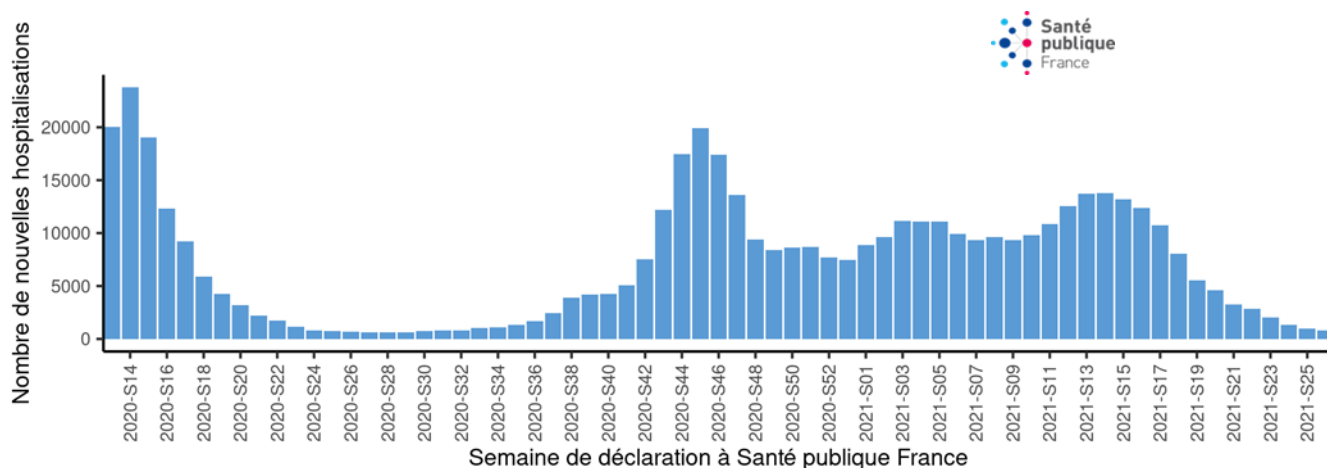
* L'information sur l'âge ou sur la région n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Source : SI-VIC

Nouvelles hospitalisations en services conventionnels et en soins critiques

● La **diminution du nombre de déclarations** de nouvelles hospitalisations, observée depuis S15, s'est poursuivie en S26 : **803** vs 957 en S25, soit **-16%** (Figure 15). En S26, 80% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

Figure 15. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 04 juillet 2021)



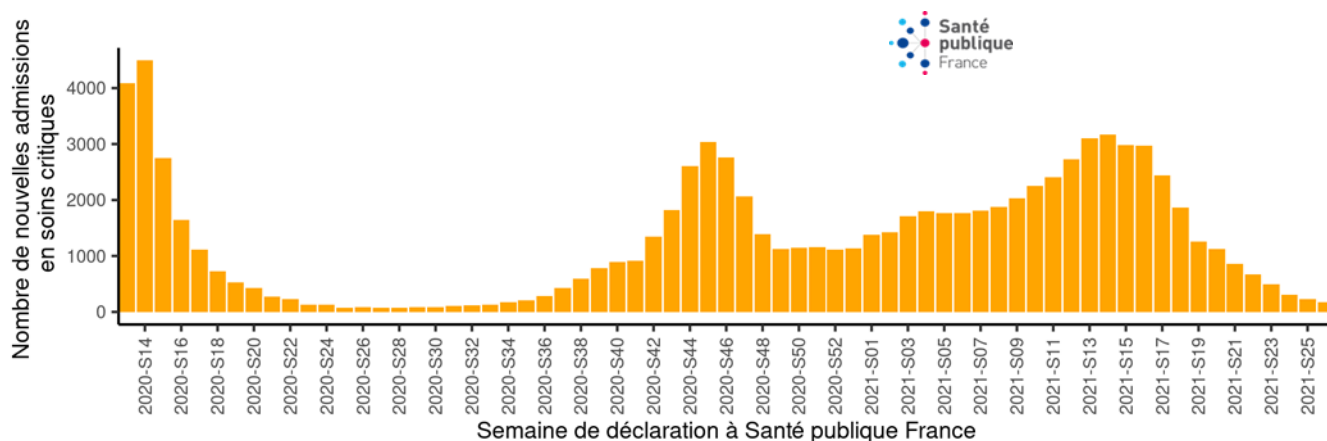
Source : SI-VIC

● En S26, le **taux hebdomadaire** d'hospitalisations par date de déclaration était de **1,2/100 000** habitants, contre **1,4** en S25.

● La **diminution du nombre de déclarations de nouvelles admissions en services de soins critiques** de patients COVID-19, observée depuis S15, s'est poursuivie en S26 : **173** contre **226** en S25, soit **-23%** (Figure 16). Parmi ces admissions :

- 94% des patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19 ;
- le nombre de nouvelles déclarations d'admission en services de réanimation était de 137 (vs 159 en S25, soit -14%).

Figure 16. 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 04 juillet 2021)



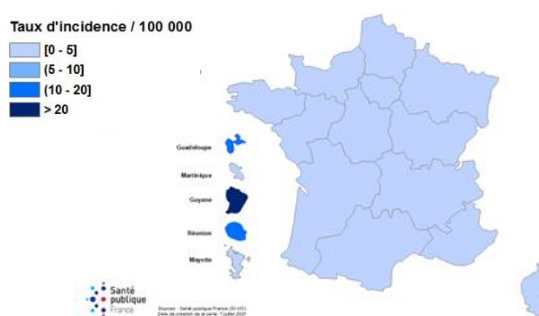
Source : SI-VIC

● En S26, le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques par date de déclaration était de **0,3 pour 100 000 habitants**, identique à S25.

Données régionales

- En France métropolitaine, le taux hebdomadaire **d'hospitalisations** était **stable** ou en **diminution** en S26 dans toutes les régions.
- Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Île-de-France** (1,4 pour 100 000 habitants), en **Hauts-de-France** (1,2), en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (1,2) et en **Bourgogne-Franche-Comté** (1,1) (Figure 17).
- En **Outre-mer**, le **plus fort taux d'hospitalisations en S26** était observé en **Guyane** (25,5 pour 100 000 habitants, -14 hospitalisations par rapport à S25). Ce taux était en augmentation en Guadeloupe (12,2, +30 hospitalisations par rapport à S25), à la Réunion (10,2, +25 hospitalisations) et en Martinique (2,5, +6 hospitalisations).

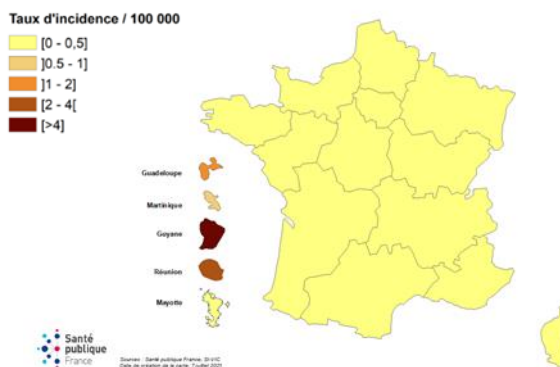
Figure 17. Taux d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, en S26 (du 28 juin au 04 juillet 2021), par date de déclaration, France



Source : SI-VIC

- En France métropolitaine, en S26, le taux hebdomadaire **d'admissions en services de soins critiques** était **stable** ou en **diminution** dans toutes les régions.
- En S26, les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de soins critiques** en métropole étaient rapportés dans les régions **Île-de-France** (0,3) et **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (0,3) (Figure 18).
- En **Outre-mer**, le **plus fort taux d'admissions en services de soins critiques** en S26 était observé en **Guyane** (6,5/100 000 habitants, +3 hospitalisations par rapport à S25). Il était en légère augmentation à La Réunion (2,7, +7 hospitalisations) et en Guadeloupe (1,3, +4 hospitalisations). Les effectifs réduits dans les autres régions ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

Figure 18. Évolution du taux hebdomadaire d'admission en services de soins critiques de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, en S26 (du 28 juin au 04 juillet 2021), par date de déclaration, France



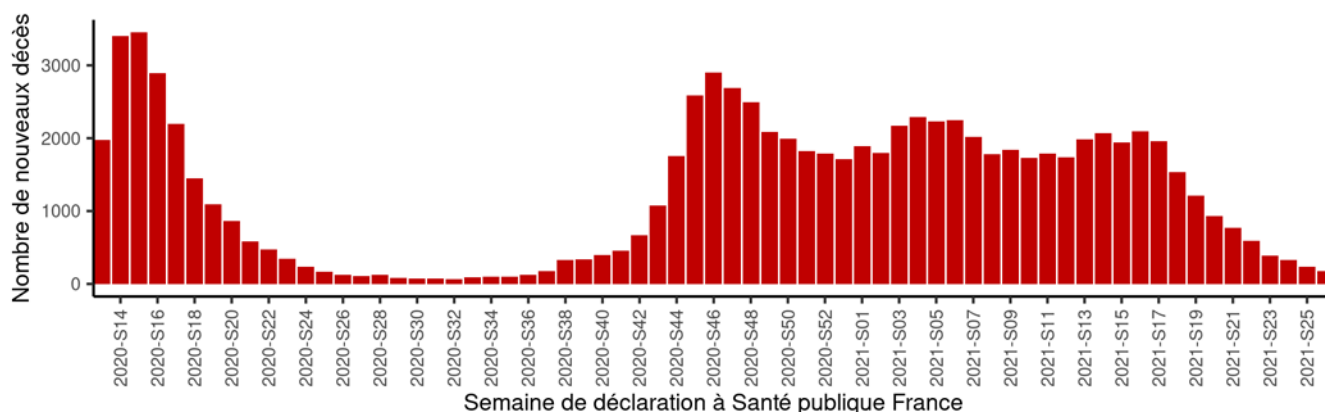
Source : SI-VIC

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

Les données de mortalité en ESMS pour la semaine 26 ne sont pas totalement consolidées. Cependant, selon les tendances des dernières semaines, le nombre de décès en ESMS restait stable à des niveaux faibles et la consolidation ne concerne que des variations à la marge du nombre hebdomadaire de décès.

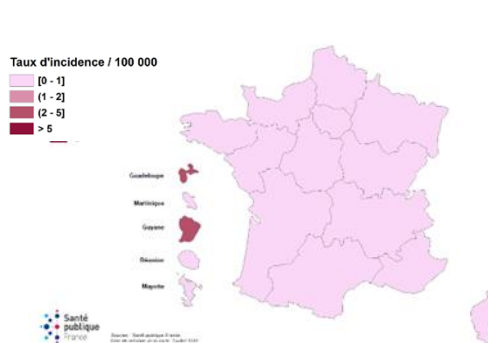
- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 06 juillet 2021, **111 262 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France, dont **84 787** survenus au cours d'une hospitalisation et **26 475** en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 04 juillet 2021).
- **93% des cas de COVID-19 décédés étaient âgés de 65 ans ou plus.**
- Au niveau national, **le nombre hebdomadaire de décès était en diminution en semaine 26**, avec **178** décès, contre **234** en S25 (-24%).
 - Le nombre de décès au cours d'une **hospitalisation** était en diminution (**176** en S26 vs 232 en S25, soit -24%, Figure 19). En S26, 89% des patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.
 - Le nombre de décès survenus en **ESMS** restait à un niveau très faible (**2** décès signalés en S26).

Figure 19. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 04 juillet 2021)



- À l'échelle nationale, le taux hebdomadaire de décès était de **0,3** pour 100 000 habitants en S26 (vs 0,4 en S25).
- En S26, en France métropolitaine, le taux hebdomadaire de décès était stable ou en diminution dans toutes les régions. Les plus forts taux de décès par région rapportés à la population étaient observés en **Normandie** (0,5/100 000 habitants) et en **Île-de-France** (0,4).
- En S26, en Outre-mer, les plus forts taux de décès étaient enregistrés en **Guadeloupe** (2,5/100 000 habitants, +7 décès par rapport à S25) et en **Guyane** (2,5, +5 décès).

Figure 20. Taux de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), en S26 (du 28 juin au 04 juillet 2021), par région, France



Sources : SI-VIC et ESMS

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

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

ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

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

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

- En S26, le **nombre de cas et de personnes-contacts** enregistrés dans ContactCovid augmentait (respectivement +29% et +16%), après 12 semaines de baisse. La part des cas mentionnant avoir participé à une réunion privée ou fréquenté un bar, un restaurant ou une manifestation sportive était en forte augmentation.

- L'âge moyen des cas était en forte diminution, alors que celui des personnes-contacts augmentait. Cela pourrait s'expliquer par la diminution du nombre de contacts à risque chez les moins de 15 ans et son augmentation chez les plus de 60 ans.

Tableau 4. Indicateurs épidémiologiques du suivi des activités de traçage de la semaine 26 (du 28 juin au 04 juillet 2021) et de la semaine 25 (du 21 au 27 juin 2021), France

Indicateurs ContactCovid	Semaine 26	Semaine 25	Tendance
Cas et personnes-contacts à risque			
Nombre de cas	15 965	12 391	↗ (+29%)
• Proportion de cas investigués	90%	95%	↘
• Âge moyen des cas	33 ans	35 ans	↘
Nombre de personnes-contacts à risque	35 378	30 518	↗ (+16%)
• Proportion de personnes-contacts investiguées	93%	98%	↘
• Âge moyen des personnes-contacts	32 ans	30 ans	↗
Milieus fréquentés par les cas durant la période de contagiosité			
Nombre de cas liés au milieu scolaire	649	830	↘ (-22%)
Nombre de cas mentionnant un rassemblement en milieu professionnel	447	381	↗ (+17%)
Nombre de cas mentionnant la fréquentation d'un restaurant	100	27	↗ (+270%)
Nombre de cas mentionnant une réunion privée	370	142	↗ (+161%)
Nombre de cas mentionnant avoir fréquenté un transport collectif	294	154	↗ (+91%)
Nombre de cas mentionnant la fréquentation du milieu sportif	170	118	↗ (+44%)
Nombre de cas mentionnant la fréquentation d'un bar	260	35	↗ (+643%)
Délais			
Délai moyen entre date de début des signes et prélèvement diagnostique (50% des cas)	2,1 jours	2,3 jours	↘
Nombre de personnes-contacts par cas			
Nombre moyen de contacts par cas	2,3	2,5	→
% de cas ne rapportant aucun contact à risque	36,2%	36,8%	→
% de cas rapportant plus de 5 personnes-contacts à risque	10,3%	11,7%	↘
Chaînes de transmission			
Proportion de nouveaux cas connus auparavant comme personnes-contacts à risque	19,5%	21,8%	↘
Proportion de personnes-contacts à risque identifiées en semaine n-1 devenues des cas	7,4%	6,8%	↗
• si cas index symptomatique	9,5%	8,9%	↗
• si cas index asymptomatique	4,0%	3,8%	↗
• si cas index domiciliaire	11,4%	10,9%	↗
• si cas index extra-domiciliaire	4,7%	4,0%	↗
Mobilité des cas			
Proportion de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence	5,2%	4%	↗
Proportion de cas ayant voyagé dans un autre pays	9,9%	5,4%	↗

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

Source : ContactCovid-Cnam

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

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

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

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

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

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

► Population générale

- Le 06 juillet 2021, **34 904 228 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** en France et **25 402 481 sont complètement vaccinées** (données par date d'injection) (Figure 21).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, **52,0% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 37,8% est complètement vaccinée** (Tableau 5).

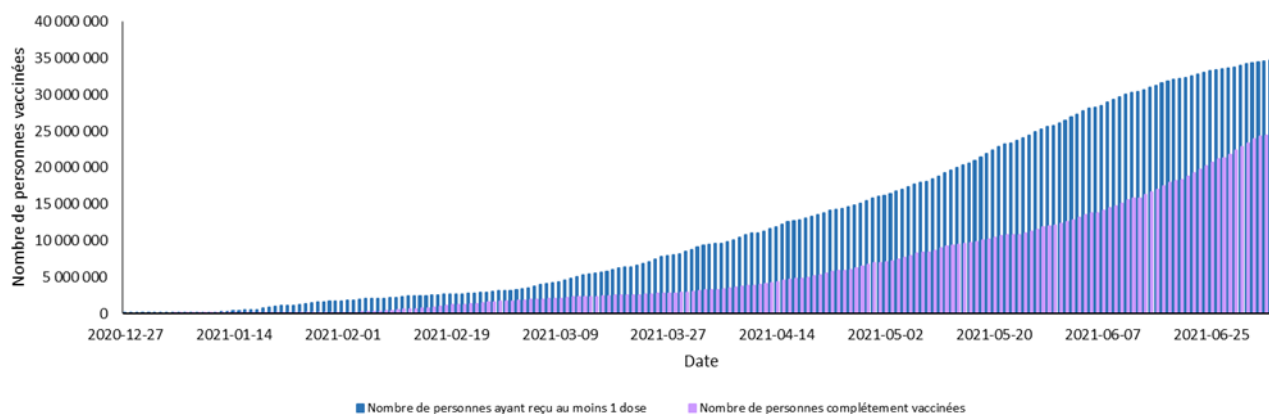
L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la population adulte (âgée de 18 ans ou plus) est de 64,7% pour au moins une dose et de 48,1% pour une vaccination complète.

Tableau 5. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 06 juillet 2021, par région, France

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Vaccination complète (N)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	4 139 188	51,5	3 084 294	38,4
Bourgogne-Franche-Comté	1 481 296	53,2	1 079 811	38,8
Bretagne	1 951 952	58,4	1 314 990	39,4
Centre-Val de Loire	1 384 553	54,1	963 494	37,7
Corse	166 632	48,3	146 861	42,6
Grand Est	2 925 174	53,1	2 155 805	39,1
Hauts-de-France	3 093 195	51,9	2 296 246	38,5
Ile-de-France	6 247 502	50,9	4 500 504	36,7
Normandie	1 892 709	57,3	1 321 411	40,0
Nouvelle-Aquitaine	3 429 270	57,2	2 446 205	40,8
Occitanie	3 096 751	52,3	2 306 397	38,9
Pays de la Loire	2 109 888	55,5	1 434 149	37,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 497 227	49,4	1 975 019	39,1
France métropolitaine	34 415 337	53,0	25 025 186	38,6
Guadeloupe	62 576	16,6	46 131	12,2
Guyane	51 083	17,6	39 271	13,5
La Réunion	251 295	29,2	198 408	23,1
Martinique	58 123	16,2	47 370	13,2
Mayotte	49 820	17,8	35 058	12,5
Saint-Barthélemy	5 298	53,2	4 659	46,8
Saint-Martin	8 803	24,9	6 089	17,2
Non précisé	1 893	non applicable	309	non applicable
France entière	34 904 228	52,0	25 402 481	37,8

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

Figure 21. Nombres cumulés de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19, par jour de vaccination, France (donnée du 27 décembre 2020 au 06 juillet 2021)



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

• Les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées **chez les personnes les plus âgées** (Tableau 6) du fait du ciblage prioritaire dont elles font l'objet dans la campagne de vaccination, selon la recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS). Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 83,4% (vaccination complète : 77,6%). S'agissant des personnes âgées de 75 à 79 ans, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 90,3% (vaccination complète : 84,7%). Pour les 80 ans et plus, elle s'élève à 79,8% (vaccination complète : 73,8%) et évolue peu par rapport aux semaines précédentes. **Cette faible progression chez les personnes les plus âgées invite au renforcement des actions pour aller vers ces personnes**, par tous les dispositifs mobilisables possibles.

Il convient de noter, alors que la vaccination est désormais proposée à l'ensemble des personnes de 12 ans et plus, que la couverture vaccinale chez les **adolescents âgés de 12 à 17 ans est de 17,0% pour la première dose**.

Tableau 6. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 06 juillet 2021, par classe d'âge, France

Classes d'âge	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Vaccination complète (N)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
12-17	849 165	17,0	93 497	1,9
18-24	2 462 135	45,4	1 125 960	20,8
25-29	1 694 652	45,6	870 867	23,4
30-39	3 975 092	47,9	2 225 991	26,8
40-49	5 041 679	58,7	3 150 257	36,7
50-59	6 169 511	70,2	4 708 733	53,6
60-64	3 157 249	77,0	2 689 227	65,6
65-69	3 114 002	79,8	2 730 880	70,0
70-74	3 116 923	89,6	2 861 195	82,3
75-79	2 001 197	90,3	1 877 925	84,7
80 ans et +	3 316 826	79,8	3 066 711	73,8
inconnu*	5 797	non applicable	1 238	non applicable
France	34 904 228	52,0	25 402 481	37,8

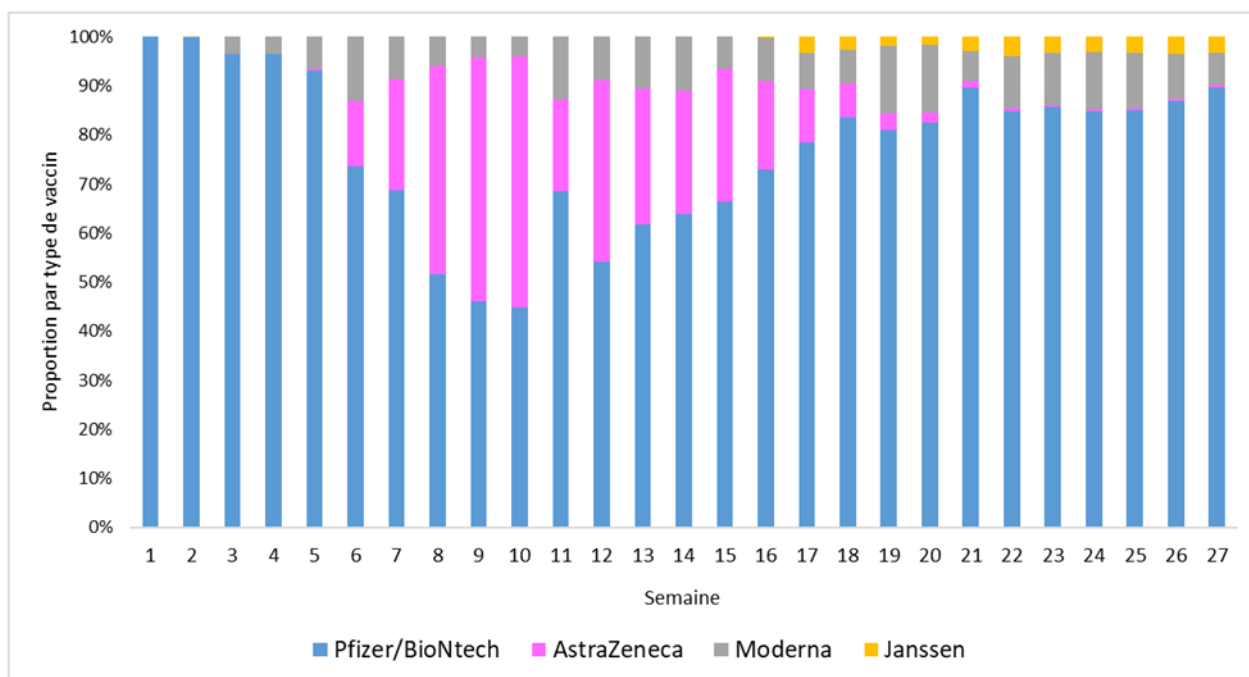
* Inconnu et incluant les personnes vaccinées et mentionnées comme âgées de moins de 12 ans.

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

• Les couvertures vaccinales pour au moins une dose sont de 50,3% pour les hommes et de 53,3% pour les femmes.

• La majorité des personnes vaccinées l'ont été avec le vaccin Pfizer/BioNTech (Figure 22).

Figure 22. Proportion de personnes vaccinées pour la première dose en France, par type de vaccin (données du 27 décembre 2020 au 06 juillet 2021)



► Populations spécifiques

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

- **Au 06 juillet 2021** (données transmises le 07 juillet), les couvertures vaccinales des résidents et des professionnels en Ehpad ou USLD étaient estimées respectivement à 83% et 50% pour une vaccination complète. Les professionnels de santé libéraux étaient 75% à être complètement vaccinés (Tableau 7).

Tableau 7. Couvertures vaccinales des résidents en Ehpad ou USLD, professionnels en Ehpad ou USLD, professionnels de santé ayant reçu au moins une dose et complètement vaccinés contre la COVID-19 en France, (données du 06 juillet 2021)

Populations	Couverture vaccinale une dose (%)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
Résidents en Ehpad ou USLD	88,8	83,1
Professionnels en Ehpad ou USLD	60,5	49,7
Professionnels de santé libéraux	80,5	75,2

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

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

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

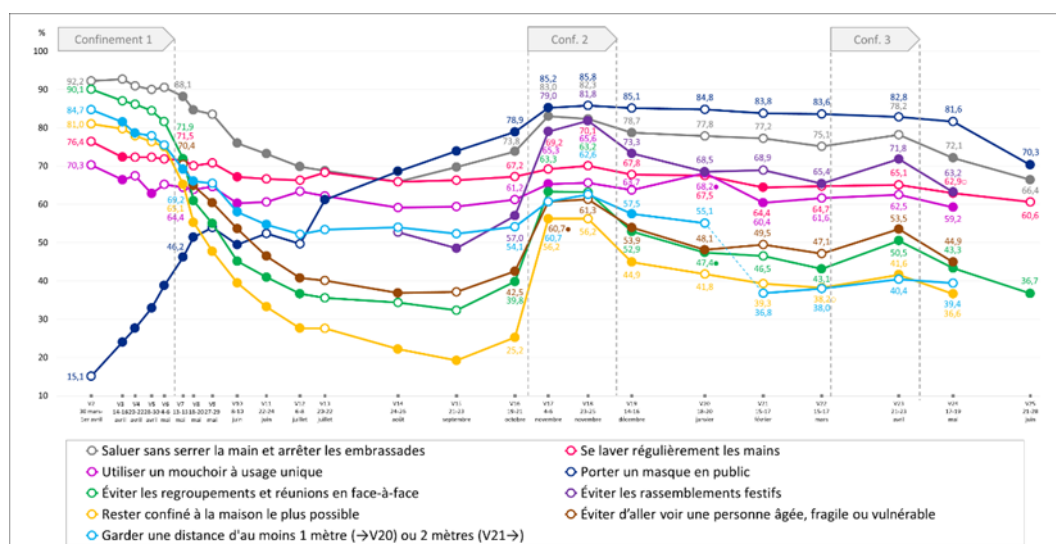
Les données proviennent de l'enquête Santé publique France CoviPrev : enquêtes Internet répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de personnes âgées de 18 ans et plus résidant en France métropolitaine (Access panel), de mars 2020 à juin 2021. Une information plus détaillée est disponible sur le site de [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr/).

- **En vague 25** de l'enquête (21-28 juin 2021), **l'adoption systématique des mesures en lien avec l'interaction sociale diminuait significativement** par rapport à la vague précédente (17-19 mai 2021) : 66% des répondants en V25 vs 72% en V24 déclaraient saluer sans se serrer la main et éviter les embrassades ; 37% en V25 vs 43% en V24 déclaraient éviter les regroupements en face-à-face avec des proches. Concernant l'hygiène renforcée, l'adoption systématique du lavage régulier des mains était stable par rapport à la vague 24 (Figure 23).

Suite à l'allègement de la mesure sur le **port du masque** en extérieur durant le mois de juin, une **diminution** significative concernant son adoption systématique était observée (70% en V25 vs 82% en V24).

En vague 25, les populations qui déclaraient adopter **moins systématiquement** les mesures de prévention étaient le plus souvent les hommes, les jeunes de 18 à 34 ans et les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé (*compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé, Santé publique France*).

Figure 23. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev (vague 25 : 21-28 juin 2021), France métropolitaine.



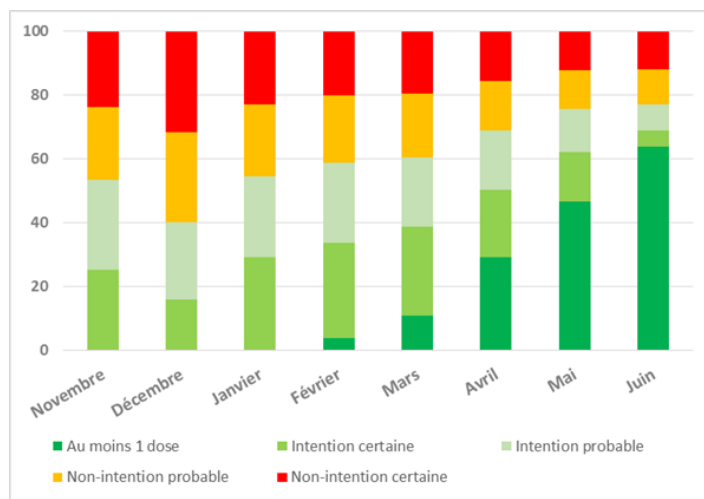
Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$.

► Acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19

- **En vague 25** (21-28 juin 2021), plus des trois quarts (77%) des personnes interrogées déclaraient soit **avoir reçu une première dose de vaccin** (64%), soit **vouloir certainement ou probablement se faire vacciner** contre la COVID-19 dès que cela serait possible. Après une augmentation régulière depuis le mois de janvier, ce résultat s'est **stabilisé** (76% en mai 2021). Comme en vague 24, 12% des répondants déclaraient ne pas avoir l'intention de se faire vacciner (non-intention certaine) (Figure 24).

Les personnes interrogées ayant un enfant âgé entre 12 et 18 ans étaient 63% à être favorables à le faire vacciner. Depuis janvier 2021, les hommes, les plus de 65 ans, les CSP+ et les personnes qui perçoivent la COVID-19 comme grave sont les plus nombreuses à déclarer être vaccinées et à être plus favorables à la vaccination.

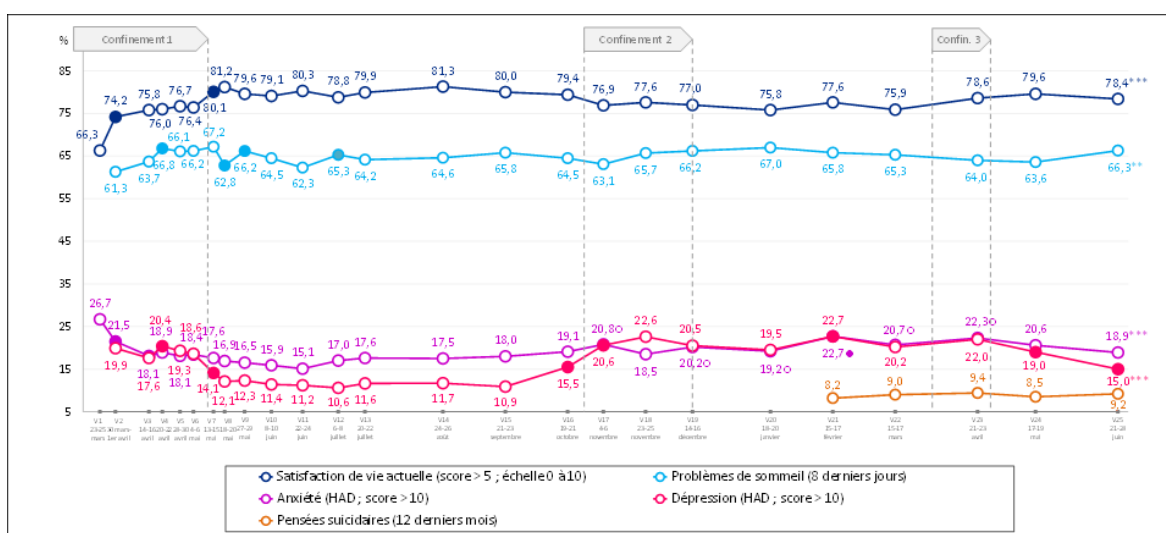
Figure 24. Évolution de la vaccination et des intentions de se faire vacciner contre la COVID-19 (% pondérés). Enquête CoviPrev (vague 25 : 21-28 juin 2021), France métropolitaine



► Santé mentale

• En vague 25 (21-28 juin 2021), pour la deuxième fois consécutive, **une diminution significative des états dépressifs déclarés était observée** (-4 points par rapport à la vague précédente) (Figure 25). Aucune évolution significative n'était observée sur les autres indicateurs en comparaison à la vague précédente. On observe cependant entre la vague 23 (21-23 avril) et la vague 25 **une diminution globalement significative des états anxieux** (-3 points). Les prévalences des états anxieux et dépressifs, des problèmes de sommeil et des pensées suicidaires restaient néanmoins supérieures à celles observées hors épidémie (Baromètre santé 2017) et le niveau de satisfaction de vie inférieur. Au total, 26% des personnes interrogées déclaraient présenter un état anxieux ou dépressif.

Figure 25. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020-2021



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

• En vague 25, les **18-24 ans**, les personnes déclarant des **antécédents de trouble psychologique**, une situation financière **très difficile**, avoir ou avoir eu **des symptômes de la COVID-19** et vivre dans un **logement surpeuplé** présentaient des **prévalences significativement plus élevées** d'anxiété, de dépression, de problèmes de sommeil et de pensées suicidaires.

Retrouvez les résultats détaillés dans le [Point sur la santé mentale](#) et celui sur [l'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19](#).

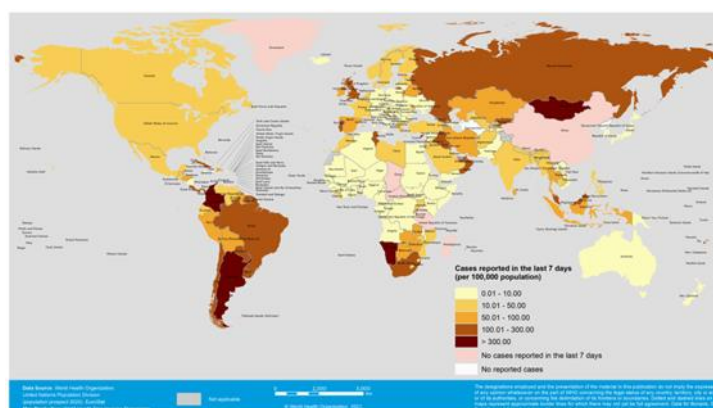
SITUATION INTERNATIONALE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **183 934 913 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés dans le monde – **et 3 985 022 décès** – au 06 juillet 2021. En semaine 26 (du 28 juin au 04 juillet 2021), plus de **2,6 millions** de nouveaux cas et un peu moins de **54 000** décès ont été signalés, ce qui constitue respectivement une hausse de +3% et une baisse de -7% par rapport à la semaine précédente.

► Foyers majeurs

- En semaine 26, les foyers majeurs de l'épidémie se situaient dans les zones **Amériques** (992 023 cas et 26 721 décès rapportés) et **Asie du Sud-Est** (612 933 cas et 11 542 décès). Ces régions étaient à l'origine, respectivement, de 37% et 23% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 50% et 21% des nouveaux décès en semaine 26 (Figure 26 et Tableau 8).
- Les pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas pour 100 000 habitants en S26 étaient : les Seychelles (758 nouveaux cas pour 100 000 habitants), la Mongolie (472/100 000 habitants), et la Colombie (402/100 000 habitants).

Figure 26. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants en semaine 26 (du 28 juin au 04 juillet 2021)



Source : OMS

► Tendances

- En semaine 26, les nombres de nouveaux cas étaient en augmentation dans toutes les régions OMS, sauf dans la région Amériques. Les régions Afrique, Europe et Pacifique occidental rapportaient également une augmentation du nombre de décès.

Tableau 8. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 26 (du 28 juin au 04 juillet 2021)

	Cas		Décès	
	Nombre	Évolution	Nombre	Évolution
Afrique	+204 012	+15% ↗	+3 359	+23% ↗
Amériques	+992 023	-13% ↘	+26 721	-11% ↘
Asie du Sud-Est	+612 933	+7% ↗	+11 542	-12% ↘
Europe	+505 790	+30% ↗	+6 926	+6% ↗
Méditerranée orientale	+245 740	+11% ↗	+3 479	+2% →
Pacifique occidental	+128 063	+10% ↗	+1 931	+7% ↗

↘ Diminution ≥ 5% ; ↗ Augmentation ≥ 5% ; → Évolution ≤ 5%
Source : OMS

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

Pour en savoir + sur la situation internationale :

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

SOURCES DES DONNÉES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

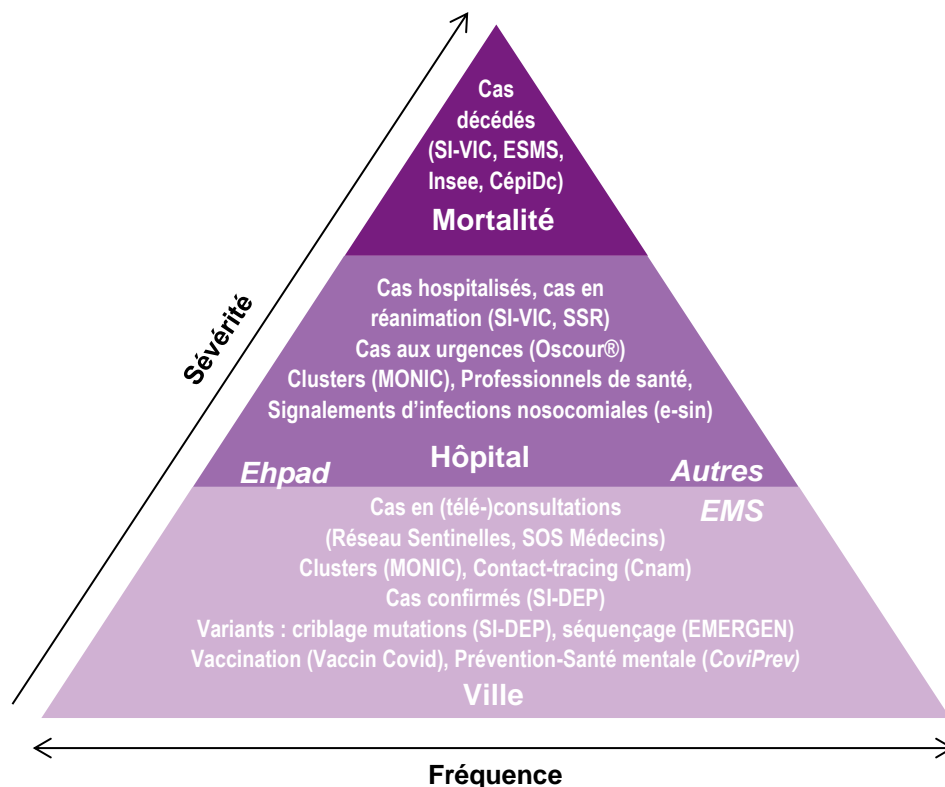
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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 de monitoring des clusters ; Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences ; SI-DEP : Système d'informations de dépistage ; SI-VIC : Système d'information des victimes ; SSR : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs. Cnam: Caisse nationale de l'assurance maladie

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

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

Retrouvez tous les **outils de prévention** destinés aux professionnels de santé et au grand public.

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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

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

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Fanny Chereau, Nicolas Méthy, Leïla Saboni, Léa Manchec, Daniel Levy-Bruhl

Systèmes de surveillance : Lélia Abad, Pauline Adam, Pierre Arwidson, Anne-Sophie Barret, Jonathan Bastard, Sybille Bernard-Stoeklin, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Bruno Coignard, Jean-Claude Desenclos, Enguerrand Du Roscoât, Julien Durand, Myriam Fayad, Adeline Feri, Julie Figoni, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Lucie Fournier, Léa Franconeri, Laurence Guldner, Katia Hamdad, Rémi Hanguéhard, Eline Hassan, Imène Horrigue, Marion Hulin, Yann Le Strat, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Oriane Nassany, Michael Padget, Gaëlle Pédrone, Camille Pelat, Elisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Cécile Sommen, Benjamin Taisne, Sophie Vaux

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

Contact presse

Vanessa Lemoine

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

Diffusion

Santé publique France

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

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

Date de publication

08 juillet 2021

Citer ce document

COVID-19. Point épidémiologique hebdomadaire. N°71, 08 juillet 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 36 p.

ISSN : 2781-2391