

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 26 mai 2021.**

► Points clés

En semaine 20, poursuite de l'amélioration des indicateurs épidémiologiques malgré une tension hospitalière qui reste élevée dans le contexte de levée de mesures de restrictions sanitaires

- Diminution des taux d'incidence, d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques
- Nombre élevé de patients en soins critiques
- Mortalité liée à la COVID-19 élevée
- Métropole : Île-de-France et Hauts-de-France demeurant les plus touchées
- Outre-mer : indicateurs restant élevés en Guyane

Variants

- Proportions de suspicions de variants préoccupants (VOC) par RT-PCR de criblage :
 - suspicions de variant 20I/501Y.V1 majoritaires en métropole à 77,6%
 - suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 à 5,9% avec hétérogénéités départementales

Prévention

- Contribution du dispositif de contact-tracing à la limitation de la propagation de l'épidémie
- Vaccination : au 26 mai 2021
 - 23 752 184 personnes ayant reçu au moins une dose, couverture vaccinale de 35,4%
 - 10 883 436 personnes complètement vaccinées, couverture vaccinale de 16,2%
- Maintien au niveau individuel de l'adoption systématique des mesures barrières et de la limitation des contacts
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais
- Rappel de l'importance de la vaccination pour les personnes prioritaires non encore vaccinées

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 20 (du 17 au 23 mai 2021)

	S20	S19*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	83 125	88 195	NI**
Taux d'incidence (/100 000 habitants) des cas de COVID-19 (SI-DEP)	124	154***	-20%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	3,5%	4,1%	-0,6 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	1 846	1 850	0%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	3 874	4 710	-18%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	4 600	5 557	-17%
Nombre de nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 124	1 256	-11%

* Données consolidées

** Non interprétable : l'évolution entre ces semaines n'est pas interprétable du fait de la baisse de l'activité de dépistage en lien avec le jeudi 13 mai de la semaine 19.

*** Taux d'incidence corrigé prenant en compte des jours fériés de la semaine 19.

Du 1^{er} mars 2020 au 25 mai 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	108 908
---	---------

► Point de situation en semaine 20 (du 17 au 23 mai 2021)

En semaine 20 (du 17 au 23 mai 2021), l'amélioration des indicateurs épidémiologiques se poursuivait. Alors que les nouvelles admissions à l'hôpital et en soins critiques étaient toujours en diminution, la pression hospitalière restait importante, notamment en soins critiques. La couverture vaccinale continuait de progresser, avec 16,2% de la population complètement vaccinée et 35,4% ayant reçu une première dose au 26 mai 2021. Toutefois, une attention particulière doit être portée à la dynamique des variants préoccupants qui pourraient être associés à un risque d'échappement vaccinal. Dans un contexte de levée progressive des restrictions, il demeure primordial de maintenir un haut niveau d'adhésion aux mesures individuelles de prévention, de dépistage, d'isolement des cas et des personnes-contacts à risque. Le contact-tracing reste essentiel à la maîtrise de l'épidémie. Il est aussi important de renforcer la vaccination des personnes prioritaires non encore vaccinées.

Au niveau national, **83 125 nouveaux cas** ont été confirmés en semaine 20, soit près de 12 000 cas en moyenne chaque jour. **Le taux d'incidence était en diminution** (124/100 000 habitants vs 154 en S19, taux corrigé pour l'effet des jours fériés, soit -20%), diminution observée dans toutes les classes d'âge. **Le taux de dépistage était en diminution** (3 511/100 000 habitants, -7% par rapport au taux corrigé de S19), ainsi que **le taux de positivité** (3,5%, -0,6 point par rapport à S19).

En semaine 20, **la diminution du nombre de cas et de personnes-contacts enregistrés dans ContactCovid marque le pas**. Cependant, la survenue de plusieurs jours fériés simultanément à la réouverture de nombreuses activités sociales rend difficile l'interprétation des indicateurs.

La diminution du nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 et de nouvelles admissions en services de soins critiques, observée depuis la semaine 16, **s'est poursuivie** en semaine 20. Toutefois, l'impact de cette réduction des nouvelles admissions sur **le nombre de personnes en cours d'hospitalisation reste encore limité** : le 25 mai, **19 491** personnes étaient hospitalisées, dont **3 462** patients en soins critiques.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus restait toujours **significativement supérieur à celui attendu** au niveau national. Le nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 hospitalisés en semaine 20 a continué de diminuer et le nombre de décès en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) est resté faible.

L'analyse des résultats de criblage des tests RT-PCR positifs indiquait toujours une prédominance de la **proportion de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1 (77,6%)** parmi les tests criblés en S19. La proportion de suspicions de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** était de **5,9%** au niveau national avec des hétérogénéités départementales. Les données de surveillance génomique disponibles confirment cette prépondérance du variant préoccupant 20I/501Y.V1 mais soulignent **l'augmentation régulière des variants arborant la mutation E484K** (12,3% lors de l'enquête Flash #8). Dans certaines régions, une transmission communautaire des variants 20I/484K et 20I/484Q a été identifiée ; ces situations sont suivies avec attention. Concernant le variant du lignage B.1.617, la majorité des épisodes rapportés à ce jour est en lien avec des personnes ayant séjourné en Inde ou dans un pays limitrophe de l'Inde, mais une transmission communautaire localisée a été rapportée dans certaines régions.

Au 26 mai 2021, **23 752 184 personnes avaient reçu au moins une dose de vaccin** et **10 883 436 avaient été vaccinées avec un schéma complet**, soit respectivement **35,4% et 16,2% de la population**. L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la **population adulte** (âgée de 18 ans ou plus) était de 45,1% pour au moins une dose et de 20,7% pour une vaccination complète.

L'adoption systématique des gestes barrières et de limitation des contacts 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. Le maintien des activités d'identification des contacts et l'incitation à la vaccination des personnes prioritaires non encore vaccinées restent importants pour contribuer à maintenir la dynamique à la baisse actuellement observée.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DU SARS-CoV-2	16
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	21
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	26
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	28
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	29
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	31
SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES.....	39
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	41
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	47
SITUATION INTERNATIONALE.....	52
SYNTHÈSE	55
SOURCES DES DONNÉES	60

Retrouvez les dernières données concernant :

- les **variants préoccupants (VOC) du SARS-CoV-2 au niveau international** dans le [**PE n° 61 du 29 avril 2021**](#) ;
- la **surveillance des cas de Covid-19 chez les professionnels en établissements de santé** dans le [**PE n° 62 du 06 mai 2021**](#) ;
- le **suivi de l'adoption des mesures de prévention et des indicateurs de santé mentale** dans le [**PE n°62 du 06 mai 2021**](#) ;
- l'**estimation de la séroprévalence des infections à SARS-CoV-2** dans le [**PE n° 62 du 06 mai 2021**](#) ;
- le **signalement d'infections à SARS-CoV-2 nosocomiales** dans le [**PE n° 64 du 20 mai 2021**](#).

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

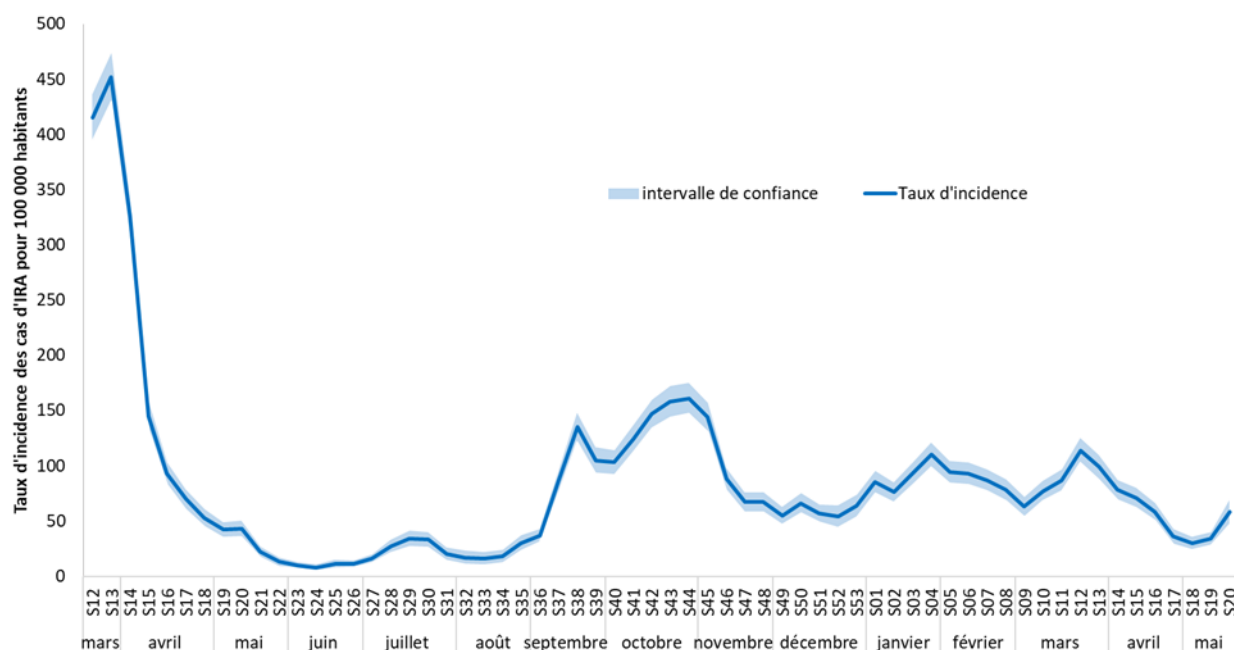
SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

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

- En semaine 20 (du 17 au 23 mai 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 58 pour 100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [47-69] en France métropolitaine, en augmentation par rapport à la semaine 19 : 34/100 000 habitants (IC95% : [28-40]) (Figure 1).
- Sur les six prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA en S20, deux se sont avérés positifs : un pour un métapneumovirus et un pour un virus respiratoire syncytial (VRS).
- Depuis la semaine 37-2020, sur les 1 150 prélèvements naso-pharyngés effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés, 325 (28%) étaient positifs pour un rhinovirus, 152 (13%) pour le SARS-CoV-2, 68 (6%) pour un métapneumovirus et 68 (6%) pour un virus respiratoire syncytial (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 20 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, **219 015 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 25 mai 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- En semaine 20 (du 17 au 23 mai 2021), **1 846 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** par rapport à la semaine précédente (1 850 actes en S19, soit 0,2%) après six semaines consécutive de baisse.
- L'analyse par classe d'âge montre une poursuite de la **hausse chez les enfants** de 2-14 ans (+17%, soit +55 actes) et une **baisse chez les adultes** (-6%, soit -63 actes). La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge** était de 5% chez les 0-4 ans, 17% chez les 5-14 ans, 55% chez les 15-44 ans, 17% chez les 45-64 ans, 3% chez les 65-74 ans et 3% chez les 75 ans et plus (contre respectivement 6%, 13%, 56%, 17%, 5% et 4% en S19).
- **Au niveau régional**, les actes médicaux pour suspicion de COVID-19 étaient en hausse dans cinq régions. Les hausses allaient de +5% à +36% avec des effectifs modérés. On retrouve, parmi les plus fortes augmentations, les régions Hauts-de-France (+15%, soit +34 actes) et Occitanie (+36%, soit +26 actes).
- La majorité des actes a été enregistrée dans les régions Île-de-France (18%), Hauts-de-France (14%), Auvergne-Rhône-Alpes (11%), Nouvelle-Aquitaine (10%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (10%).
- La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était **stable** à 2,9% (Figure 2).

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

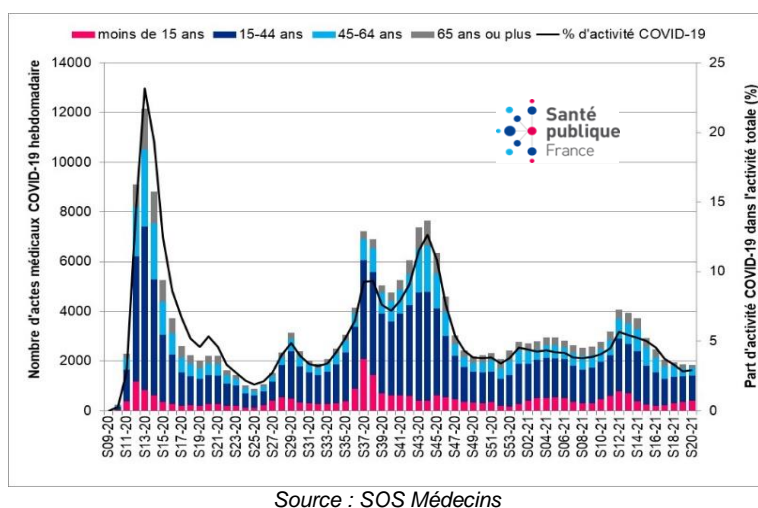
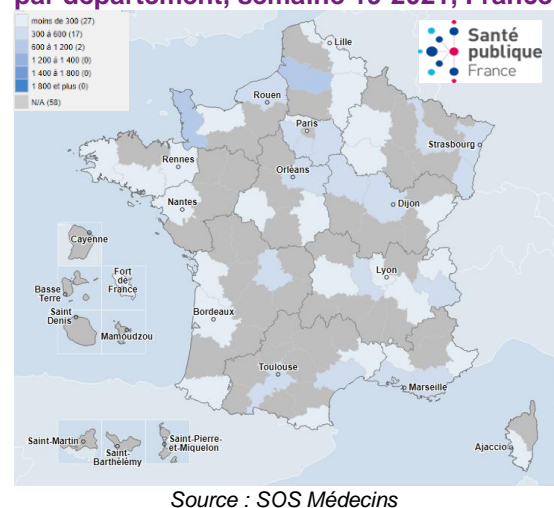


Figure 3. Taux hebdomadaire d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes médicaux SOS Médecins, par département, semaine 19-2021, France



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).

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 a été 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.

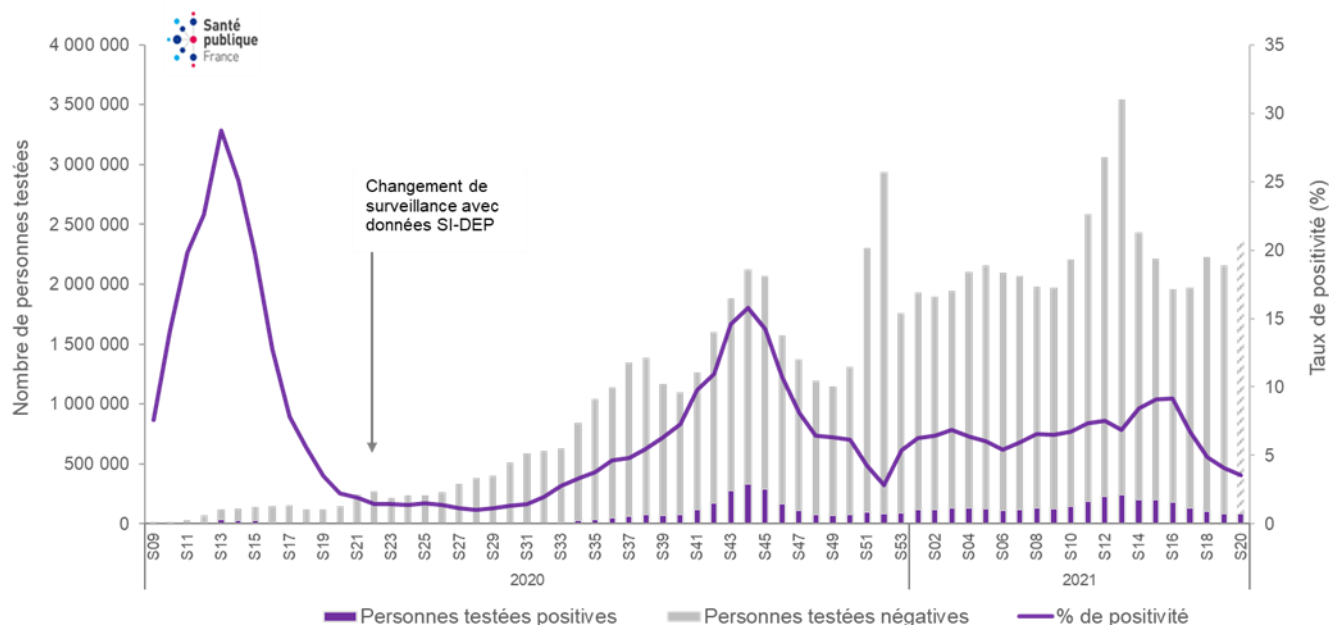
Les données de la semaine 19 (taux d'incidence et de dépistage) présentées dans ce chapitre ont été corrigées pour prendre en compte l'effet du jeudi 13 mai férié.

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

• En semaine 20, 2 356 695 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 2 159 644 en S19) et 83 125 **nouveaux cas confirmés** ont été rapportés (vs 88 195 en S19) (Figures 4 et 5).

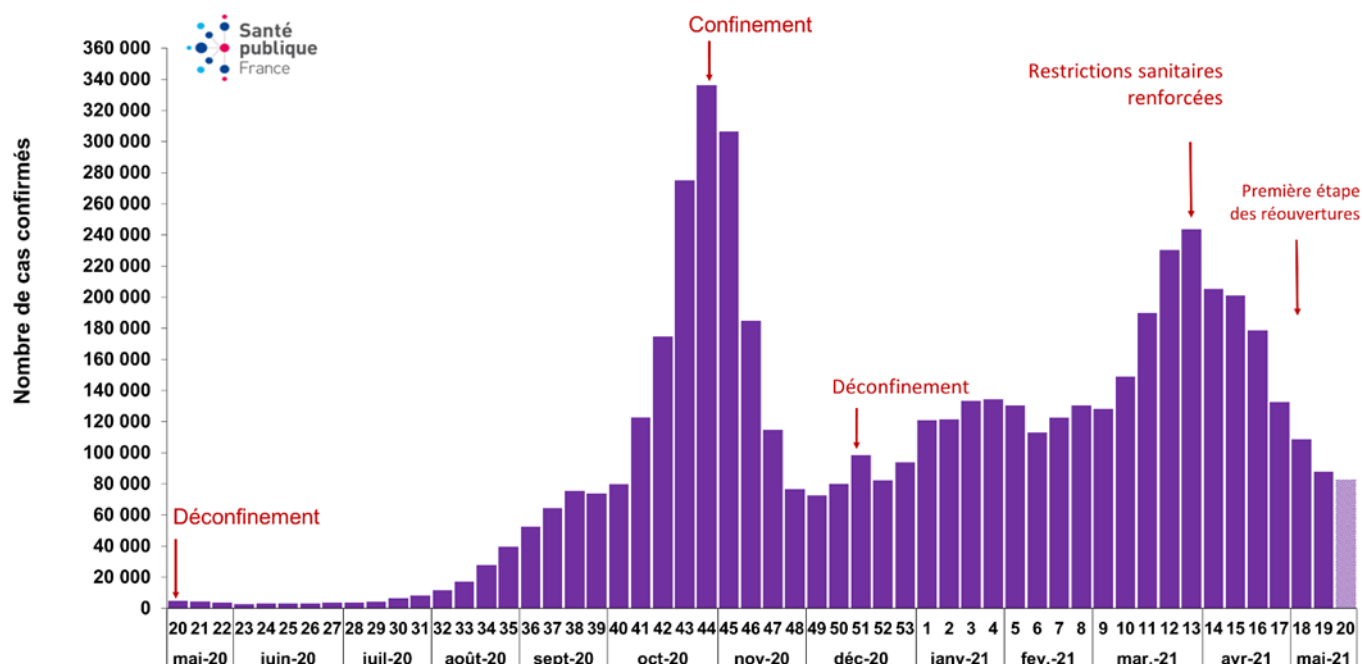
• Au 26 mai 2021, un total de **5 621 696 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

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 26 mai 2021)



Sources S09-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 : SI-DEP

Figure 5. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement) rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 23 mai 2021, France (données au 26 mai 2021)

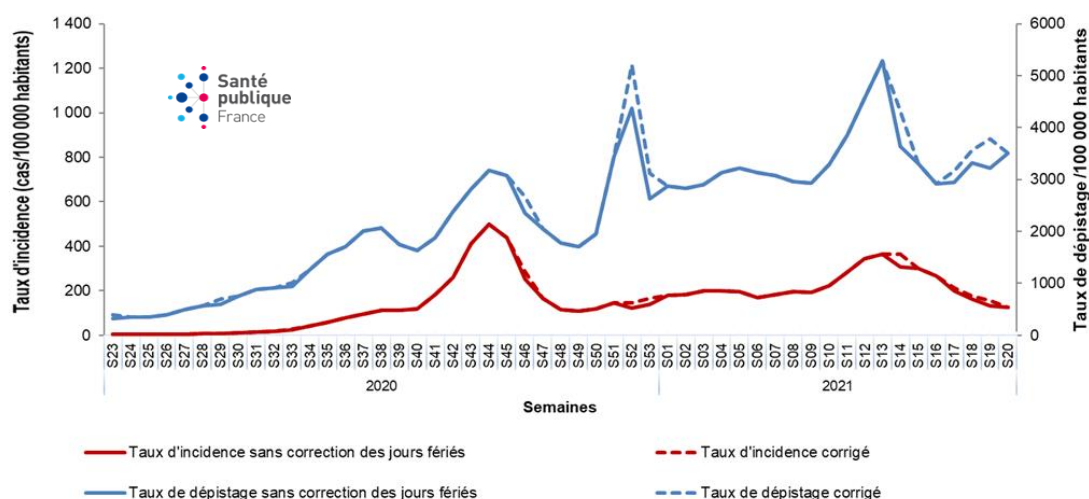


• En S20, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **3,5%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), **en diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (4,1%, soit -0,6 point) (Figure 4).

• Le **taux d'incidence** national (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de 124 pour 100 000 habitants en S20, **en diminution** par rapport au taux corrigé pour l'effet du jour férié de la semaine précédente (154 cas/100 000 habitants en S19, soit -20%) (Figure 6).

• Le **taux de dépistage** national (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) était de 3 511 pour 100 000 habitants en S20, **en diminution** par rapport au taux corrigé de S19 (3 778/100 000 habitants, soit -7%) (Figure 6).

Figure 6. 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 26 mai 2021)



- La proportion de tests effectués en S20 et intégrés dans la base SI-DEP le jour même ou le lendemain du prélèvement était de 95%, stable par rapport à la semaine précédente.

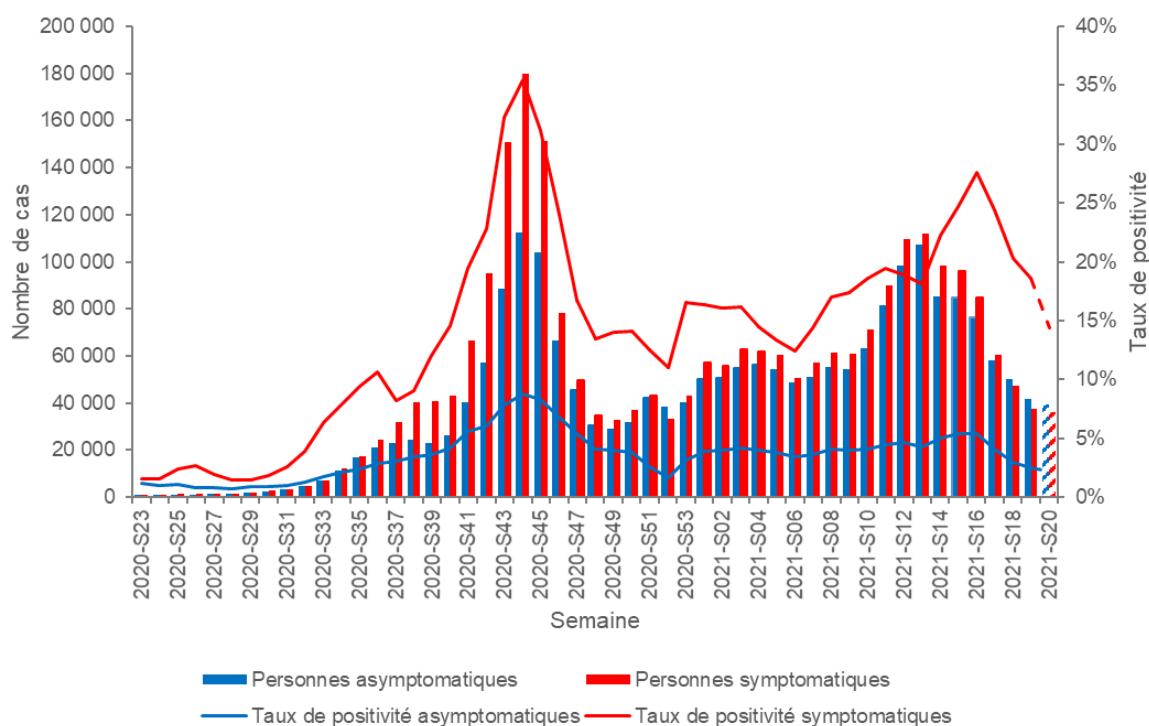
Analyse par classe d'âge

- En semaine 20, au niveau national, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 127 chez les 0-14 ans, 179 chez les 15-44 ans, 106 chez les 45-64 ans, 53 chez les 65-74 ans et 42 chez les 75 ans et plus (Figure 8a).
- **Le taux d'incidence était en diminution** par rapport au taux corrigé de la S19 **dans toutes les classes d'âge**. La diminution la plus marquée était chez les 75 ans et plus (-35%), suivis par les 65-74 ans et les 45-64 ans (-27%), les 15-44 ans (-16%) et les 0-14 ans (-14%) (Figure 8a).
- **Le taux de dépistage a diminué** par rapport au taux corrigé de S19 **dans toutes les classes d'âge excepté chez les 0-14 ans où il a augmenté (+9%)**. La diminution la plus marquée était chez les 45-64 ans (-13%) et les 15-44 ans (-12%) suivis par les 75 ans et plus (-11%) et les 65-74 ans (-4%) (Figure 8b).
- **Le taux de positivité des personnes testées était en diminution par rapport à S19 dans toutes les classes d'âge** : -0,8 point chez les 65-74 ans, -0,7 point chez les 0-14 ans, les 45-64 ans et les 75 ans et plus, -0,2 point chez les 15-44 ans (Figure 8c).

Dépistage selon la présence de symptômes

- En semaine 20, l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 87% des **personnes testées** (soit n=2 051 813). La part des personnes symptomatiques était de 12,2%, en augmentation par rapport à S19 (10,6%). Le taux de positivité était en diminution chez les symptomatiques (14,4% vs 18,6% en S19) et stable chez les asymptomatiques (2,2% vs 2,5% en S19) (Figure 7).
- **Parmi les cas**, 47,6% étaient symptomatiques, proportion stable par rapport à S19 (47,2%). **Le nombre de cas symptomatiques** était en **diminution** (35 920 vs 37 328 en S19, soit -4%) comme celui des **cas asymptomatiques** (39 487 vs 41 771 en S19, soit -5%) (Figure 7).

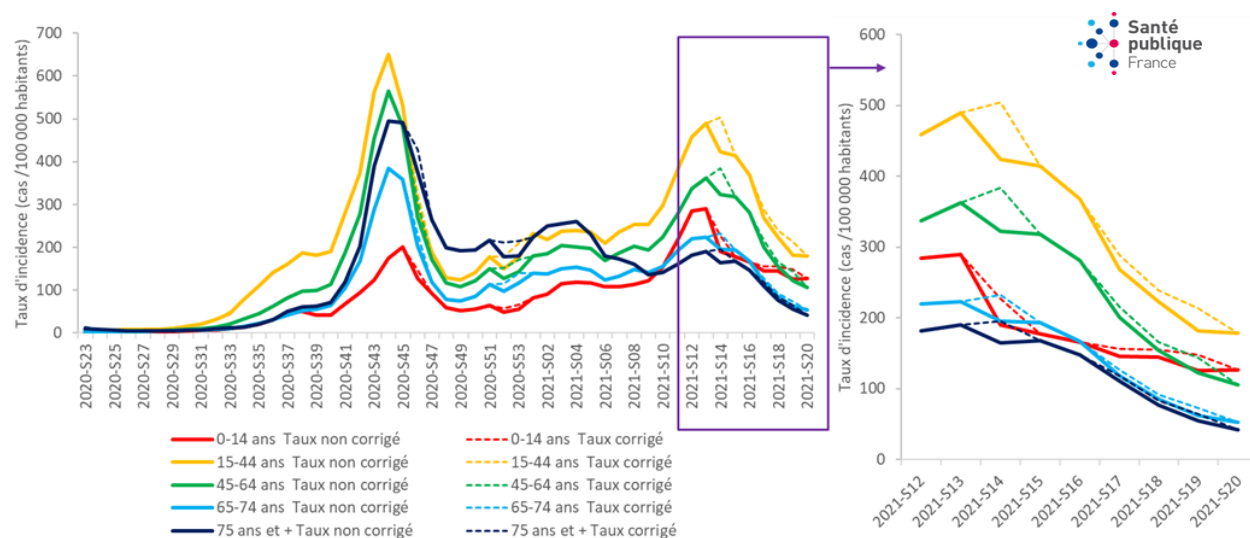
Figure 7. Évolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes, par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 26 mai 2021)



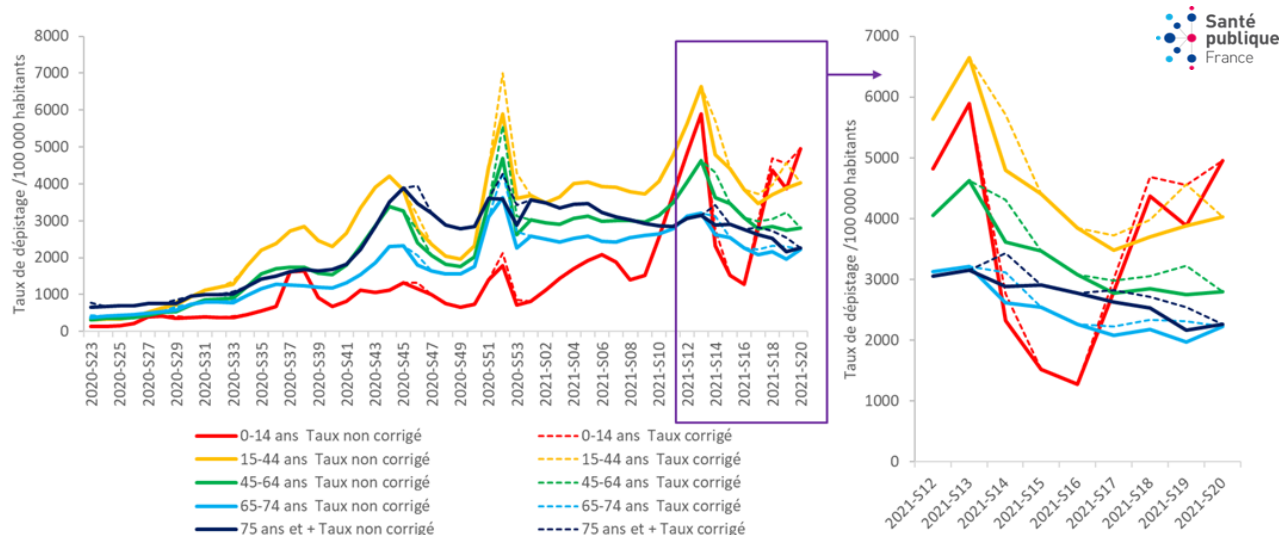
Semaine 20 : données non consolidées
Source : SI-DEP

Figure 8. Évolution des taux d'incidence (8a) et de dépistage (8b) corrigés et non corrigés pour l'effet des jours fériés et du taux de positivité (8c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23-2020, France (données au 26 mai 2021)

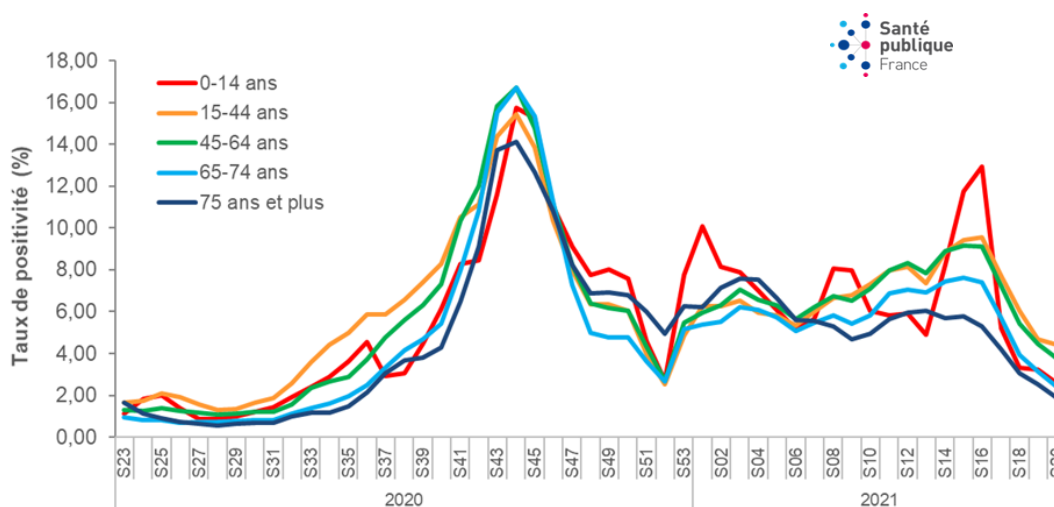
8a. Taux d'incidence



8b. Taux de dépistage



8c. Taux de positivité



Semaine 20 : données non consolidées
Source : SI-DEP

► Au niveau régional

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

En métropole

- En France métropolitaine, 79 776 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 20 (vs 85 203 en S19). Le taux de positivité était en diminution (3,5% vs 4,0% en S19, soit -0,5 point).
- En semaine 20, aucun département ne présentait de **taux d'incidence** au-dessus du seuil de 250/100 000 habitants (vs trois en S19). Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements de la Seine-Saint-Denis (201), du Val-d'Oise (192), de l'Oise (188), du Val-de-Marne (186) et de la Loire (176).
- En S20, les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** (pour 100 000 habitants) étaient : Paris (6 120), le Bas-Rhin (5 688), les Ardennes (5 008), les Hauts-de-Seine (4 375), le Haut-Rhin (4 360) et l'Aude (4 304).
- Le **taux de positivité** était inférieur à 10% dans tous les départements en S20, comme en S19. Les taux les plus élevés étaient observés dans les départements de la Seine-Saint-Denis (5,7%), l'Eure-et-Loir (5,6%), la Loire et l'Eure (5,1%) (Figure 9b).

En Outre-mer

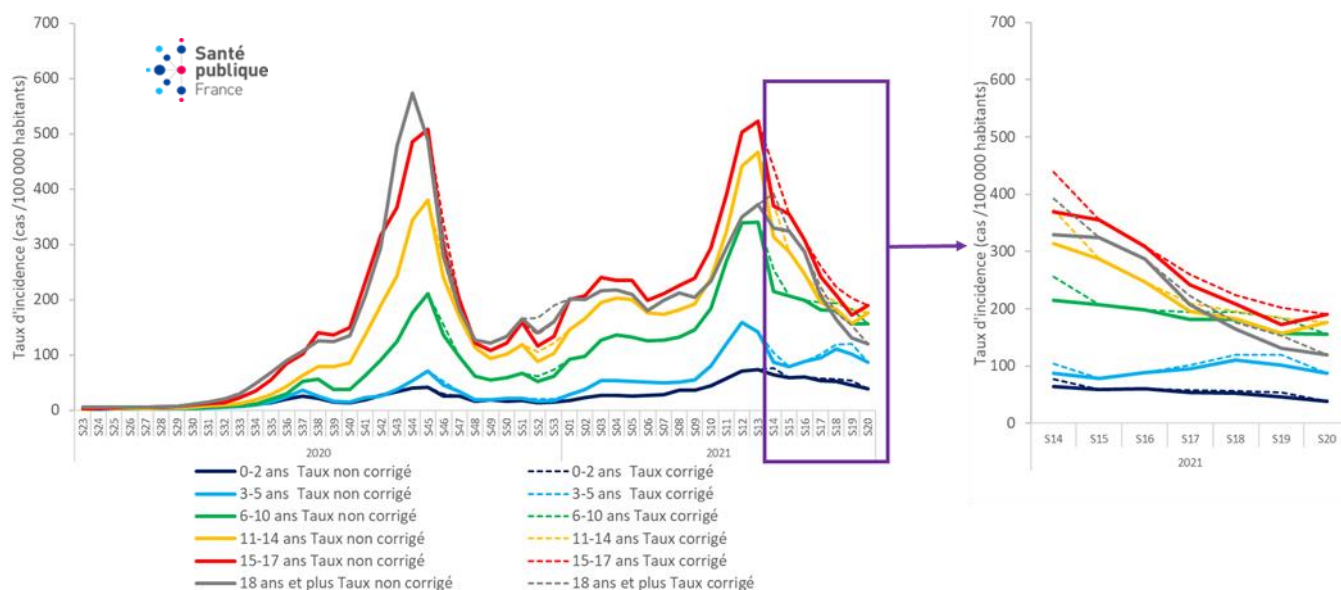
- **En Guyane**, le **taux d'incidence** était en diminution par rapport au taux corrigé de S19 (406 pour 100 000 habitants en S20 vs 451 en S19) et le **taux de positivité** était en augmentation (12,2% vs 10,9% en S19).
- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient en **diminution**, avec un taux d'incidence de 95 pour 100 000 (vs 140 en S19, taux corrigé) et un taux de positivité de 6,8% (vs 7,7% en S19).
- **En Martinique**, les indicateurs étaient en **diminution** avec un taux d'incidence de 26 pour 100 000 habitants (vs 40 en S19, taux corrigé) et un taux de positivité de 2,4% (vs 2,7% en S19).
- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient en **forte hausse** avec un taux d'incidence de 323 cas pour 100 000 habitants (vs 198 en S19, taux corrigé) et un taux de positivité de 7,7% (vs 4,8% en S19).
- **À Mayotte**, les indicateurs étaient en **hausse** avec un taux d'incidence de 22 pour 100 000 habitants (vs 12 en S19, taux corrigé) et un taux de positivité de 2,5% (vs 1,3% en S19).
- **À La Réunion**, les indicateurs étaient en **hausse** avec un taux d'incidence de 152/100 000 habitants (vs 136 en S19, taux corrigé) et un taux de positivité de 6,0% (vs 5,4% en S19).

► Analyse par niveaux scolaires

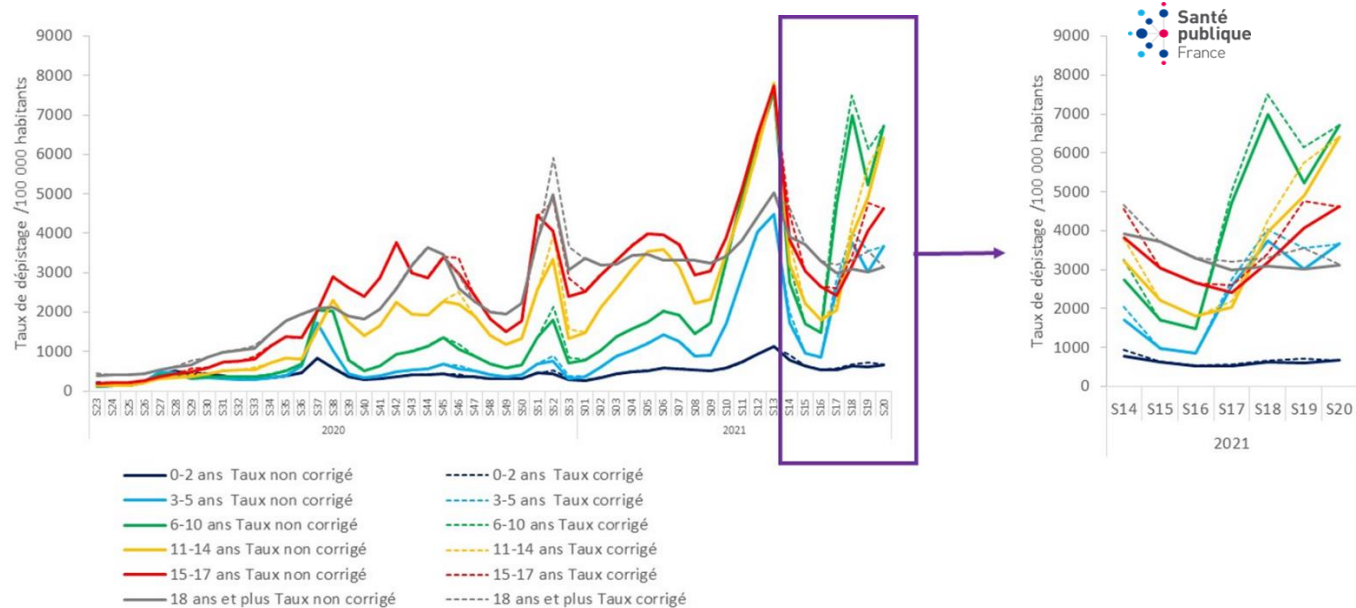
- En semaine 20, 707 041 personnes de moins de 18 ans ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 564 336 en S19). Un total de 19 895 nouveaux cas a été rapporté (vs 19 313 en S19). Les moins de 18 ans représentaient 24% de l'ensemble des nouveaux cas observés dans la population générale. Si l'on considère 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 10%, les 6-10 ans 32%, les 11-14 ans 30% et les 15-17 ans 24%.
- Le **taux d'incidence** des cas confirmés au niveau national était de 190/100 000 habitants chez les 15-17 ans, 176 chez les 11-14 ans, 156 chez les 6-10 ans, 87 chez les 3-5 ans et 39 chez les 0-2 ans (Figure 10a).
- Le **taux d'incidence** diminuait dans toutes les classes d'âge : chez les 15-17 ans (-6%), les 11-14 ans (-4%), les 6-10 ans (-15%), les 3-5 ans (-27%) et les 0-2 ans (-29%).
- Le **taux de dépistage** diminuait chez les 0-2 ans (-7%) et les 15-17 ans (-3%), tandis qu'il augmentait légèrement chez les 3-5 ans (+3%), et de manière plus marquée chez les 6-10 ans (+10%) et les 11-14 ans (+12%) (Figure 10b).
- Le **taux de positivité** se stabilisait chez les 15-17 ans (-0,1 point) et diminuait chez les 11-14 ans (-0,4 point), chez les 6-10 ans (-0,7 point), les 3-5 ans (-1,0 point) et les 0-2 ans (-1,8 point) (Figure 10c).

Figure 10. Évolution des taux d'incidence (10a) et de dépistage (10b) corrigés et non corrigés pour l'effet des jours fériés, et du taux 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 26 mai 2021)

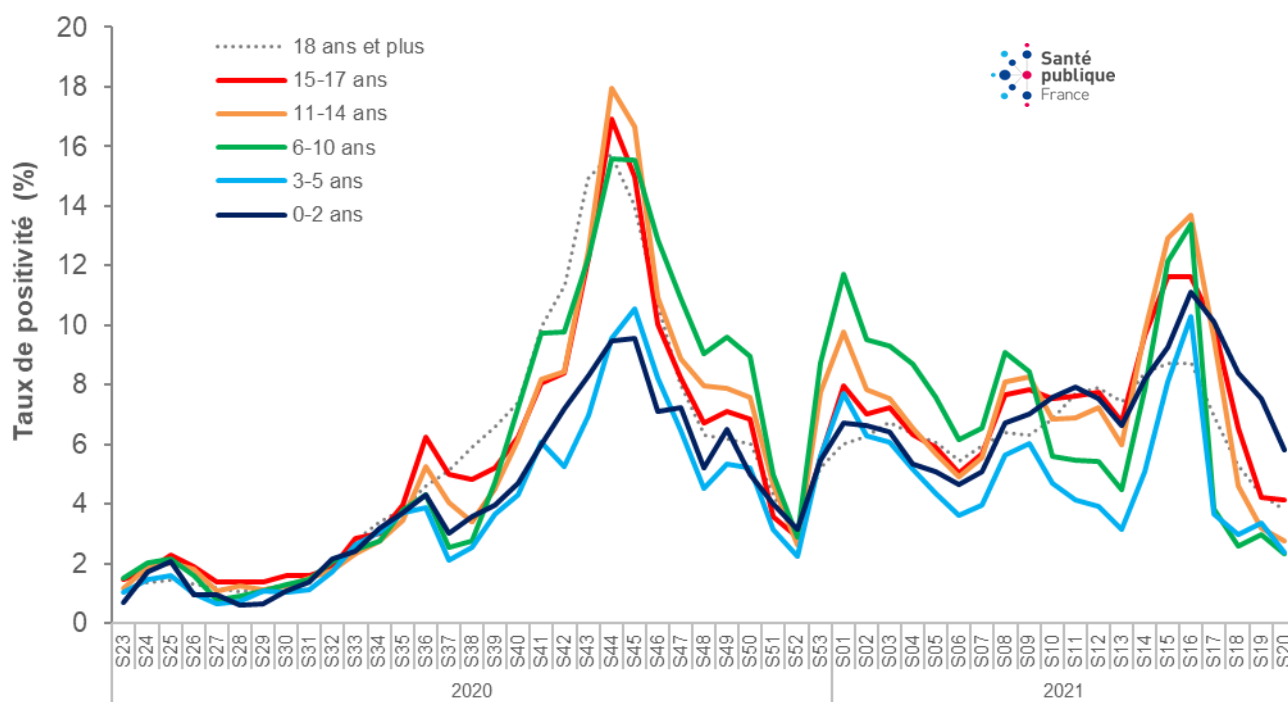
10a. Taux d'incidence



10b. Taux de dépistage



10c. Taux de positivité



Semaine 20 : 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) (les deux derniers sans distinction) ou de conclure à l'absence de variant préoccupant (VOC).

Pour plus de détails concernant l'actualité des variants, voir également les pages 16 et 57.

- **Au niveau national**, en semaine 20, sur les 108 760 tests de première intention positifs (tests RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, **53,6% étaient associés à un test de criblage** lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 58 320 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, 77,6% (45 269) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1** (vs 77,9% en S19) et **5,9%** (3 420) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** (vs 5,9% en S19).

- La proportion de tests positifs criblés variait peu selon la classe d'âge : de 49,6% chez les 80-89 ans à 58,9% chez les 0-9 ans (Tableau 1).

- La proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 était comprise entre 66,7% chez les 90 ans et plus et 79,1% chez les 10-19 ans et les 30-39 ans.

- La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 allait de 4,1% chez les 0-9 ans à 7,8% chez les 80-89 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 26 mai 2021)

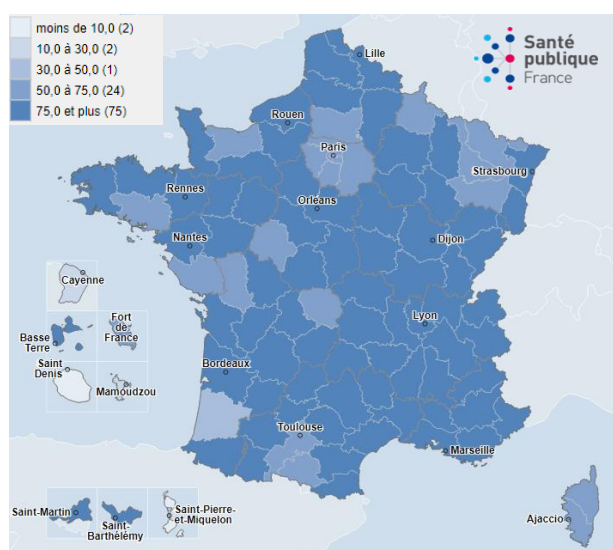
Âge (ans)	Nb de tests (RT-PCR et TAG)	Nb de tests positifs (RT-PCR et TAG)	PCR de criblage		20I/501Y.V1		20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3	
			N	%*	N	%**	N	%**
0-9	332 169	8 916	5 250	58,9	3 987	75,9	214	4,1
10-19	498 996	19 551	10 639	54,4	8 415	79,1	496	4,7
20-29	365 946	18 790	9 646	51,3	7 457	77,3	600	6,2
30-39	353 564	18 691	9 812	52,5	7 765	79,1	632	6,4
40-49	295 495	16 425	8 950	54,5	7 036	78,6	548	6,1
50-59	274 514	12 277	6 717	54,7	5 225	77,8	445	6,6
60-69	205 880	7 272	3 875	53,3	2 930	75,6	261	6,7
70-79	134 142	3 743	1 885	50,4	1 382	73,3	114	6,0
80-89	76 037	2 089	1 036	49,6	731	70,6	81	7,8
90 et plus	33 117	960	493	51,4	329	66,7	29	5,9
Inconnu	730	46	17	37,0	12	70,6	0	0,0
Tous	2 570 590	108 760	58 320	53,6	45 269	77,6	3 420	5,9

* 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 60 départements et **supérieure à 90% dans 18 d'entre eux** (Figure 11).
- **11 départements** avaient une **proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 entre 10% et 20%** (vs huit départements en S19).
- 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 (86,7%) et à La Réunion (62,1%). On note toujours une **très forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1** en Guadeloupe (90,0%) et en Martinique (61,9%) (Figures 11 et 12).

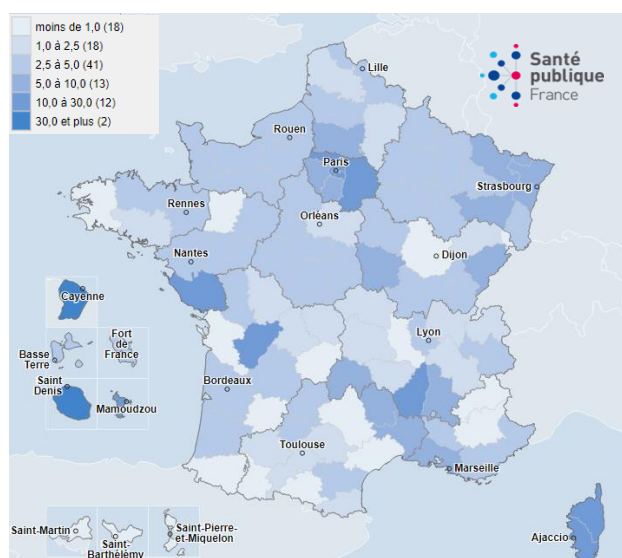
Figure 11. Proportion (%) de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1 parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 26 mai 2021)



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

Source : SI-DEP

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 26 mai 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

SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DU SARS-CoV-2

Résultats des enquêtes Flash #8 et #9

La surveillance génomique du SARS-CoV-2 relève des missions du centre national de référence (CNR) Virus des infections respiratoires et est conduite dans le cadre du consortium EMER-GEN qui associe Santé publique France, l'ANRS Maladies infectieuses émergentes (MIE) et de très nombreux partenaires, dont en particulier quatre plateformes de séquençage (CNR Institut Pasteur (Paris), CNR Hospices civils de Lyon, AP-HP Henri-Mondor (Créteil), IHU Méditerranée Infection) et le réseau de virologie de l'ANRS MIE. Les données ainsi générées sont destinées à enrichir la surveillance de la COVID-19, à contribuer aux [analyses de risque](#) permettant de caractériser et de classer les différents variants circulant en France, et à alimenter des travaux de recherche.

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

Les enquêtes Flash, qui reposent sur une sélection aléatoire de prélèvements RT-PCR positifs, font partie des cibles prioritaires de la stratégie nationale de surveillance génomique et permettent d'établir une cartographie de la diffusion des variants circulant en France. Ces enquêtes sont proposées deux fois par mois à tous les laboratoires de biologie médicale (LBM) publics et privés et reposent sur une participation volontaire. Afin d'obtenir une cartographie globale (non limitée aux variants préoccupants (VOC) connus) des différents types de virus SARS-CoV-2 circulant sur le territoire français, il a été demandé aux LBM participants de transmettre aux plateformes du consortium EMER-GEN un échantillonnage de prélèvements positifs en RT-PCR, quel que soit le résultat du criblage. Ces prélèvements ne devaient pas provenir de l'investigation d'un cluster afin d'éviter des biais de sélection.

► Enquête Flash #8 du 27 avril 2021 (résultats consolidés)

Pour l'enquête Flash #8 et afin de tenir compte de l'évolution de l'épidémie, les LBM participants devaient transmettre 15% des prélèvements positifs du jour de l'enquête pour les laboratoires en ayant au moins 20 ou la totalité des prélèvements positifs du jour pour les laboratoires en ayant moins de 20. En complément, le protocole a été modifié pour quatre départements afin d'inclure la totalité des prélèvements positifs du jour de l'enquête dans le cadre d'une augmentation de la proportion de variants 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3 par criblage (Vendée, Creuse et Alpes-Maritimes) ou en lien avec une investigation en cours à la recherche de variant 20I/484K (Finistère). Le protocole a également été modifié en Moselle où 50% des prélèvements positifs du jour ont été inclus, en lien avec une proportion toujours élevée des variants 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3 détectés par criblage.

- L'enquête Flash #8 du 27 avril 2021 a porté sur **1 631 prélèvements provenant de 15 régions de France** (Tableau 3).
- L'enquête Flash #8 confirme la **prédominance du variant préoccupant 20I/501Y.V1 (86,4% des séquences interprétables)**. Les variants préoccupants 20H/501Y.V2, 20J/501Y.V3 et 20I/484K ont été également détectés mais en proportions plus faibles (respectivement 7,8%, 0,6% et 1,1% des séquences interprétables). Le variant préoccupant 20I/501Y.V1 était en légère diminution par rapport à Flash #7 (86,4% vs 88,7%). Les variants préoccupants 20H/501Y.V2, 20J/501Y.V3 et 20I/484K étaient par contre tous en augmentation (respectivement 4,6%, 0,4% et 0,8% dans Flash #7).

Le variant 20I/501Y.V1 représentait plus de 82% des résultats quelle que soit la classe d'âge (Tableau 4) et était particulièrement présent en Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire, Normandie et Provence-Alpes-Côte d'Azur (> 93% des séquences interprétables). Le variant préoccupant 20H/501Y.V2 a été identifié dans toutes les classes d'âge, avec une prédominance chez les 40-49 ans (12,2%) et était plus présent dans le Grand Est (25,7%), en Centre-Val de Loire (11,3%) et en Île-de-France (11,1%). **Cependant, les résultats de la région Grand Est sont à interpréter avec prudence du fait du suréchantillonnage en Moselle et des faibles effectifs.** Le variant préoccupant 20I/484K a été identifié dans la quasi-totalité des classes d'âge, à l'exception des 0-9 ans et des 90 ans et plus et était présent dans quatre régions (Hauts-de-France, Île-de-France, Pays de la Loire et Bretagne).

- Les suréchantillonnages réalisés dans les départements des **Alpes-Maritimes, Vendée, Finistère et Moselle** ont permis de déterminer que respectivement 98,1%, 91,7%, 88,3% et 60,0% des souches circulant dans ces départements appartenaient au clade¹ 20I/501Y.V1. Le variant 20H/501Y.V2 représentait respectivement 1,9%, 6,3%, 4,3% et 40,0% des souches interprétables de ces départements (Tableau 2). À noter que malgré le suréchantillonnage prévu, le nombre d'échantillons séquencés est resté faible en Moselle et qu'aucun prélèvement de la Creuse n'a été envoyé.

Tableau 2. Résultats de séquençage pour les départements suréchantillonnés, enquête Flash #8, 27 avril 2021

Départements suréchantillonnés	20A/214 Ins		20A/477N (B.1.620)		20H/501Y.V2		20I/484K		20I/501Y.V1	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alpes-Maritimes	0	-	0	-	1	1,9	0	-	51	98,1
Finistère	1	1,1	6	6,4	4	4,3	0	-	83	88,3
Moselle	0	-	0	-	8	40,0	0	-	12	60,0
Vendée	0	-	0	-	3	6,3	1	2,1	44	91,7

► Enquête Flash #9 du 11 mai 2021 (premiers résultats)

Pour l'enquête Flash #9, les LBM participants devaient transmettre 25% des prélèvements positifs du jour de l'enquête pour les laboratoires en ayant au moins 20 ou la totalité des prélèvements positifs du jour pour les laboratoires en ayant moins de 20. En complément, le protocole a été modifié pour six départements afin d'inclure la totalité des prélèvements positifs du jour de l'enquête dans le cadre d'une augmentation de la proportion de variants 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3 par criblage (Calvados, Cantal, Corse du Sud, Haute-Saône, Oise et Vaucluse) ou en lien avec une augmentation de la proportion de variant 20A/484K (B.1.525) (Seine-Maritime).

- Les résultats présentés pour l'enquête Flash #9 du 11 mai 2021 portent sur l'analyse des **séquences disponibles à date et issues de 585 prélèvements provenant de 10 régions** (Tableau 5).

- **Le variant préoccupant 20I/501Y.V1 représentait 89,4% des séquences interprétables parmi les résultats disponibles.** Les variants préoccupants 20H/501Y.V2 et 20I/484K ont également été détectés (respectivement 5,7% et 1,9% des séquences interprétables). Le variant 20J/501Y.V3 n'a pas été détecté. **Le clade 20I/501Y.V1 représentait plus de 80% des résultats dans la plupart des classes d'âge, à l'exception des 70-79 ans (69,6%)** (Tableau 6).

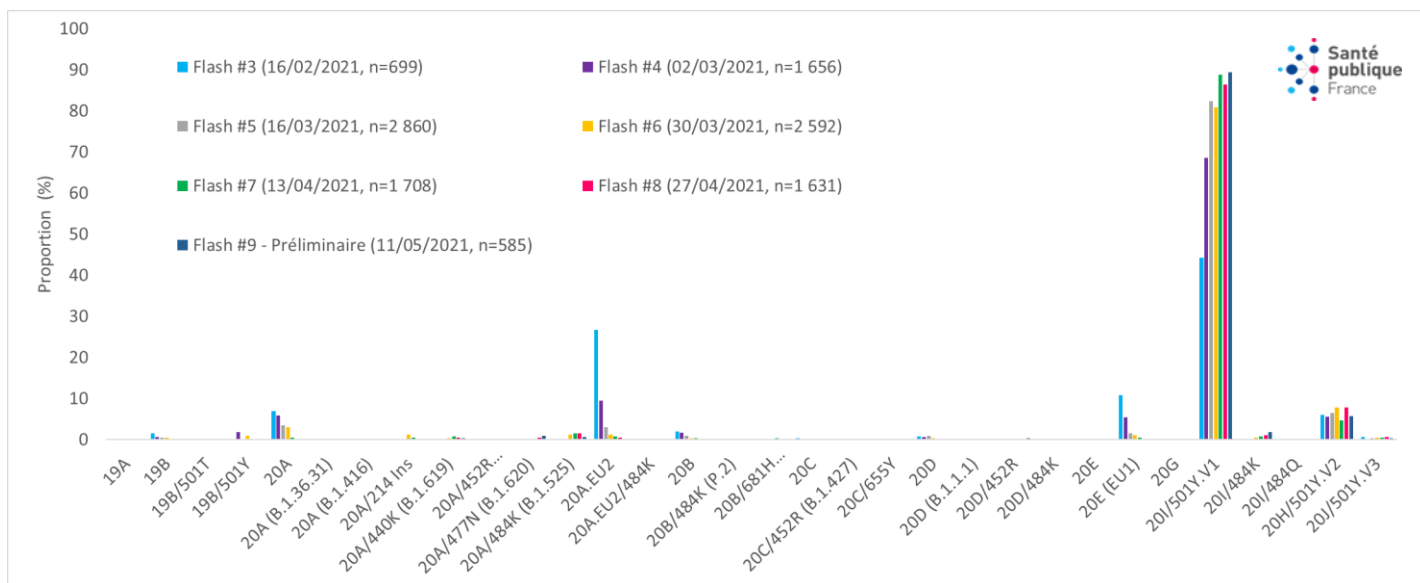
- **Le variant préoccupant 20I/501Y.V1 est détecté sur tout le territoire** et reste particulièrement présent en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté, Pays de la Loire et Auvergne-Rhône-Alpes (> 94% des séquences interprétables) (Tableau 5). Pour les autres clades, les résultats ne sont pas encore exploitables en raison du faible nombre de prélèvements séquencés disponibles pour cette première analyse.

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

► Évolution des différents clades et variants au cours des enquêtes
Flash #3 à #9 du 16 février 2021 au 11 mai 2021

- La comparaison des résultats des enquêtes Flash, basées sur un échantillonnage aléatoire des prélèvements, permet de mesurer l'évolution de la part des lignages et variants du SARS-CoV-2 circulant sur le territoire français au cours du temps. La figure 13 montre la forte augmentation de la proportion du variant préoccupant 20I/501Y.V1 entre février et avril 2021, qui ralentit toutefois au cours des dernières semaines. Dans Flash #9, la proportion du variant 20H/501Y.V2 est de 5,7% (Flash #3 : 6,0% ; Flash #4 : 5,5% ; Flash #5 : 6,4% ; Flash #6 : 7,8%, Flash #7 : 4,6% et Flash #8 : 7,8%) et celle du variant 20J/501Y.V3 est de 0,4% (Flash #3 : 0,6% ; Flash #4 : 0,1% ; Flash #5 : 0,3% ; Flash #6 : 0,4%, Flash #7 : 0,4% et Flash #8 : 0,4). Pour le variant 20I/484K, lors de cette nouvelle enquête, la proportion est de 1,9% et est en augmentation (Flash #3 : 0,0% ; Flash #4 : 0,0% ; Flash #5 : 0,1% ; Flash #6 : 0,5%, Flash #7 : 0,8% et Flash #8 : 1,1). Les résultats de l'enquête Flash #9 sont encore préliminaires et seront à confirmer lors de la consolidation des données dans les prochaines enquêtes Flash.
- De manière générale, la proportion de variants arborant la mutation E484K a augmenté au cours des différentes enquêtes Flash avec 12,3% pour Flash #8 sur la base des résultats disponibles (Flash #3 : 6,6%, Flash #4 : 5,8%, Flash #5 : 7,1%, Flash #6 : 10,5% et Flash #7 : 8,7%) ; les résultats de Flash #9 sont encore préliminaires et restent à consolider.

Figure 13. Évolution des résultats de séquençage par clade, enquêtes Flash #3 à #9, données au 25 mai 2021, France



- L'enquête Flash #10, basée sur un échantillonnage de prélèvements aléatoires, a été conduite le 25 mai 2021 ; ses résultats seront restitués dans un prochain point épidémiologique.

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

Tableau 3. Résultats de séquençage, par région du laboratoire préleveur, enquête Flash #8, 27 avril 2021, France (n= 1 631 prélèvements)

Région du laboratoire préleveur	Prélèvements totaux (N)	19A (%)	19B (%)	20A (%)	20A/214 Ins (%)	20A/440K (B.1.619) (%)	20A/452R (B.1.617.2) (%)	20A/477N (B.1.620) (%)	20A/484K (B.1.525) (%)	20A.EU2 (%)	20A.EU2/484K (%)	20B (%)	20B/681H (B.1.1.318) (%)	20I/501Y.V1 (%)	20I/484K (%)	20H/501Y.V2 (%)	20J/501Y.V3 (%)	Total (%)
ARA	222	-	-	-	0,5	0,5	1,0	-	1,0	-	-	-	0,5	91,4	-	5,1	-	100,0
BFC	67	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	-	3,2	-	85,7	-	9,5	-	100,0
BRE	182	-	-	-	0,6	-	-	3,5	1,2	-	-	-	-	90,2	0,6	4,0	-	100,0
CVL	69	-	-	-	-	-	-	1,6	1,6	-	-	-	-	85,5	-	11,3	-	100,0
COR	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92,3	-	7,7	-	100,0
GE	38	-	-	2,9	-	2,9	-	2,9	-	-	-	-	-	65,7	-	25,7	-	100,0
GUA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	-	-	100,0
HDF	50	-	4,3	2,1	2,1	-	-	-	-	6,4	2,1	-	-	74,5	6,4	2,1	-	100,0
IDF	449	0,2	-	0,2	-	0,7	-	-	3,8	-	-	0,2	-	80,1	2,7	11,1	0,9	100,0
REU	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-	100,0
NOR	69	-	-	-	-	-	-	-	1,5	-	-	-	-	94,1	-	4,4	-	100,0
NA	74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95,8	-	2,8	1,4	100,0
OCC	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90,3	-	3,2	6,5	100,0
PDL	148	-	-	-	-	0,7	-	-	-	-	-	-	-	94,3	0,7	4,3	-	100,0
PACA	185	-	-	-	-	-	-	-	0,6	2,2	-	-	-	93,4	-	2,2	1,7	100,0
Total	1 631	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	0,1	0,5	1,5	0,5	0,1	0,2	0,1	86,4	1,1	7,8	0,6	100,0

ARA : Auvergne-Rhône-Alpes ; BFC : Bourgogne-Franche-Comté ; BRE : Bretagne ; CVL : Centre-Val de Loire ; COR : Corse ; GE : Grand Est ; GUA : Guadeloupe ; HDF : Hauts-de-France ; IDF : Île-de-France ; REU : La Réunion ; NOR : Normandie ; NA : Nouvelle-Aquitaine ; OCC : Occitanie ; PDL : Pays de la Loire ; PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Tableau 4. Résultats de séquençage, par classe d'âge, enquête Flash #8, 27 avril 2021, France (n= 1 631 prélèvements)

Classes d'âge (ans)	Prélèvements totaux (N)	19A (%)	19B (%)	20A (%)	20A/214 Ins (%)	20A/440K (B.1.619) (%)	20A/452R (B.1.617.2) (%)	20A/477N (B.1.620) (%)	20A/484K (B.1.525) (%)	20A.EU2 (%)	20A.EU2/484K (%)	20B (%)	20B/681H (B.1.1.318) (%)	20I/501Y.V1 (%)	20I/484K (%)	20H/501Y.V2 (%)	20J/501Y.V3 (%)	Total (%)
0-9	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93,0	-	7,0	-	100
10-19	160	-	-	-	0,6	-	-	1,3	2,6	-	-	-	-	89,7	1,3	3,8	0,6	100
20-29	272	-	-	-	0,4	0,4	0,4	-	1,6	-	0,4	-	-	87,2	0,8	8,6	0,4	100
30-39	229	-	-	-	-	0,5	-	0,5	1,4	0,5	0,5	-	0,5	87,8	0,9	7,7	-	100
40-49	219	-	-	-	-	0,5	-	1,0	2,4	-	-	-	-	82,9	0,5	12,2	0,5	100
50-59	255	0,4	-	0,8	-	0,4	0,4	0,8	1,2	0,8	-	-	-	85,4	2,0	7,3	0,4	100
60-69	169	-	0,6	-	-	0,6	-	0,6	1,8	0,6	-	0,6	-	85,4	1,2	7,9	0,6	100
70-79	111	-	-	-	0,9	-	-	-	0,9	2,8	-	-	-	86,8	0,9	7,5	-	100
80-89	98	-	-	1,1	-	1,1	-	-	-	-	1,1	-	-	85,7	2,2	4,4	4,4	100
≥ 90	59	-	2,0	-	-	-	-	-	2,0	2,0	-	-	-	82,4	-	9,8	2,0	100
Total	1 631	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	0,1	0,5	1,5	0,5	0,2	0,1	0,1	86,4	1,1	7,8	0,6	100

Tableau 5. Résultats de séquençage, par région du laboratoire préleveur, enquête Flash #9, 11 mai 2021, France (n= 585 prélèvements)

Région du laboratoire préleveur	Prélèvements totaux (N)	20A/440K (B.1.619) (%)	20A/477N (B.1.620) (%)	20A/484K (B.1.525) (%)	20A.EU2 (%)	20D/452R (%)	20I/501Y.V1 (%)	20I/484K (%)	20H/501Y.V2 (%)	20I/484Q (%)	Total (%)
ARA	228	0,5	0,5	-	0,5	1,0	94,2	-	2,9	0,5	100,0
BFC	46	-	-	-	-	-	95,5	-	4,5	-	100,0
BRE	3	-	-	-	-	-	100,0	-	-	-	100,0
CVL	44	-	7,5	-	-	5,0	82,5	-	5,0	-	100,0
GE	13	-	-	-	-	-	83,3	8,3	8,3	-	100,0
HDF	81	-	-	2,7	-	-	89,3	4,0	4,0	-	100,0
IDF	87	-	-	1,3	-	-	73,8	5,0	20,0	-	100,0
NOR	24	-	-	-	-	-	91,3	8,7	-	-	100,0
PDL	35	2,9	2,9	-	-	-	94,3	-	-	-	100,0
PACA	24	-	-	-	-	-	95,7	-	4,3	-	100,0
Total	585	0,4	0,9	0,6	0,2	0,7	89,4	1,9	5,7	0,2	100,0

ARA : Auvergne-Rhône-Alpes ; BFC : Bourgogne-Franche-Comté ; BRE : Bretagne ; CVL : Centre-Val de Loire ; COR : Corse ; GE : Grand Est ; GUA : Guadeloupe ; HDF : Hauts-de-France ; IDF : Île-de-France ; NOR : Normandie ; NA : Nouvelle-Aquitaine ; OCC : Occitanie ; PDL : Pays de la Loire ; PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

Tableau 6. Résultats de séquençage, par classe d'âge, enquête Flash #9, 11 mai 2021, France (n= 585 prélèvements)

Classes d'âges	Prélèvements totaux (N)	20A/440K (B.1.619) (%)	20A/477N (B.1.620) (%)	20A/484K (B.1.525) (%)	20A.EU2 (%)	20D/452R (%)	20I/501Y.V1 (%)	20I/484K (%)	20H/501Y.V2 (%)	20I/484Q (%)	Total (%)
0-9	39	-	-	3,0	-	-	93,9	3,0	-	-	100,0
10-19	78	-	2,7	-	-	-	87,7	2,7	6,8	-	100,0
20-29	112	-	2,9	-	-	1,0	88,6	-	7,6	-	100,0
30-39	76	-	-	-	-	1,4	88,4	1,4	8,7	-	100,0
40-49	85	-	-	-	-	1,3	94,9	2,5	1,3	-	100,0
50-59	75	-	-	-	1,4	1,4	87,3	4,2	5,6	-	100,0
60-69	60	1,8	-	-	-	-	94,5	-	3,6	-	100,0
70-79	26	4,3	-	8,7	-	-	69,6	-	13,0	4,3	100,0
80-89	24	-	-	-	-	-	90,9	-	9,1	-	100,0
≥ 90	10	-	-	-	-	-	90,0	10,0	-	-	100,0
Total	585	0,4	0,9	0,6	0,2	0,7	89,4	1,9	5,7	0,2	100,0

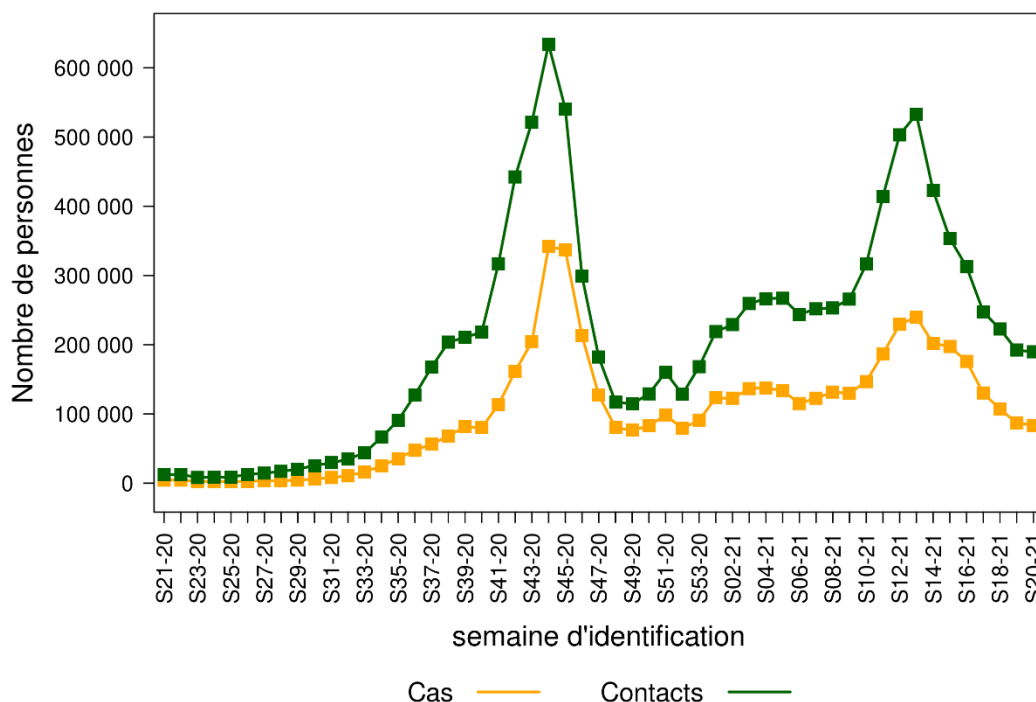
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

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. 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.

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

- En S20, le **nombre total de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts dans ContactCovid était en baisse pour la septième semaine consécutive** : respectivement 83 703 nouveaux cas (soit -3,8% par rapport à S19 : 87 001) et 189 719 personnes-contacts (soit -1,2% par rapport à S19 : 192 149) (Figure 14). La diminution était cependant beaucoup moins marquée que la semaine précédente (respectivement -15,3% et -12,3% pour les cas et personnes-contacts).
- En S20, l'âge moyen des cas poursuivait sa diminution (respectivement 34, 36, 37 et 38 ans en S20, S19, S18 et S17) mais restait stable pour les personnes-contacts à risque (29 ans pour la troisième semaine). Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus était stable à 5,5%.

Figure 14. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine, du 13 mai 2020 au 23 mai 2021, France

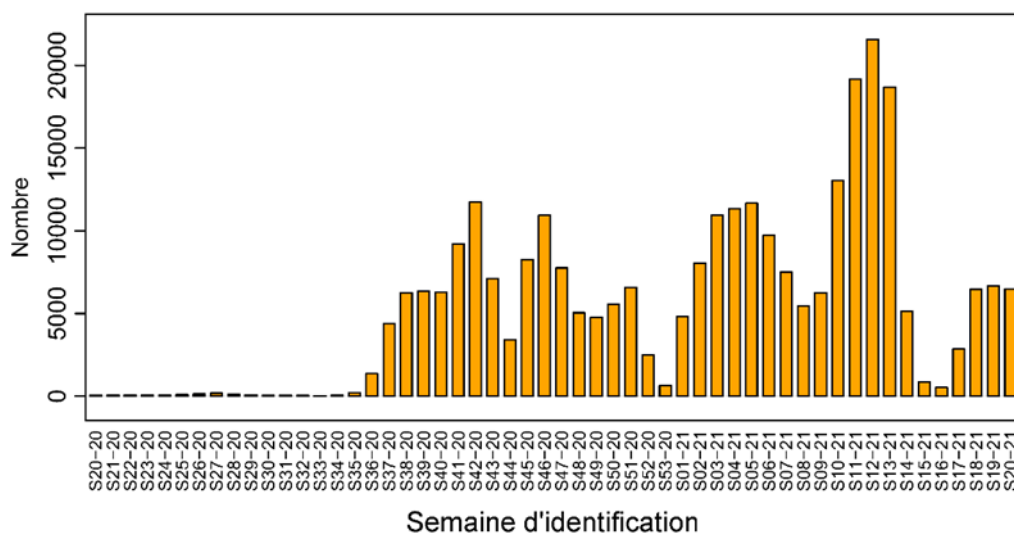


* Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique. En raison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

- En lien avec la réouverture des écoles le 26 avril (S17), le **nombre de cas ayant fréquenté le milieu scolaire était de 6 477 en S20 (vs 6 581 en S19)**, mais restait toujours en-deçà des valeurs observées avant la mise en œuvre des mesures de freinage (Figure 15). Parmi ces cas, 46% avaient entre 10 et 18 ans et 20% avaient plus de 18 ans.

Figure 15. Nombre de cas rapportés ayant fréquenté un milieu scolaire (avant ou après le début des signes), par semaine, du 13 mai 2020 au 23 mai 2021, France



Source : ContactCovid - Cnam

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

- En S20, la proportion de cas (96%) et de personnes-contacts à risque (96%) ayant pu être investigués par l'Assurance maladie était inchangée et à un niveau élevé.
- 10,9% des personnes-contacts à risque ont été investiguées *via* le site Internet dédié (vs 33,6% en S13), sans être appelées directement.

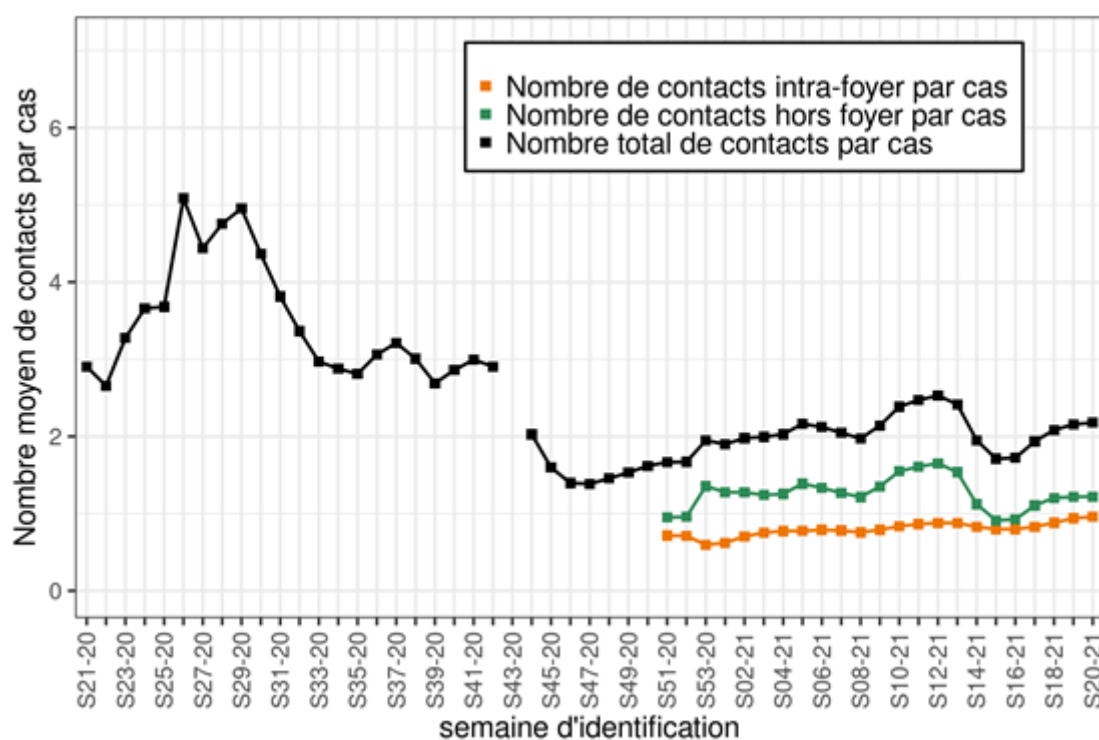
► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En S20, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour diagnostic par RT-PCR ou tests antigéniques renseignées (soit 56,4% des cas), **le délai moyen de diagnostic était inchangé à 2,0 jours** (valeur identique depuis S15). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.
- 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 stable avec une valeur moyenne de 2,9 jours (valeur stable depuis S17).

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était stable à 2,2 vs 2,1 en S19 (Figure 16).
- Le pourcentage de cas ne rapportant aucune personne-contact à risque était en diminution pour la quatrième semaine consécutive à 39,7% (vs 44,8% en S16). Cette situation représentait 63,4% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 34,4% des cas âgés de 15 à 44 ans.
- Le pourcentage de cas rapportant plus de cinq personnes-contacts à risque était en augmentation pour la quatrième semaine consécutive, à 10,3% (données non consolidées) vs 10,0% en S19 (données consolidées). Cette situation représentait 3,2% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 12,0% 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 (1,3 vs 2,5).

Figure 16. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas (intra-foyer, hors foyer et les deux confondus), par semaine, du 13 mai 2020 au 23 mai 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.

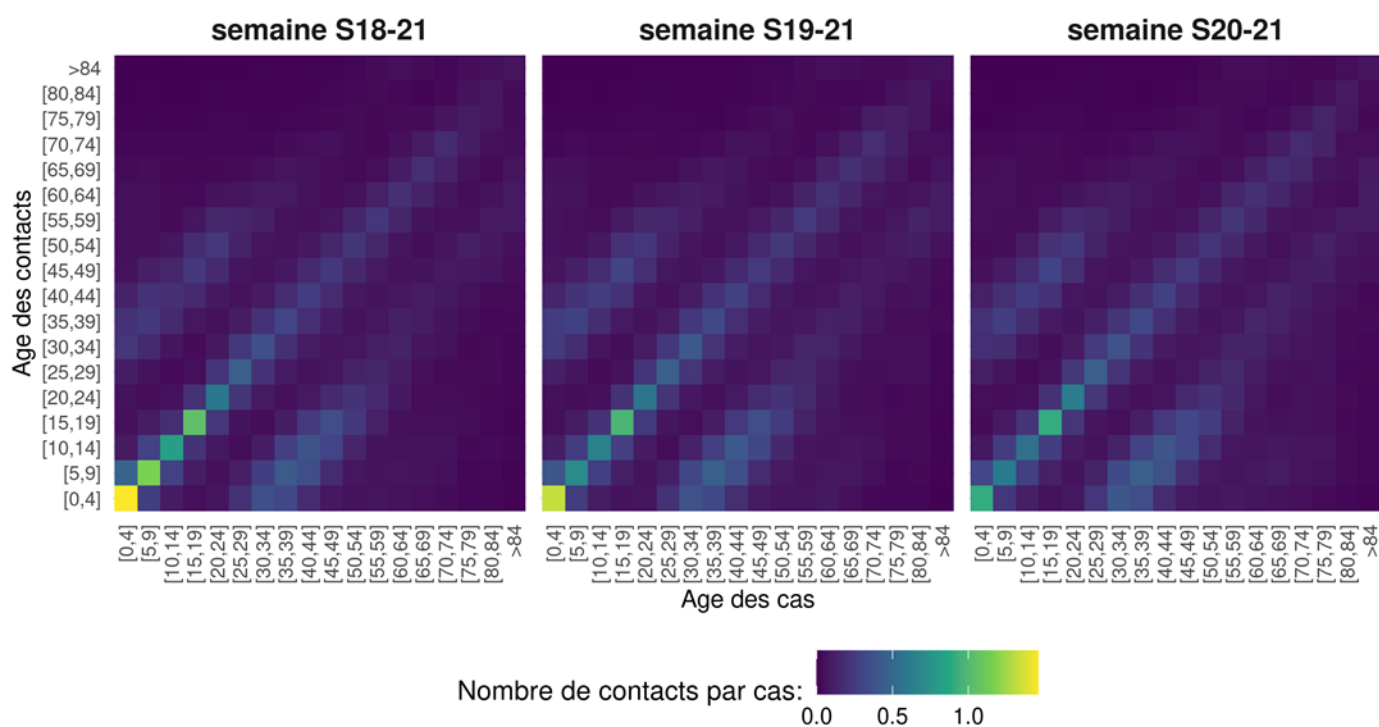
S20-2021 : valeur non consolidée.

Source : ContactCovid - Cham

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

- En S20, les cas âgés de moins de 65 ans avaient toujours peu de contacts à risque avec des personnes âgées de 65 ans et plus (moins de 8,6% de leurs personnes-contacts). À l'inverse, plus de 31,3% des personnes-contacts des cas de plus de 65 ans avaient elles-mêmes plus de 65 ans.
- Le nombre de contacts était stable entre les personnes de moins de 20 ans, mais poursuivait sa diminution entre celles de moins de 10 ans (Figure 17). Pour les autres classes d'âge, le nombre de contacts à risque par cas était globalement stable sur les trois dernières semaines.

Figure 17. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts, pour les semaines 18, 19 et 20, 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.

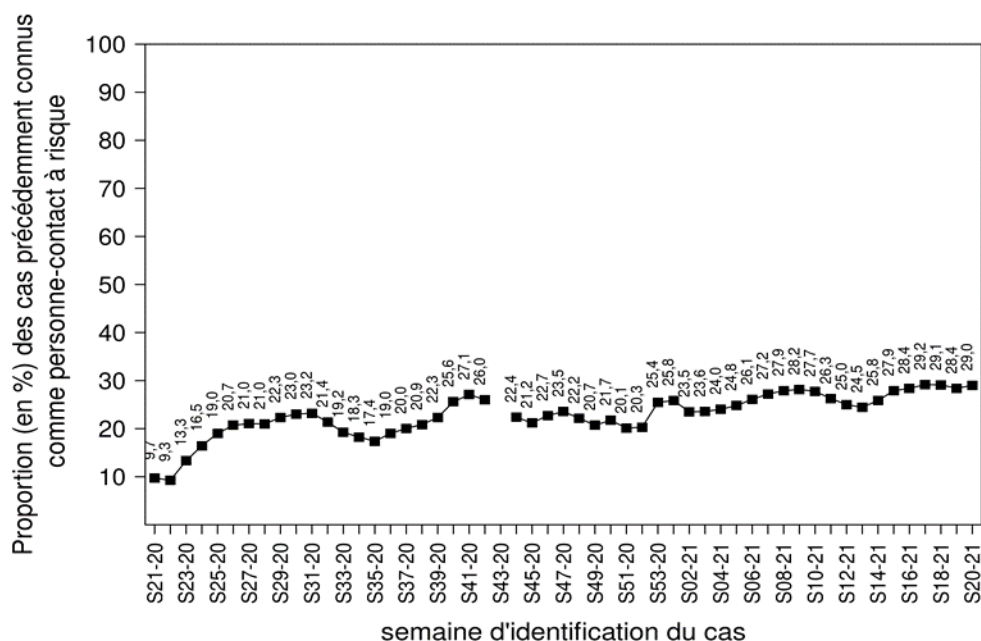
Valeurs calculées quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.

Source : ContactCovid – Cnam

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

- En S20, la proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque d'un autre cas (29,0%) était stable par rapport à S19 (28,4%) (Figure 18).
- Au 23 mai, **10,2% des personnes-contacts identifiées en S19 étaient devenues des cas** (données non consolidées). Ce pourcentage était **plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques** (12,4%) que de cas asymptomatiques (6,5%). La proportion de personnes-contacts devenues des cas était également plus élevée **lorsque leur cas index appartenait au même foyer qu'elles** (15,7%) que lorsque cela n'était pas le cas (6,3%).

Figure 18. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 23 mai 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 S20, le pourcentage de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence habituelle était revenu à 2,2% (vs 2,8% en S19, semaine de l'Ascension).
- Le pourcentage de cas ayant voyagé hors de France était en légère augmentation à 1,3% (vs 1,2% en S20). Les pays les plus visités par ces cas étaient des pays frontaliers (Belgique, Suisse, Espagne, Luxembourg, Allemagne).

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

• Du 1^{er} mars 2020 au 23 mai 2021, **31 750 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 7).

• Il s'agissait de **19 325 (61%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (Ehpad et autres EHPA) et **12 425 (39%) dans les autres ESMS** (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 7).

• Parmi les 31 750 signalements en ESMS, **210 541 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents (Tableau 7). Parmi les **26 385 décès survenus dans ces établissements**, 26 110 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 7. 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 23 mai 2021, France

		EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
	Signalements ⁵	19 325	9 078	1 167	2 180	31 750
Chez les résidents	Cas confirmés ⁶	177 858	26 423	1 639	4 621	210 541
	Décès ⁷ hôpitaux	10 516	494	0	131	11 141
	Décès ⁷ établissements	26 110	218	0	57	26 385
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	88 879	19 685	1 684	2 067	112 315

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

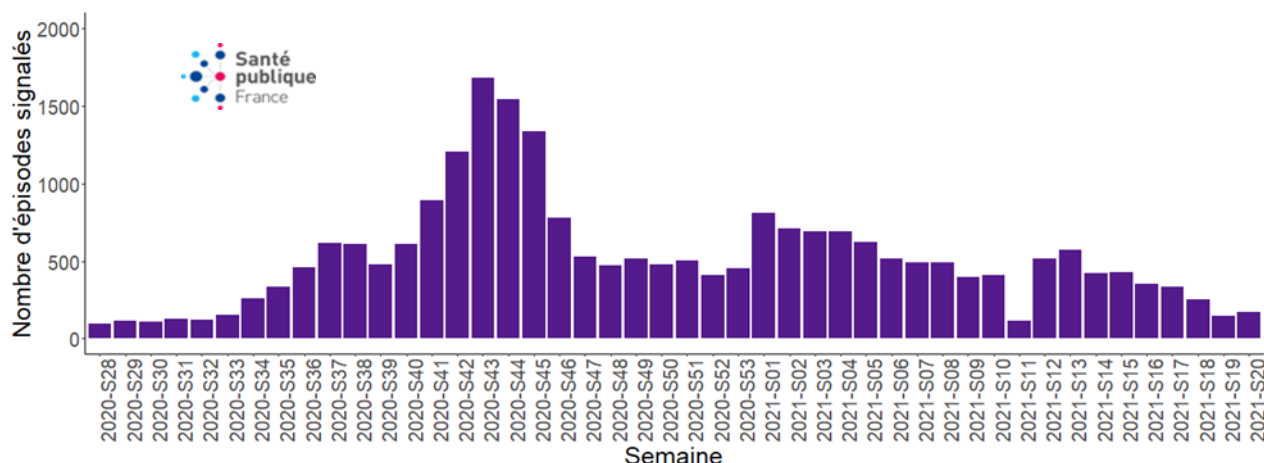
⁶ Cas de COVID-19 biologiquement confirmés

⁷ Cas possibles et confirmés décédés

• **De la semaine 05 à la semaine 09-2021, le nombre de signalements a diminué puis s'est stabilisé jusqu'en semaine 15** avec 431 signalements. À partir de la semaine 16, le nombre de signalements a de nouveau diminué (332 en S17, 255 en S18 et 144 en S19).

En semaine 20-2021, 172 signalements ont été enregistrés. À noter que les données de S20 ne sont pas consolidées (Figure 19).

Figure 19. 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 23 mai 2021, France



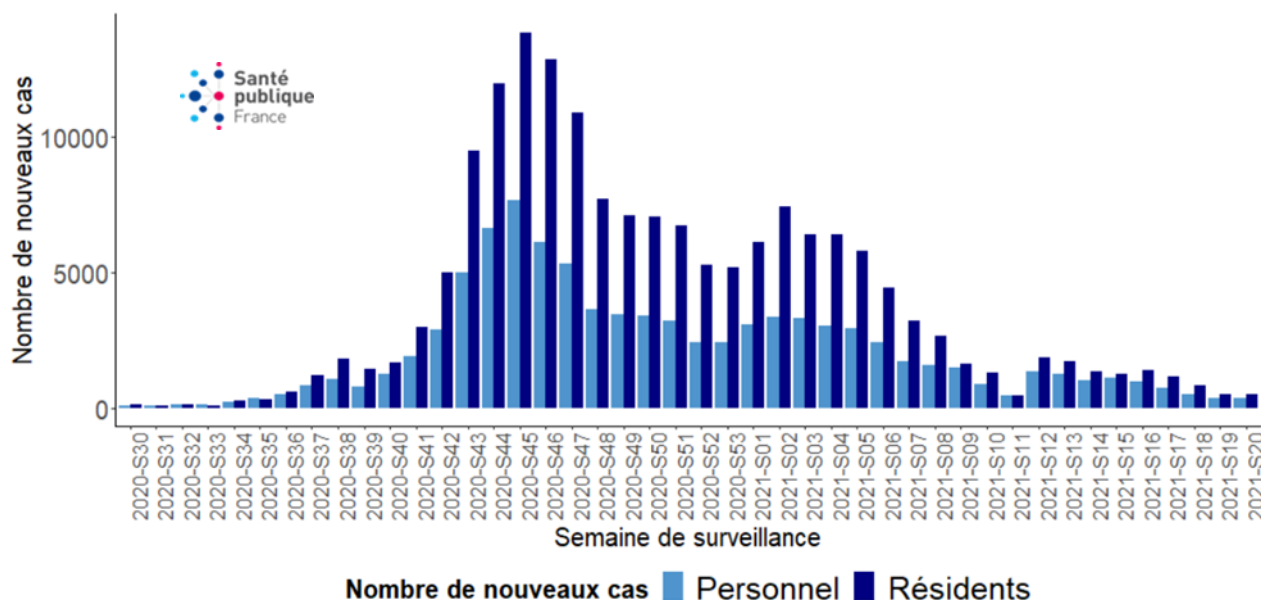
S11 : le déploiement de la nouvelle application permettant la collecte des données a entraîné une sous-déclaration cette semaine.

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

S20 : données non consolidées.

● **Le nombre de cas confirmés a diminué à partir de la semaine 06-2021 et une stabilisation était constatée depuis la semaine 10.** À partir de la semaine 17-2021, le nombre de cas confirmés enregistrés a de nouveau diminué (1 909 en S17, 1 340 en S18 et 844 en S19). En semaine 20-2021, 856 cas confirmés ont été enregistrés. À noter que les données de S20 ne sont pas consolidées (Figure 20).

Figure 20. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS, par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 23 mai 2021, France

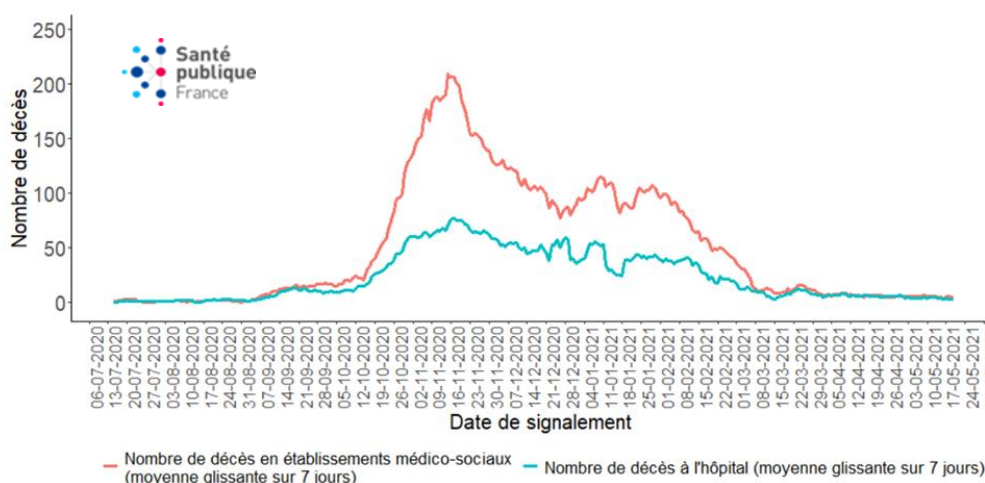


S11 : le déploiement de la nouvelle application permettant la collecte des données a entraîné une sous-déclaration cette semaine.
S12 et S13 : rattrapage de la sous-déclaration des cas en S11.
S20 : données non consolidées.

● **Le nombre de décès hebdomadaires en établissement a diminué à partir de la semaine 05 et s'est stabilisé depuis la semaine 13** (33 décès ont été enregistrés en S20, 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 (**en établissements et à l'hôpital**) s'est **stabilisé** depuis plusieurs semaines (Figure 21). Le nombre moyen quotidien de décès est inférieur à 10 depuis le 31 mars, valeur comparable à celles observées les semaines précédant la deuxième vague (mois de septembre 2020).

Figure 21. Nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur sept 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 23 mai 2021, France*

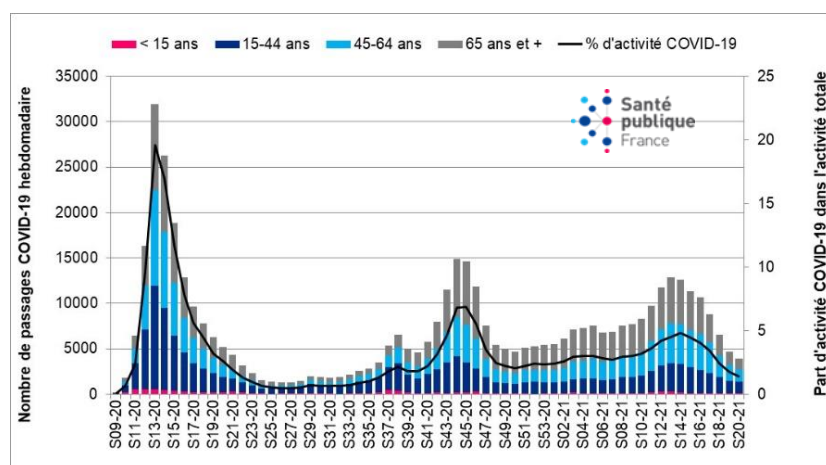


* Dernières données de décès le 20 mai 2021 pour l'estimation de la moyenne glissante sur sept jours.

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

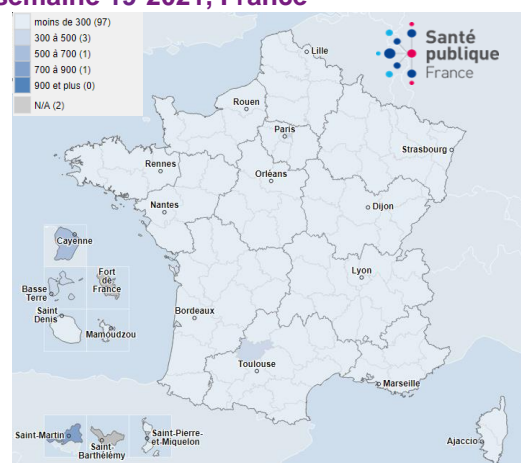
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **490 802 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 25 mai 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 20** (du 17 au 23 mai 2021), **3 874 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (contre 4 710 passages en S19, soit -18%). Il s'agit de la **sixième semaine de baisse** consécutive (Figure 22).
- La part d'activité était de 1,4% en S20 (vs 1,7% en S19). Le pourcentage d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était en baisse (51% en S20 vs 54% en S19).
- La baisse du nombre de passages pour suspicion de COVID-19 concernait toutes les classes d'âge et était plus marquée chez les adultes (-18%, soit -827 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 (2%), 15-44 ans (33%), 45-64 ans (35%), 65-74 ans (14%), 75 ans et plus (15%) (Figure 22).
- Les passages pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en baisse dans toutes les régions métropolitaines et les DOM.
- En semaine 19 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 (27%), Auvergne-Rhône-Alpes (12%), Hauts-de-France (9%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (7%).

Figure 22. 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 23. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 19-2021, 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 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.**

- L'estimation du nombre de reproduction effectif en France métropolitaine était toujours significativement inférieure à 1 à partir des trois sources de données. Ainsi, au 22 mai, à partir des données virologiques (SI-DEP), elle était de **0,88** (IC95% [0,88-0,89]). À partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), l'estimation du nombre de reproduction au 22 mai était de **0,76** (IC95% [0,74-0,79]). Au 23 mai, celle obtenue à partir des données d'hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) était de **0,66** (IC95% [0,63-0,68]) (Tableau 8 et Figure 24).

Les estimations du nombre de reproduction effectif à partir des données virologiques (SI-DEP) sont obtenues à partir des données enregistrées et non corrigées pour les jours fériés. La dynamique de cet indicateur reflète l'évolution du taux d'incidence non corrigé. De ce fait, son interprétation doit être prudente cette semaine.

► Régions métropolitaines

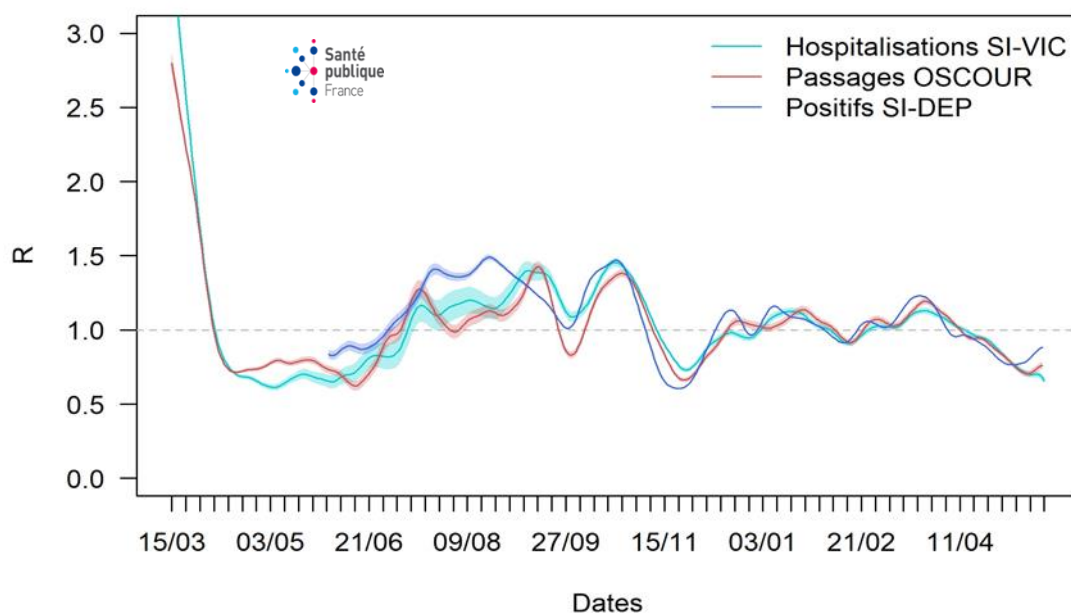
- Les estimations du nombre de reproduction étaient significativement inférieures à 1 à partir des trois sources de données dans toutes les régions métropolitaines (Tableau 8).

► Régions d'outre-mer

- En Guyane, les estimations du nombre de reproduction étaient **supérieures à 1 de façon significative à partir des données virologiques (SI-DEP) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans l'outil SI-VIC**. L'estimation à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) était inférieure à 1 de façon non significative (Tableau 8).
- À La Réunion, l'estimation du nombre de reproduction était **significativement supérieure à 1 à partir des données virologiques (SI-DEP)**, mais celles obtenues à partir des deux autres sources de données étaient inférieures à 1.
- À Mayotte, l'estimation du nombre de reproduction effectif était supérieure à 1 mais de façon non significative à partir des données virologiques (SI-DEP).

[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 24. 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 23 mai 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 8. Nombre de reproduction effectif du 22 mai 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 23 mai 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	0,93 (0,91-0,94)	0,79 (0,72-0,87)	0,61 (0,55-0,68)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,95 (0,92-0,98)	0,77 (0,67-0,88)	0,66 (0,56-0,76)
	Bretagne	0,95 (0,92-0,98)	0,75 (0,61-0,90)	0,82 (0,67-0,98)
	Centre-Val de Loire	0,92 (0,88-0,95)	0,62 (0,52-0,74)	0,59 (0,49-0,69)
	Corse	0,68 (0,55-0,82)	NC	NC
	Grand Est	0,89 (0,86-0,91)	0,79 (0,70-0,88)	0,66 (0,58-0,74)
	Hauts-de-France	0,89 (0,87-0,90)	0,78 (0,70-0,87)	0,68 (0,61-0,75)
	Île-de-France	0,82 (0,81-0,83)	0,77 (0,73-0,82)	0,65 (0,61-0,70)
	Normandie	0,95 (0,92-0,97)	0,77 (0,66-0,89)	0,70 (0,61-0,81)
	Nouvelle-Aquitaine	0,94 (0,92-0,97)	0,77 (0,68-0,88)	0,67 (0,57-0,77)
	Occitanie	0,90 (0,87-0,92)	0,77 (0,68-0,86)	0,62 (0,53-0,72)
	Pays de la Loire	0,95 (0,92-0,98)	0,74 (0,63-0,87)	0,66 (0,56-0,78)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,79 (0,77-0,81)	0,67 (0,60-0,76)	0,66 (0,58-0,74)
	France métropolitaine	0,88 (0,88-0,89)	0,76 (0,74-0,79)	0,66 (0,63-0,68)
France ultramarine	Guadeloupe	0,77 (0,69-0,85)	0,78 (0,58-1,02)	0,95 (0,70-1,23)
	Guyane	1,07 (1,00-1,13)	0,95 (0,79-1,12)	1,27 (1,04-1,53)
	La Réunion	1,15 (1,09-1,21)	0,81 (0,65-0,99)	0,95 (0,75-1,17)
	Martinique	0,73 (0,59-0,88)	NA	NC
	Mayotte	1,16 (0,87-1,48)	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.

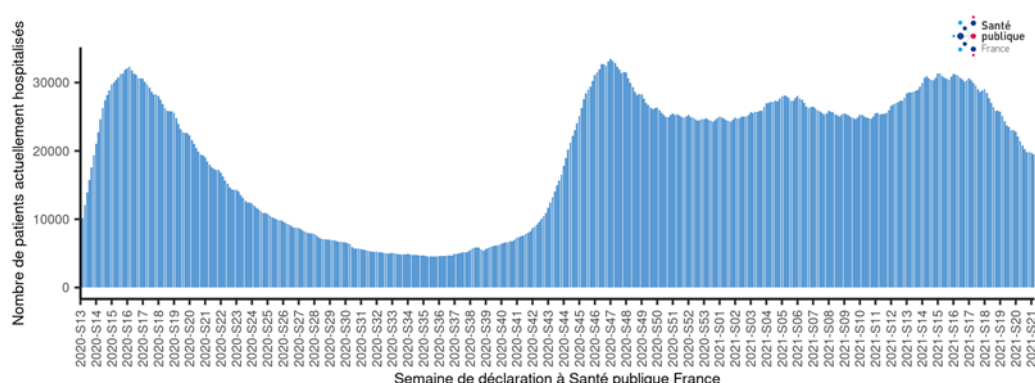
Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en services de soins critiques ou le décès d'un patient COVID-19 et la date de déclaration ou de mise à jour du statut du patient dans le système SI-VIC est fréquent. Les données par dates d'admission et de décès nécessitant en moyenne une semaine de consolidation, 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

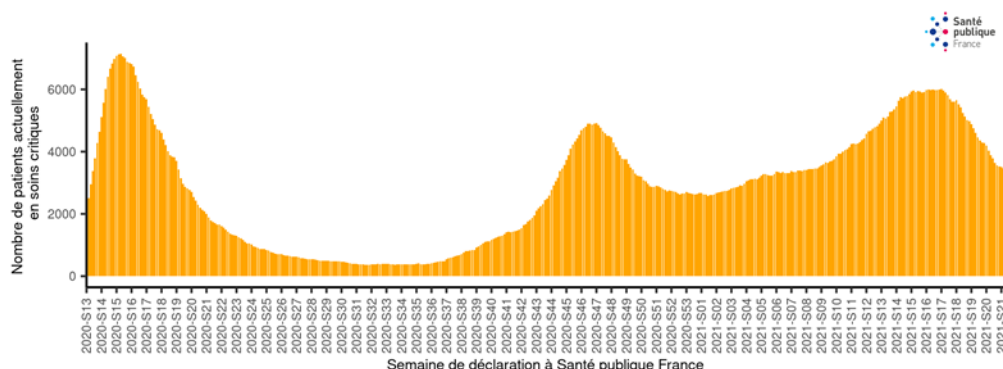
- Le 25 mai 2021, **19 491 patients COVID-19 étaient hospitalisés en France** (vs 22 118 le 18 mai, soit -12%) (Figure 25), dont :
 - **3 462** en services de soins critiques (vs 4 030 le 18 mai, soit -14%) (Figure 26 et Tableau 9). Parmi ceux-ci, 2 714 étaient en services de réanimation et 748 dans d'autres services de soins critiques (soins intensifs ou soins continus) ;
 - **8 989** en hospitalisation conventionnelle (soit -16%) ;
 - **6 579** en soins de suite et réadaptation et **461** en autres unités de soins.

Figure 25. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 25 mai 2021)



Source : SI-VIC

Figure 26. Nombre de patients COVID-19 en services de soins critiques, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 25 mai 2021)



Source : SI-VIC

- Parmi les 467 959 patients ayant été hospitalisés depuis le 1^{er} mars 2020 :
 - l'âge médian des patients était de 73 ans et 52% étaient des hommes ;
 - **82 523** patients sont décédés : 74% étaient âgés de 75 ans et plus et 58% étaient des hommes

Tableau 9. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en services de soins critiques) le 25 mai 2021 et nombre de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

	Le 25 mai 2021				Depuis le 1 ^{er} mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Soins Critiques		Décès	
	N	%	N	%	N	%
Total	19 491		3 462		82 523	
Classes d'âge *						
Total	19 327		3 446		82 081	
0-14 ans	70	<1	10	<1	6	<1
15-44 ans	1 214	6	253	7	608	<1
45-64 ans	4 630	24	1 415	41	6 803	8
65-74 ans	4 846	25	1 313	38	14 241	17
75 et +	8 567	44	455	13	60 423	74
Régions *						
Total	19 430		3 447		82 494	
Métropole						
Auvergne-Rhône-Alpes	2 177	11	371	11	11 433	14
Bourgogne-Franche-Comté	786	4	111	3	4 735	6
Bretagne	594	3	66	2	1 610	2
Centre-Val de Loire	718	4	111	3	2 707	3
Corse	46	<1	8	<1	205	<1
Grand Est	1 534	8	246	7	10 032	12
Hauts-de-France	2 500	13	453	13	8 967	11
Île-de-France	5 133	26	1 043	30	19 985	24
Normandie	1 107	6	161	5	3 266	4
Nouvelle-Aquitaine	948	5	167	5	3 736	5
Occitanie	1 053	5	205	6	4 460	5
Pays de la Loire	526	3	94	3	2 664	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 824	9	306	9	7 889	10
Outre-mer						
La Réunion	172	<1	36	1	197	<1
Martinique	64	<1	13	<1	94	<1
Mayotte	9	<1	5	<1	128	<1
Guadeloupe	121	<1	27	<1	277	<1
Guyane	118	<1	24	<1	109	<1

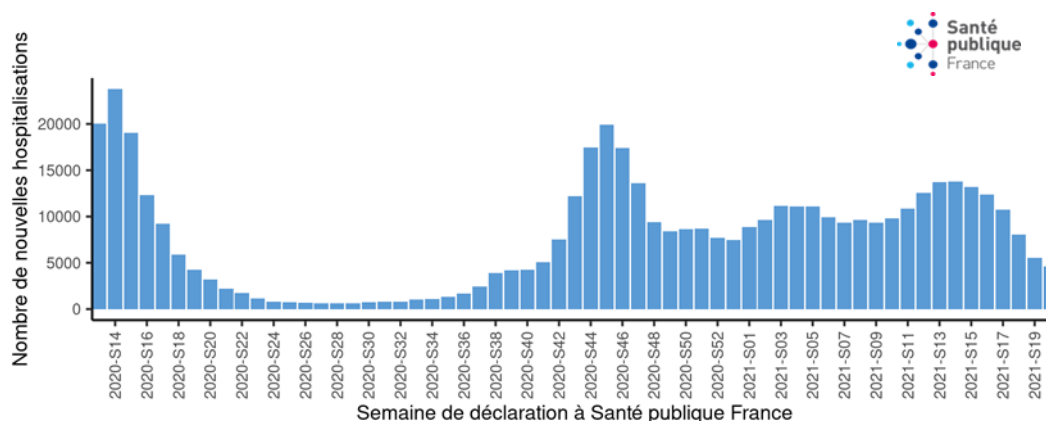
* L'information sur l'âge ou sur la région n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Source : SI-VIC

Nouvelles hospitalisations et nouveaux décès

- La diminution du nombre de déclarations de nouvelles hospitalisations, observée depuis S15, s'est poursuivie en S20 : **4 600** vs **5 557** en S19, soit **-17%** (Figure 27). En S20, 91% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

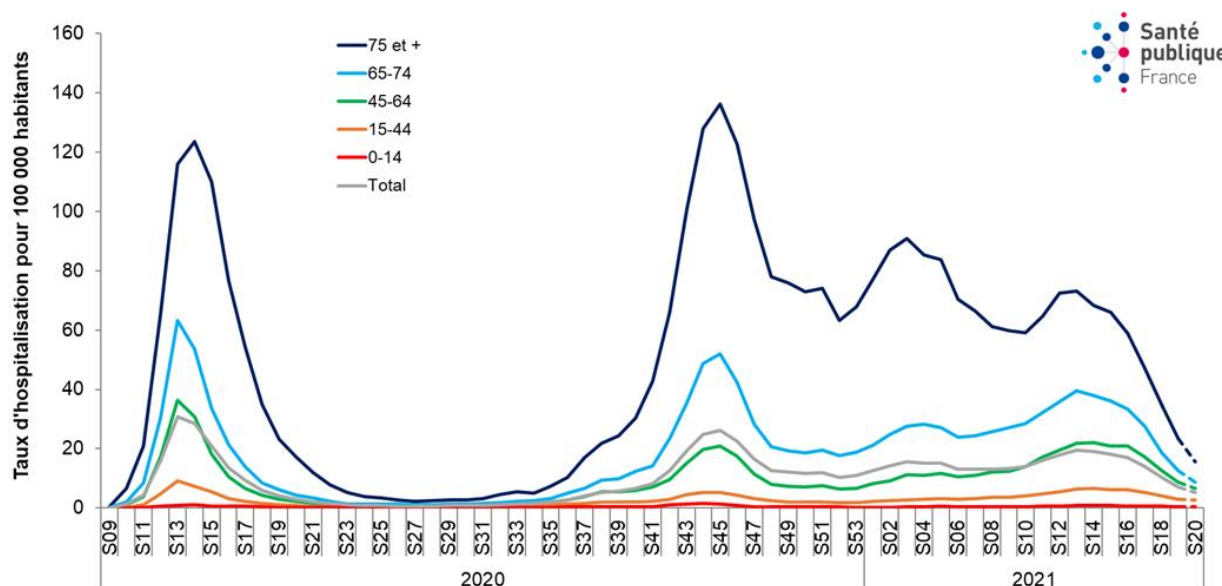
Figure 27. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 23 mai 2021)



- Après consolidation, les **données par date d'admission à l'hôpital** montrent que le nombre de nouvelles hospitalisations a diminué en S19 (-31% par rapport à S18). Les données de S20 (-27% par rapport à S19) ne sont pas encore consolidées.

- **La diminution du taux d'hospitalisations par date d'admission** depuis S15 s'est poursuivie dans toutes les classes d'âge en S19. Les données de S20 ne sont pas encore consolidées (Figure 28).

Figure 28. 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 25 mai 2021)

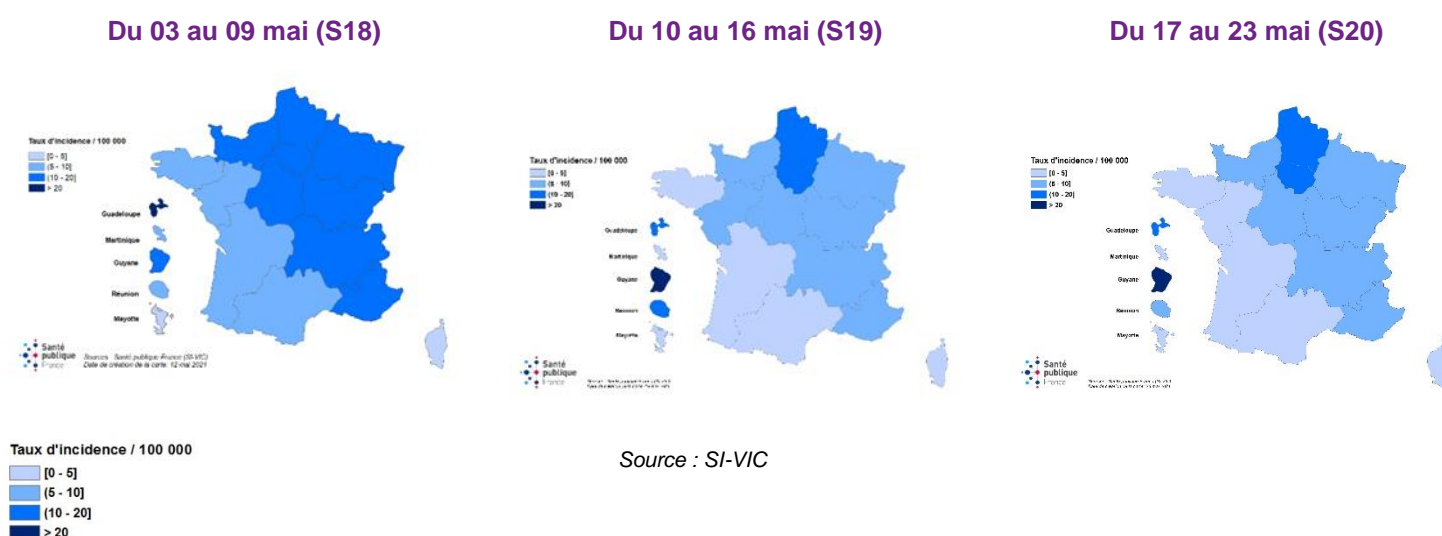


S20 : données non consolidées

Source : SI-VIC

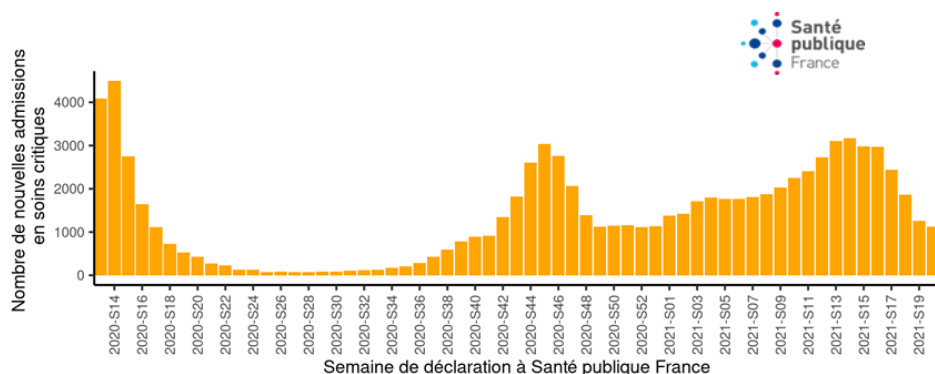
- En S20, le **taux hebdomadaire** d'hospitalisations par date de déclaration était de **6,9/100 000 habitants**, contre **8,3** en S19.
- En France métropolitaine, le taux hebdomadaire d'hospitalisations était en **diminution dans toutes les régions**.
- En S20, les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Hauts-de-France** (10,2) et **Île-de-France** (10,1/100 000 habitants). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 8,2 pour 100 000 habitants (Figure 29).
- En Outre-mer, les **plus forts taux d'hospitalisations en S20** étaient observés en **Guyane** (34,4 pour 100 000 habitants), en augmentation par rapport à S19 (+52%, soit +34 hospitalisations), en **Guadeloupe** (16,2), en augmentation par rapport à S19 (+20%, soit +10 hospitalisations) et à **La Réunion** (9,2), en diminution par rapport à S19 (-14 hospitalisations). Il était en diminution en **Martinique** (-2 hospitalisations) et en augmentation à **Mayotte** (+3 hospitalisations).

Figure 29. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 03 au 23 mai 2021 (S18 à S20, date de déclaration), France



- La diminution observée depuis S15 du nombre de déclarations de **nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19** s'est poursuivie en S20 : **1 124** contre **1 256** en S19, soit **-11%** (Figure 30). Parmi ces admissions :
 - **95%** des patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19 ;
 - le nombre de nouvelles déclarations d'admission en services de réanimation était de **775** (vs 853 en S19, soit -9%).

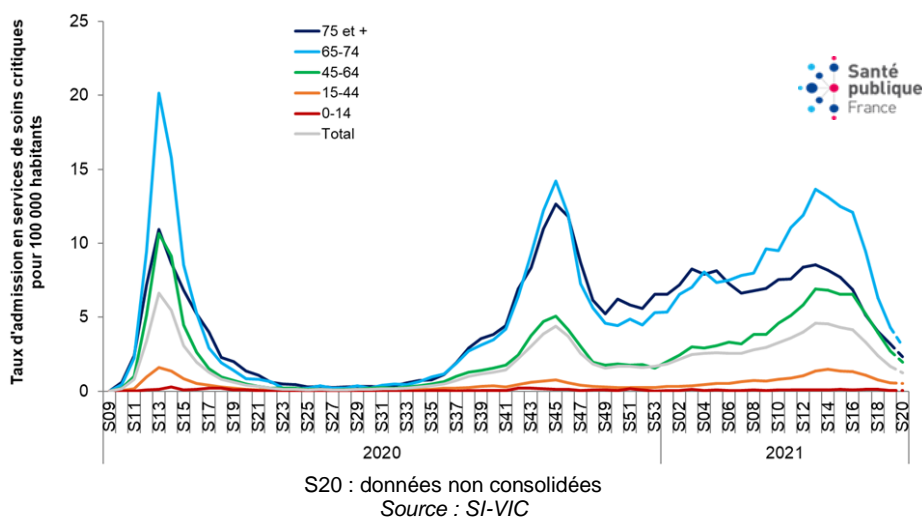
Figure 30. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques, selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 23 mai 2021)



- Après consolidation, les **données par date d'admission en services de soins critiques** montrent que le nombre de nouvelles admissions a diminué en S19 (-29% par rapport à S18). Les données de S20 (-25% par rapport à S19) ne sont pas encore consolidées.

- La diminution du **taux d'admissions en soins critiques**, observée depuis S14 chez les plus de 65 ans et depuis S15 chez les 15-64 ans, s'est poursuivie pour **toutes les classes d'âge** en S19. Les données de S20 ne sont pas consolidées. Les effectifs réduits des hospitalisations dans la classe des 0-14 ans ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport aux semaines précédentes (Figure 31).

Figure 31. Taux d'admissions hebdomadaires de patients COVID-19 en services de soins critiques par classe d'âge selon la date d'admission, depuis le 02 mars 2020, France (données au 25 mai 2021)



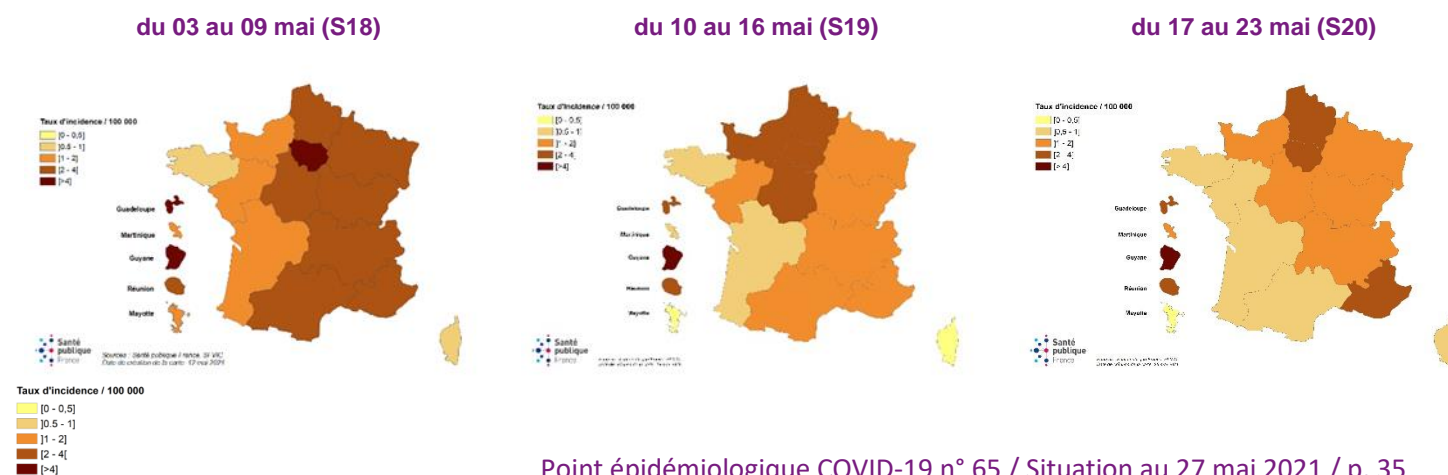
- Le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques par date de déclaration était de **1,7 pour 100 000 habitants** en S20 contre 1,9 en S19.

- En France métropolitaine, le **taux d'admissions en services de soins critiques** en S20 était en **diminution dans la majorité des régions**. Il était stable ou en augmentation en **Île-de-France** (+2%, soit +7 hospitalisations), **Hauts-de-France** (+2%, soit +3 hospitalisations), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (+10%, soit +9 hospitalisations) et **Corse** (+1 hospitalisation).

- En S20, les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de soins critiques** en métropole étaient rapportés en **Île-de-France** (2,9/100 000 habitants), dans les **Hauts-de-France** (2,6), et en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (2,0). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 1,9 pour 100 000 habitants (Figure 32).

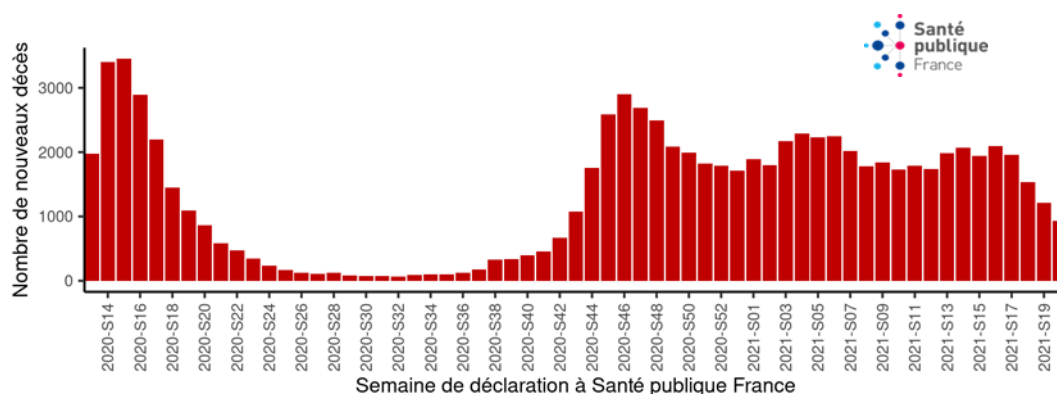
- En Outre-mer, les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de soins critiques** en S20 étaient observés en **Guyane** (6,2/100 000 habitants, stable par rapport à S19) et en **Guadeloupe** (3,4, +1 hospitalisation). Il était de 2,7 à **La Réunion** (+2 hospitalisations), 1,4 en **Martinique** (+2 hospitalisations) et 0,4 à **Mayotte** (identique à S19).

Figure 32. Évolution du taux hebdomadaire d'admission en services de soins critiques de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 03 au 23 mai 2021 (S18 à S20, par date de déclaration), France



- La diminution observée depuis S17 du nombre de déclarations de décès de patients COVID-19 survenus au cours d'une hospitalisation s'est poursuivie en S20 : **931** décès contre **1 211** en S19 (soit -23%) (Figure 33). En S20, 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 diminution du nombre de décès **en S19** (-32% par rapport à S18). Les données de S20 (-26% par rapport à S19) ne sont pas encore consolidées.

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



Source : SI-VIC

- Le **taux hebdomadaire** de décès de patients COVID-19 était de **1,4 pour 100 000 habitants** en S20, contre 1,8 en S19.

► 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 25 mai 2021, parmi les **13 194 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-mai 2021 (72% vs 67%, $p<0,001$). **L'âge médian des patients a également diminué, passant de 68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]) **à 65 ans** (IIQ : [55-72]) ($p<0,001$), avec une **proportion de patients âgés de 65 ans et plus passant de 63% à 51%** ($p<0,001$). **À l'inverse, la part des cas de 45-64 ans a augmenté sur la période de janvier à mai par rapport à la période précédente** (40% vs 31%, $p<0,001$). **La proportion de cas pédiatriques (0-14 ans) restait comparable entre les deux périodes (<1%)**. 156 patients étaient des professionnels de santé.

- **89% des patients admis en réanimation en septembre-décembre 2020 présentaient au moins une comorbidité, contre 87% en janvier-mai 2021** ($p=0,002$). Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient, **pour les deux périodes, l'obésité** ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg.m}^{-2}$), **l'hypertension artérielle** et **le diabète** (Tableau 10).

- Parmi les 10 697 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 reste comparable entre les deux périodes. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 10 826 patients : **46% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 43% 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 était plus élevée en janvier-mai 2021 qu'en septembre-décembre 2020 (48% vs 43%). Inversement, la proportion de patients ayant nécessité une ventilation invasive était en baisse (41% vs 45% en septembre-décembre 2020). 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.

- **2 586 décès** ont été rapportés à ce jour (dont 11 professionnels de santé) : 1 236 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 (soit 26% des cas signalés) et 1 350 parmi les patients admis en janvier-mai 2021 (soit 21% des cas à ce jour, données non consolidées). **L'âge médian des personnes décédées était de 72 ans** (IIQ : [66-78]), **stable sur les deux périodes** (72 ans de janvier à mai vs 73 ans lors de la période précédente), avec cependant une diminution de **la proportion de patients décédés âgés de 65 ans et plus (81% vs 77% ; 79% sur l'ensemble du suivi)**. Pour les deux périodes étudiées, **94% des personnes décédées présentaient au moins une comorbidité**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient **l'hypertension artérielle (55%), l'obésité (58% des cas décédés dont l'IMC était renseigné), les pathologies cardiaques (35%) et le diabète (34%)**.

- Entre le 05 octobre 2020 et le 25 mai 2021, **8 415 sorties de réanimation** ont été rapportées, 3 442 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 et 4 973 parmi ceux admis en janvier-mai 2021.

Tableau 10. Âge et comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 25 mai 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France

Classe d'âge	Septembre-décembre 2020 (n=5 149)		Janvier-mai 2021 (n=8 045)	
	n	%	n	%
0-14 ans	11	<1	29	<1
15-44 ans	290	6	700	9
45-64 ans	1 602	31	3 189	40
65-74 ans	1 926	38	2 770	35
75 ans et +	1 300	25	1 317	16
Non renseigné	20		40	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	556	11	1 036	13
Au moins une comorbidité	4 461	89	6 752	87
Hypertension artérielle	2 307	46	3 521	45
Obésité (IMC \geq 30) ³	2 036	45	3 548	49
Diabète	1 589	32	2 063	26
Pathologie cardiaque	1 267	25	1 521	20
Pathologie pulmonaire	1 071	21	1 496	19
Pathologie rénale	449	9	558	7
Immunodépression	381	8	406	5
Cancer	362	7	483	6
Pathologie neuromusculaire	164	3	233	3
Pathologie hépatique	120	2	154	2
Autre	788	16	977	13
Non renseigné	132		257	

¹ Un patient peut présenter plusieurs comorbidité(s) 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 pour lesquels l'IMC est renseigné (n=4 502 et n=7 217).

SURVEILLANCE DES CAS DE SYNDROMES INFLAMMATOIRES MULTI-SYSTÉMIQUES PÉDIATRIQUES

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

- **Entre le 1^{er} mars 2020 et le 23 mai 2021, 563 cas** de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (ou PIMS) ont été signalés.

- 245 cas (44%) ont concerné des filles. L'âge médian des cas était de 8 ans (25% des cas avaient ≤ 4 ans et 75% ≤ 11 ans).

- **Plus de trois quarts des cas étaient confirmés par une RT-PCR et/ou une sérologie pour SARS-CoV-2 positives** (n=443, 79%). Le lien avec le virus était probable chez 19 patients, soit 3% des cas (contage avec un sujet positif ou scanner évocateur) et considéré comme possible chez 29 patients (5%). Pour les 72 patients restants (13%), ce lien n'a pas pu être établi.

- Parmi les 491 patients pour lesquels le lien avec la COVID-19 était possible, probable ou confirmé, les PIMS étaient associés à une myocardite pour 350 cas (71%). Parmi les 72 patients sans lien établi avec la COVID-19, une myocardite n'a été retrouvée que chez cinq d'entre eux.

- Un séjour en réanimation a été nécessaire pour 230 enfants (41%) et en unité de soins critiques pour 143 (25%). Les autres enfants ont été hospitalisés en service de pédiatrie. Un enfant âgé de 9 ans est décédé dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite.

- **Les régions ayant signalé le plus grand nombre de cas** sont l'Île-de-France (231 cas, 41%), la Provence-Alpes-Côte d'Azur (73 cas, 13%), l'Auvergne-Rhône-Alpes (72 cas, 13%), le Grand Est (43 cas, 8%) et la Nouvelle Aquitaine 29 (5%). Les autres régions ont rapporté moins de 25 cas (Tableau 11).

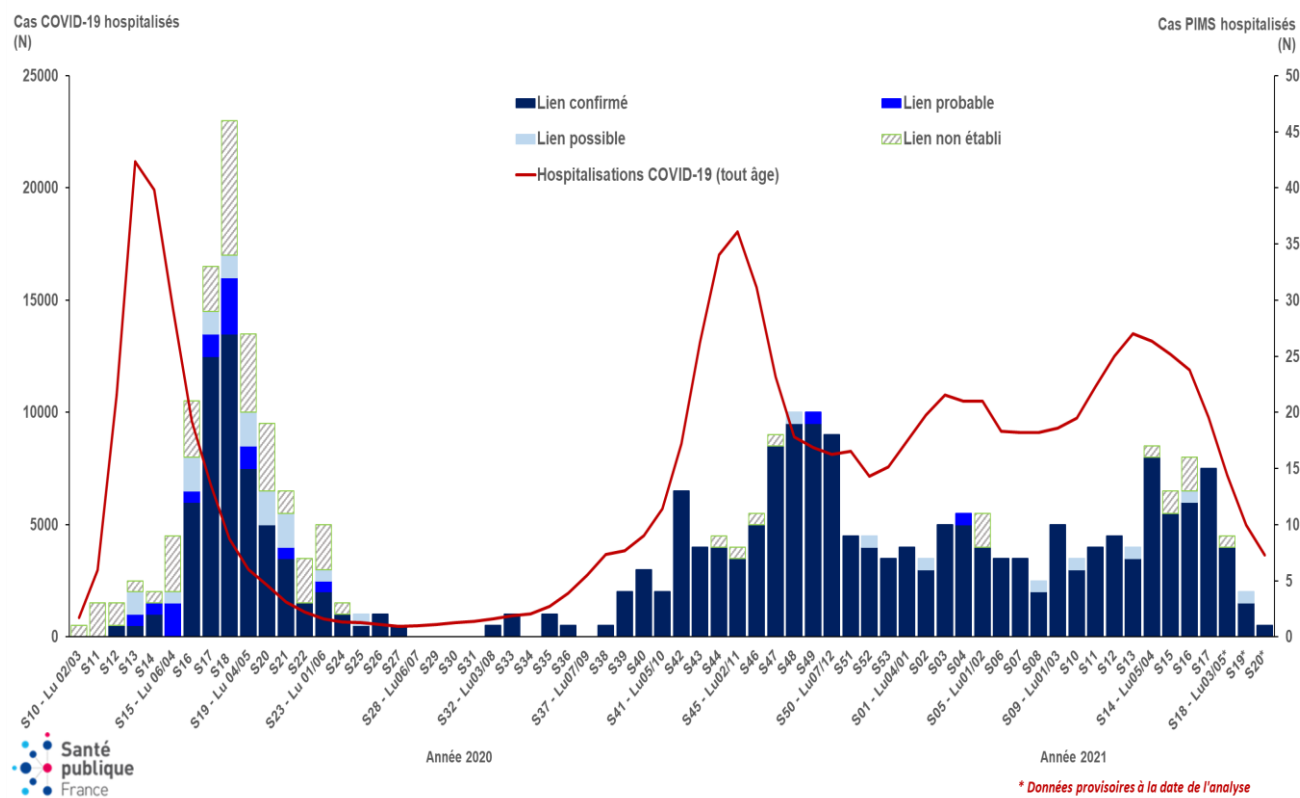
- Un **délai moyen de survenue des PIMS de quatre à cinq semaines après l'infection par le SARS-CoV-2** avait été observé lors de la première vague de l'épidémie. Après un pic observé en semaine 18-2020 (semaine d'hospitalisation), le nombre de cas signalés a diminué de manière importante au cours de l'été, avant une nouvelle augmentation depuis la semaine 39 (fin septembre) : 347 cas ont été rapportés entre le 21 septembre 2020 et le 23 mai 2021, majoritairement en lien avec le SARS-CoV-2 (323 cas, 93%) (Figure 34).

- Au total, les données recueillies confirment l'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique rare chez l'enfant avec fréquente atteinte cardiaque, lié à l'épidémie de COVID-19, également observé dans d'autres pays. En France, l'incidence cumulée des PIMS en lien avec la COVID-19 (491 cas) a été estimée à **33,8 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans** (soit 14 511 544 habitants, données Insee 2019).

Tableau 11. Nombre de cas de PIMS par région en fonction de leur lien avec le SARS-CoV-2, du 02 mars 2020 au 23 mai 2021, France (données au 25 mai 2021)

Nombre de cas de PIMS selon le lien avec le SARS-CoV-2					
Régions métropolitaines	Lien confirmé	Lien probable	Lien possible	Lien non établi	Total
Île-de-France	182	8	10	31	231
Provence-Alpes-Côte d'Azur	61	1	5	6	73
Auvergne-Rhône-Alpes	56	3	2	11	72
Grand Est	36	2	2	3	43
Nouvelle-Aquitaine	24	1	0	4	29
Pays de la Loire	11	1	2	6	20
Normandie	12	1	2	5	20
Occitanie	14	0	0	1	15
Bourgogne-Franche-Comté	10	1	0	2	13
Bretagne	8	0	1	1	10
Hauts-de-France	6	0	2	0	8
Centre-Val de Loire	3	0	2	0	5
Corse	0	0	0	0	0
Régions ultramarines					
Mayotte	12	0	0	0	12
Guadeloupe	6	1	1	2	10
Guyane	1	0	0	0	1
La Réunion	1	0	0	0	1
Martinique	0	0	0	0	0
France entière	443	19	29	72	563

Figure 34. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations pour PIMS, en fonction du lien avec la COVID-19, et d'hospitalisations COVID-19 tout âge confondu, du 02 mars 2020 au 23 mai 2021, France (données au 25 mai 2021)



SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

► Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 25 mai 2021, **108 908 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **82 523** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **26 385** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 23 mai 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 19**, avec 1 248 décès contre 1 572 en S18 (-21%). **En semaine 20, la tendance était à la diminution**, avec **964** décès signalés (données non consolidées pour les ESMS).

- En ESMS : le nombre hebdomadaire de décès était stable depuis S13 (35 décès signalés en S18, 37 en S19 et 33 en S20, données non consolidées en S20).

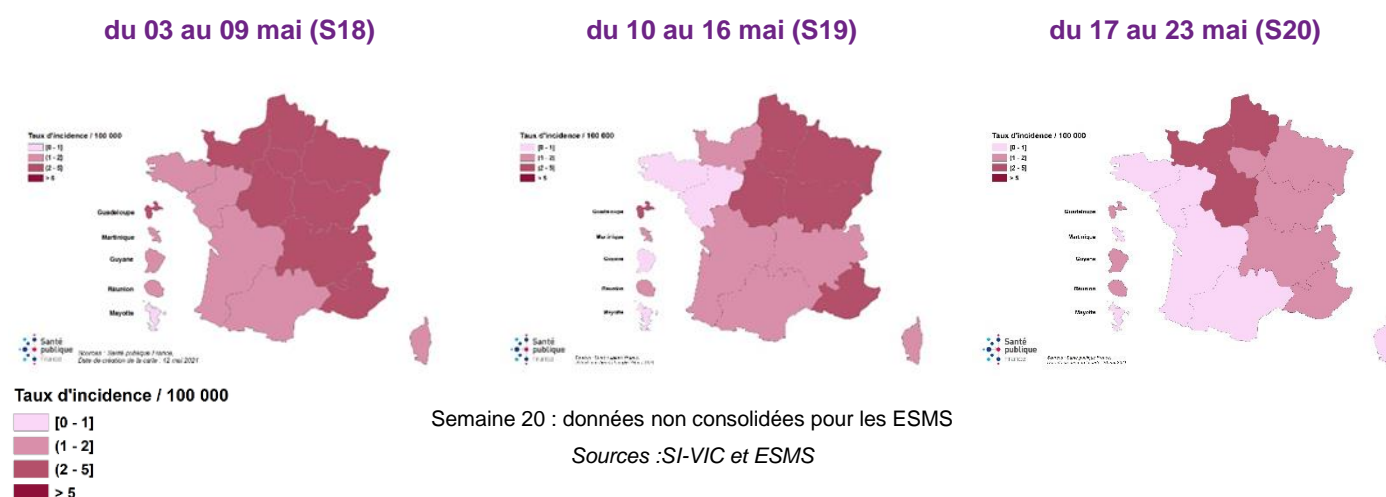
- En hospitalisation : le nombre de décès était en baisse en S19 (-21%) et en S20 (-23%).

- À l'échelle nationale, le **taux hebdomadaire de décès** était de **1,9 pour 100 000 habitants** en **S19**. En S20 (données non consolidées pour les ESMS), il était de 1,4 pour 100 000 habitants.

- En semaine 20** (données non consolidées pour les ESMS), les **plus forts taux de décès** par région rapportés à la population étaient observés en **Hauts-de-France** (2,2/100 000), **Normandie** (2,1) et **Centre-Val de Loire** (2,1) (Figure 35).

- Entre les semaines 19 et 20, bien que les données ne soient pas consolidées, une **augmentation** du taux de décès était observée en **Normandie** (+9 décès, cette tendance, observée sur les données en date de déclaration, sera à confirmer/infirmier une fois que les données sur les dates de décès seront consolidées), en **Guyane** (+3 décès) et à **La Réunion** (+1 décès).

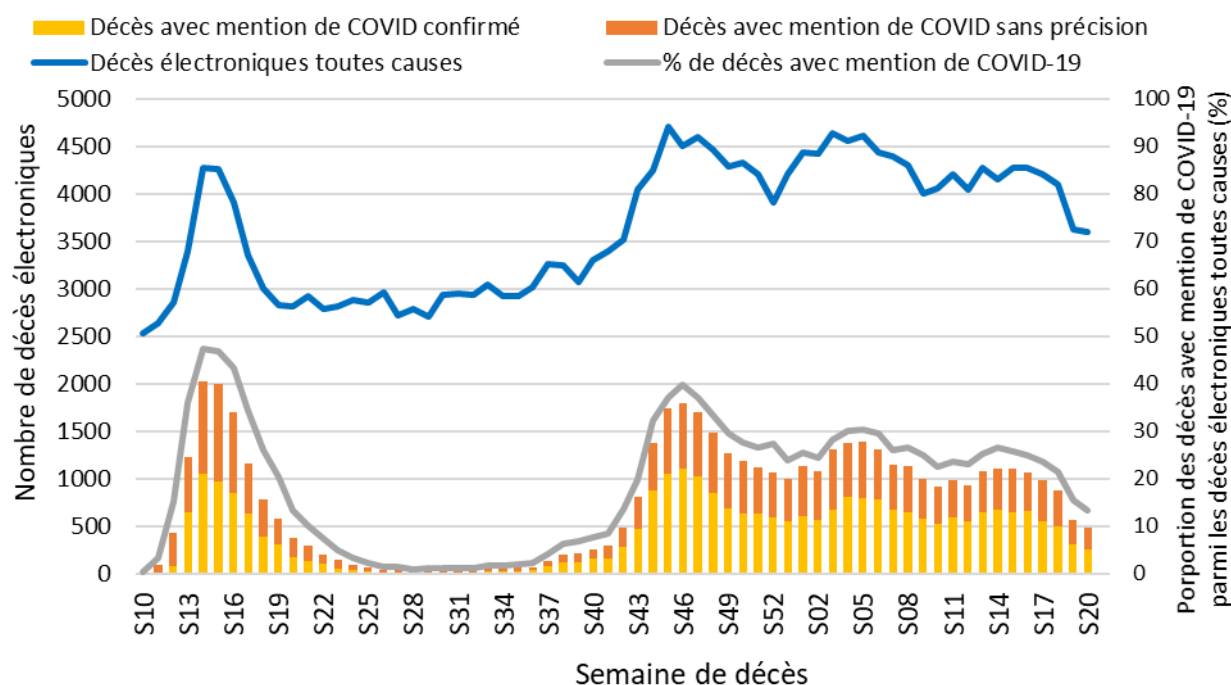
Figure 35. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 03 au 23 mai 2021 (S18 à S20), par région, France



► 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, 48 676 certificats contenaient une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès renseignées (Tableau 12). Ils représentent 21% des décès toutes causes confondues certifiés par voie électronique.
- Des comorbidités étaient renseignées pour 31 555 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 23%.
- Pour la semaine 20 (du 17 au 23 mai 2021), **483 décès faisaient l'objet d'une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 15,6% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 36). Ce nombre de décès était en baisse de 15% par rapport à la semaine précédente (soit -82 décès). **La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 56,8%.**

Figure 36. Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 23 mai 2021, France (données au 25 mai 2021)



Sources : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 12. 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 24 mai 2021, France (données au 25 mai 2021)

Sexe	n	%
Hommes	26 789	55
Femmes	21 886	45

Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	5	100	5	0
15-44 ans	104	33	214	67	318	1
45-64 ans	1 054	30	2 472	70	3 526	7
65-74 ans	2 380	31	5 222	69	7 602	16
75 ans ou plus	13 583	36	23 642	64	37 225	76
Tous âges	17 121	35	31 555	65	48 676	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	11 261	36
Hypertension artérielle	7 130	23
Diabète	5 181	16
Pathologie respiratoire	4 276	14
Pathologie rénale	4 183	13
Pathologies neurologiques*	2 723	9
Obésité	2 019	6
Immunodéficience	748	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'à S18-2021** (du 04 au 09 mai 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 était à nouveau repartie à la hausse jusqu'en semaine 13 et s'était stabilisée jusqu'en semaine 16. **Le nombre de décès était en baisse à partir de la semaine 17** (Figure 37, tableau 13). La dynamique de la mortalité pour les semaines 18 et 19 est à interpréter avec grande précaution, compte tenu des délais allongés de transmission en lien avec le long week-end de la Pentecôte.

- L'excès de décès tous âges était principalement porté par les 65-84 ans, classe d'âge où les effectifs restaient significativement supérieurs à ceux attendus jusqu'à la semaine 19. Le nombre de décès était également en léger excès entre les semaines 13 à 17 chez les personnes de 85 ans ou plus, et entre les semaines 12 et 18 chez les 15-64 ans.

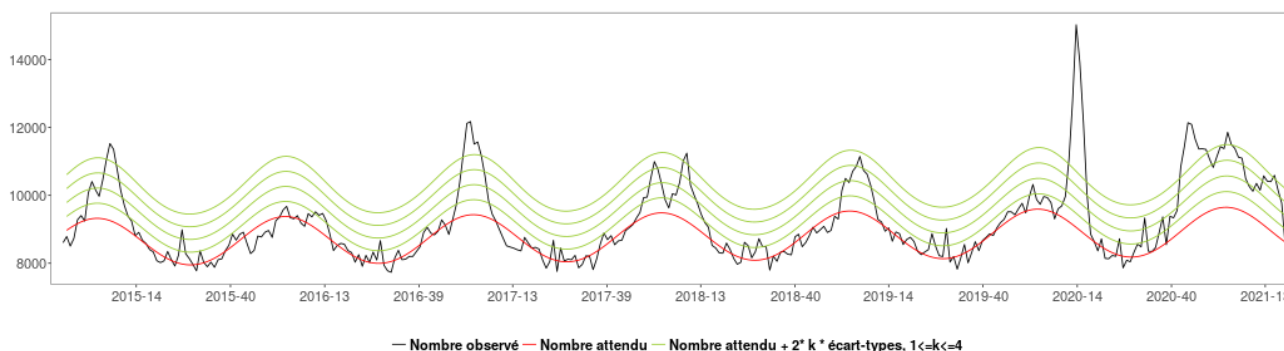
Tableau 13. Estimation de la proportion (%) de l'excès de décès par rapport à la mortalité attendue, tous âges confondus, dans un échantillon de 3 000 communes, de la semaine 01 à la semaine 18-2021, France

	2021																	
Semaine	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07	S08	S09	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18
%	+18	+17	+22	+19	+18	+16	+16	+11	+9	+8	+12	+10	+16	+15	+16	+19	+15	+12

Estimations non consolidées pour les semaines S15 à S18-2021

Sources : Santé publique France, Insee

Figure 37. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 36-2014 à la semaine 19-2021, France

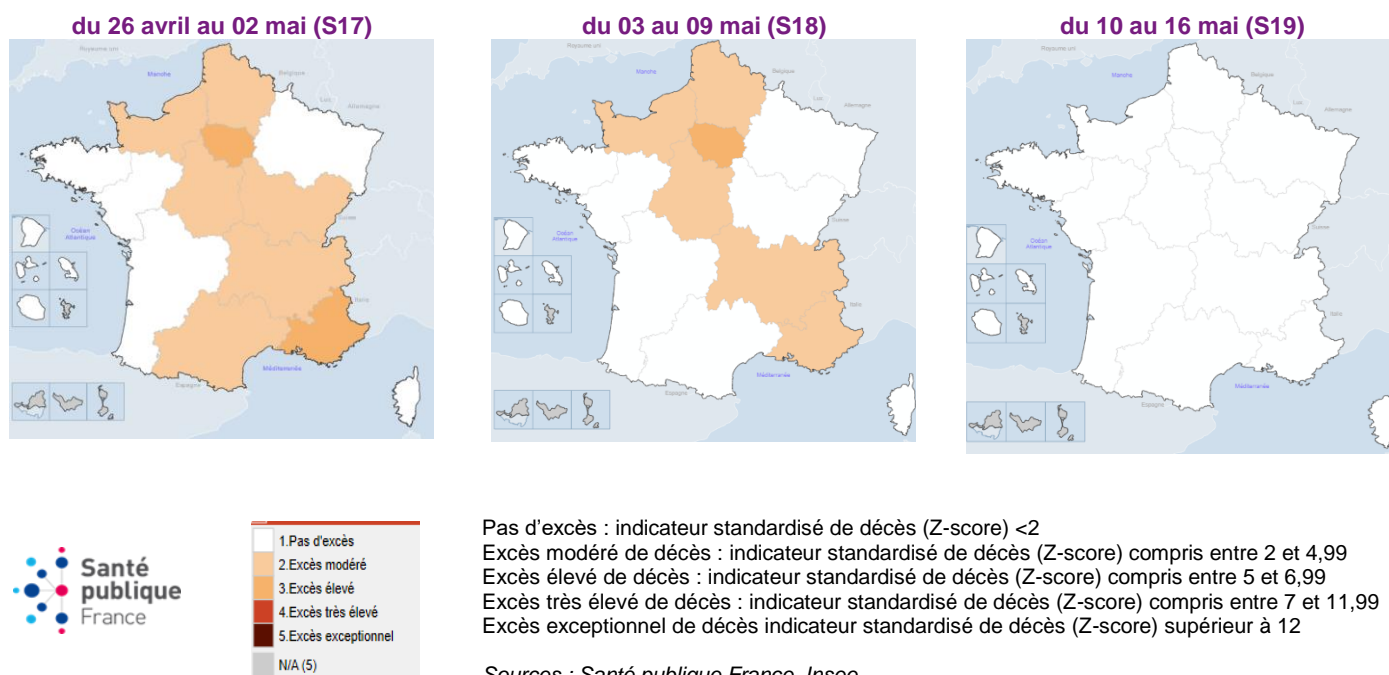


Sources : Santé publique France, Insee

- Au niveau régional, le nombre de décès dans les régions Hauts-de-France et Île-de-France restait stable et toujours significativement supérieur à ceux attendus sur les semaines 17 et 18. Dans le Centre-Val de Loire, le nombre de décès était en hausse sur les trois semaines consécutives S16 à S18, alors qu'il était revenu dans les marges de fluctuation habituelles depuis la semaine 08 (Figure 38). En Normandie, les effectifs de décès en semaine 18 étaient également en hausse par rapport à ceux de la semaine 17 et étaient significativement supérieurs à ceux attendus. Ces dynamiques restent à confirmer, notamment en semaine 19, avec la consolidation des données.

- Au total, le nombre de décès était significativement supérieur à celui attendu dans six régions métropolitaines en semaine 18 (Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie et Provence-Alpes-Côte d'Azur) (Figure 38). En semaine 19, aucune région ne présentait un excès de décès à cette étape de consolidation des données.

Figure 38. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues pour les semaines 17, 18 et 19, par région, France (données au 25 mai 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 15 à 19, 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

- 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 de S43 à S46 (Figure 39). 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 a été observée à partir de la semaine 04 jusqu'à revenir dans les marges de fluctuation habituelles de la semaine 08 à la semaine 18, tous âges confondus (Figure 39). Les effectifs sont toutefois à la limite haute des marges entre les semaines 13 et 16.

- Un excès reste observé chez les personnes de 45-64 ans et de 65-74 ans, alors que les effectifs sont revenus dans les marges de fluctuation habituelles chez les personnes de plus de 75 ans.

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 15, dans huit pays/régions en semaine 16, dans six pays/régions en semaine 17 et dans cinq pays/régions en semaine 18 (Estonie, France, Belgique, Espagne, et Grèce) (Figure 40).

Figure 39. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 28 pays/régions européens, de la semaine 17-2017 à la semaine 19-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 19 mai 2021)

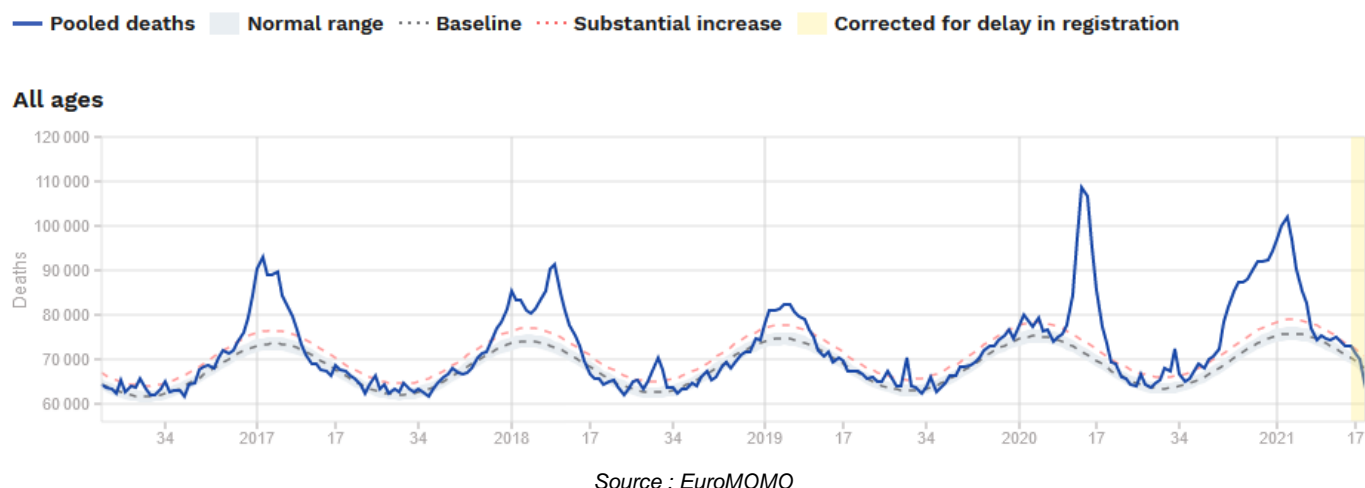
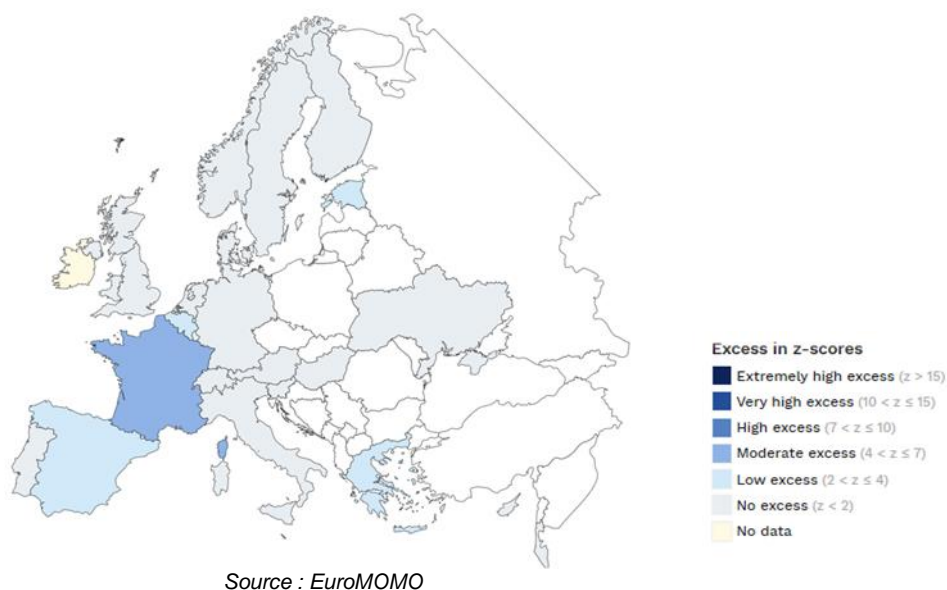


Figure 40. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 18-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 19 mai 2021)



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 50 ans et plus ; les personnes de 16 ans et plus souffrant d'une pathologie à très haut risque de forme grave de Covid-19 (voir [liste](#)), les personnes de plus de 18 ans souffrant d'une ou plusieurs comorbidités, les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre de la grossesse ; les personnes de 18 ans et plus hébergées en maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), foyers pour personnes handicapées non médicalisés, ainsi qu'en établissements médico-sociaux spécifiques ; les proches (personnes vivant sous le même toit ou apportant une aide dans la vie quotidienne) de 16 ans et plus de personnes sévèrement immunodéprimées (dialysées, ayant reçu une transplantation d'organe ou de moelle osseuse, traitées par des médicaments immunosuppresseurs forts) ; les professionnels du secteur de la santé et du secteur médico-social (voir [liste](#)), certains professionnels de 55 ans et plus, bénéficiant de créneaux de vaccination dédiés (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 vaccins nécessitant deux doses (vaccins Pfizer, Moderna ou AstraZeneca), personnes vaccinées avec une dose de vaccins 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.

► En population générale

● Le 25 mai 2021, **23 752 184 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** en France et **10 883 436 sont complètement vaccinées** (données par date d'injection).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, **35,4% de la population** en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 16,2% est complètement vaccinée (Tableau 14).

L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la **population adulte** (âgée de 18 ans ou plus) est de 45,1% pour au moins une dose et 20,7% pour une vaccination complète.

Tableau 14. 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 25 mai 2021, par région, France

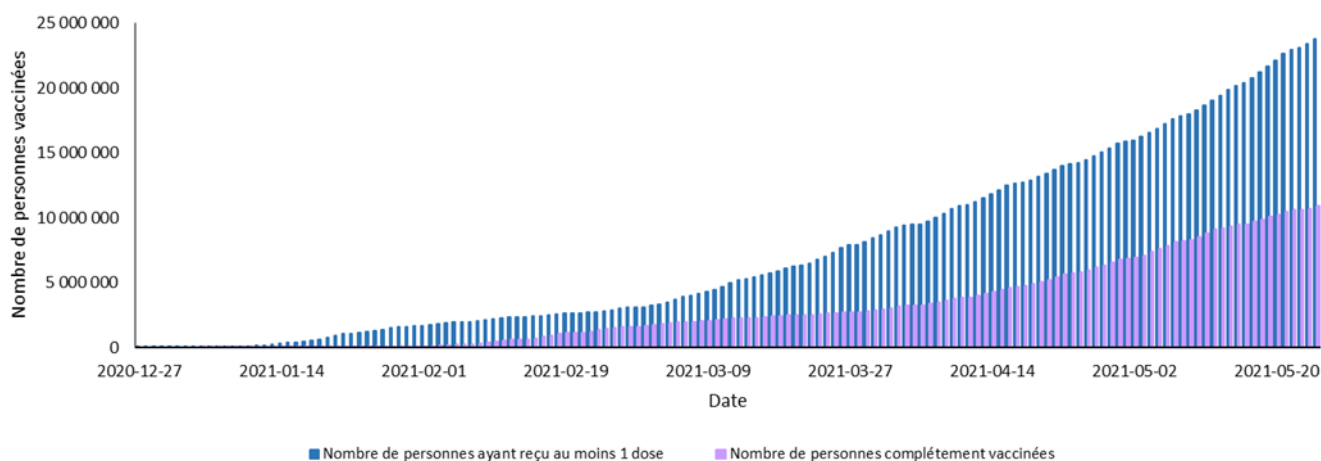
Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Vaccination complète (N)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	2 863 567	35,7	1 336 495	16,6
Bourgogne-Franche-Comté	1 028 356	37,0	497 950	17,9
Bretagne	1 282 709	38,4	588 786	17,6
Centre-Val de Loire	922 719	36,1	419 531	16,4
Corse	143 870	41,7	82 876	24,0
Grand Est	2 022 491	36,7	941 962	17,1
Hauts-de-France	2 210 838	37,1	935 379	15,7
Ile-de-France	4 000 523	32,6	1 600 320	13,0
Normandie	1 274 628	38,6	593 923	18,0
Nouvelle-Aquitaine	2 332 885	38,9	1 117 510	18,6
Occitanie	2 172 863	36,7	1 056 472	17,8
Pays de la Loire	1 365 013	35,9	591 004	15,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 834 433	36,3	970 173	19,2
France métropolitaine	23 454 895	36,1	10 732 381	16,5
Guadeloupe	32 501	8,6	14 347	3,8
Guyane	34 417	11,8	20 256	7,0
La Réunion	149 812	17,4	69 456	8,1
Martinique	46 448	12,9	29 384	8,2
Mayotte	21 554	7,7	12 397	4,4
Saint-Barthélemy	7 897	79,3	2 373	23,8
Saint-Martin	4 606	13,0	2 784	7,9
Non précisé	54	non applicable	58	non applicable
France entière	23 752 184	35,4	10 883 436	16,2

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

• **En une semaine** (du 19 au 25 mai 2021), **plus de 2,6 millions de personnes ont reçu leur première dose** de vaccin, soit en moyenne **374 000 personnes par jour** (Figure 41).

Au cours de cette semaine, 3,4 millions de doses ont été injectées (en premières ou secondes doses), soit 488 000 doses par jour en moyenne.

Figure 41. 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 (données du 27 décembre 2020 au 25 mai 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 15) du fait du ciblage prioritaire dont ils 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 78,9% (vaccination complète : 64,5%). S'agissant des personnes âgées de 75 à 79 ans, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 85,4% (vaccination complète : 61,7%). Pour les 80 ans et plus, elle s'élève à 75,4% (vaccination complète : 61,7%) et évolue peu par rapport à la semaine précédente (74,3% le 18 mai 2021). Cette faible progression chez les personnes les plus âgées invite au renforcement des actions pour aller vers ces personnes, notamment au travers de la vaccination à domicile.

Tableau 15. 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 25 mai 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 (%)
18-24	776 221	14,3	179 350	3,3
25-29	651 620	17,5	190 637	5,1
30-39	1 774 201	21,4	508 397	6,1
40-49	2 645 642	30,8	733 083	8,5
50-59	4 544 543	51,7	1 454 149	16,5
60-64	2 688 740	65,5	912 348	22,2
65-69	2 750 731	70,5	1 045 962	26,8
70-74	2 874 441	82,6	1 746 466	50,2
75-79	1 893 192	85,4	1 542 931	69,6
80 ans et +	3 134 404	75,4	2 567 054	61,7
inconnu*	18 449	non applicable	3 059	non applicable
France	23 752 184	35,4	10 883 436	16,2

* 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 33,0% pour les hommes et de 37,5% pour les femmes.

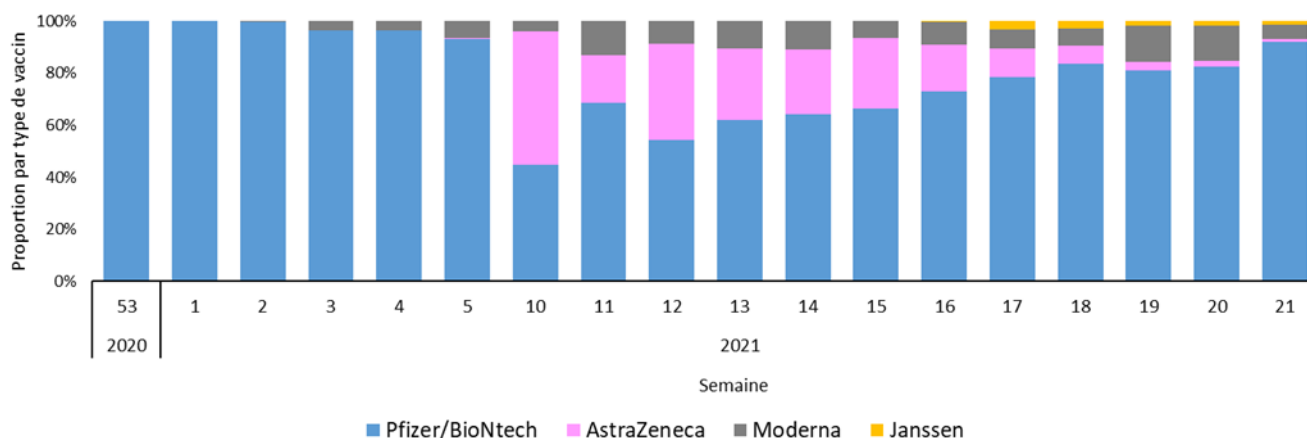
- La majorité des personnes vaccinées l'ont été avec le vaccin Pfizer/BioNTech et, dans une moindre mesure, avec le vaccin AstraZeneca (Tableau 16, Figure 42).

Tableau 16. Nombres de personnes vaccinées par type de vaccins pour la première dose et la seconde dose en France (données du 27 décembre 2020 au 25 mai 2021)

Vaccins	Première dose de vaccin (N)	Répartition (%)	Seconde dose de vaccin (N)	Répartition (%)
Pfizer/BioNTech	17 212 010	72,5	8 438 083	85,0
Moderna	2 120 991	8,9	972 081	9,8
AstraZeneca	4 209 010	17,7	518 858	5,2
Janssen	210 173	0,9	210	0,0
Non précisé	0	0,0	0	0,0
Total	23 752 184	100,0	9 929 232	100,0

L'analyse des données issues de Vaccin Covid rapporte des secondes doses de vaccin ayant été réalisées avec un vaccin Janssen. Pour les personnes concernées, le vaccin administré en première dose était un vaccin autre que Janssen (AstraZeneca, Pfizer ou Moderna). Le vaccin Janssen est un vaccin à dose unique. Il ne peut être déterminé si les données ainsi saisies correspondent à des erreurs de saisie ou à de véritables injections de vaccin Janssen en seconde dose.

Figure 42. Proportion de personnes vaccinées par type de vaccin pour la première dose en France (données du 27 décembre 2020 au 25 mai 2021)



► Résidents en Ehpad ou en USLD

Afin d'éviter des pertes de doses de vaccin, des personnes de plus de 65 ans ont pu être vaccinées en Ehpad ou en USLD sans être résidentes de ces structures. Les couvertures vaccinales doivent ainsi être fiabilisées. De ce fait, l'estimation des couvertures vaccinales pour les résidents en Ehpad ou USLD a été arrêtée au 18 avril 2021.

Un travail de mise à jour est en cours afin de fournir prochainement des données de couverture consolidées.

► Professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD

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

● Au 25 mai 2021, il est estimé selon la méthode précédemment décrite que 391 131 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD auraient reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France (données par date d'injection). Ainsi, selon cette méthode, 83,6% des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD auraient reçu une première dose de vaccin et 304 315 seraient complètement vaccinés, soit 65,1% des professionnels.

Ces valeurs doivent être fiabilisées. En effet, des personnes de moins de 65 ans ont été vaccinées dans ces structures sans y exercer. Or, le mode de comptabilisation des vaccinations en Ehpad conduit à compter tous les vaccinés, y compris des bénévoles qui ont pu être vaccinés pour ne pas perdre de doses.

Un travail est en cours afin de mettre à disposition prochainement des données de couverture consolidées dans cette population.

► 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 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 retenues comme professionnels de santé les personnes présentant un codage manuel mentionnant leur qualité de professionnel de santé quel que soit leur 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 25 mai 2021** (données par date d'injection), 2 115 605 personnes déclarées comme professionnels de santé dans Vaccin Covid ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 1 482 040 sont entièrement vaccinées. Sur la base de ces données, les couvertures vaccinales chez les professionnels de santé en exercice seraient ainsi estimées à 95,2% (au moins une dose) et 66,7% (complètement vaccinés).

● **Les couvertures vaccinales doivent être fiabilisées** dans plusieurs régions où les couvertures vaccinales pour au moins une dose sont supérieures à 99% (Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire).

La surestimation est très certainement 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 (par exemple, les agents non professionnels de santé travaillant en milieu hospitalier ou en ESMS, ou les professionnels de santé retraités).

Un travail est en cours afin de mettre à disposition prochainement des données de couverture consolidées dans cette population.

Les données relatives aux nombres de personnes vaccinées et aux couvertures vaccinales sont disponibles en open data sur la plateforme [Géodes](#) ainsi que sur data.gouv.fr

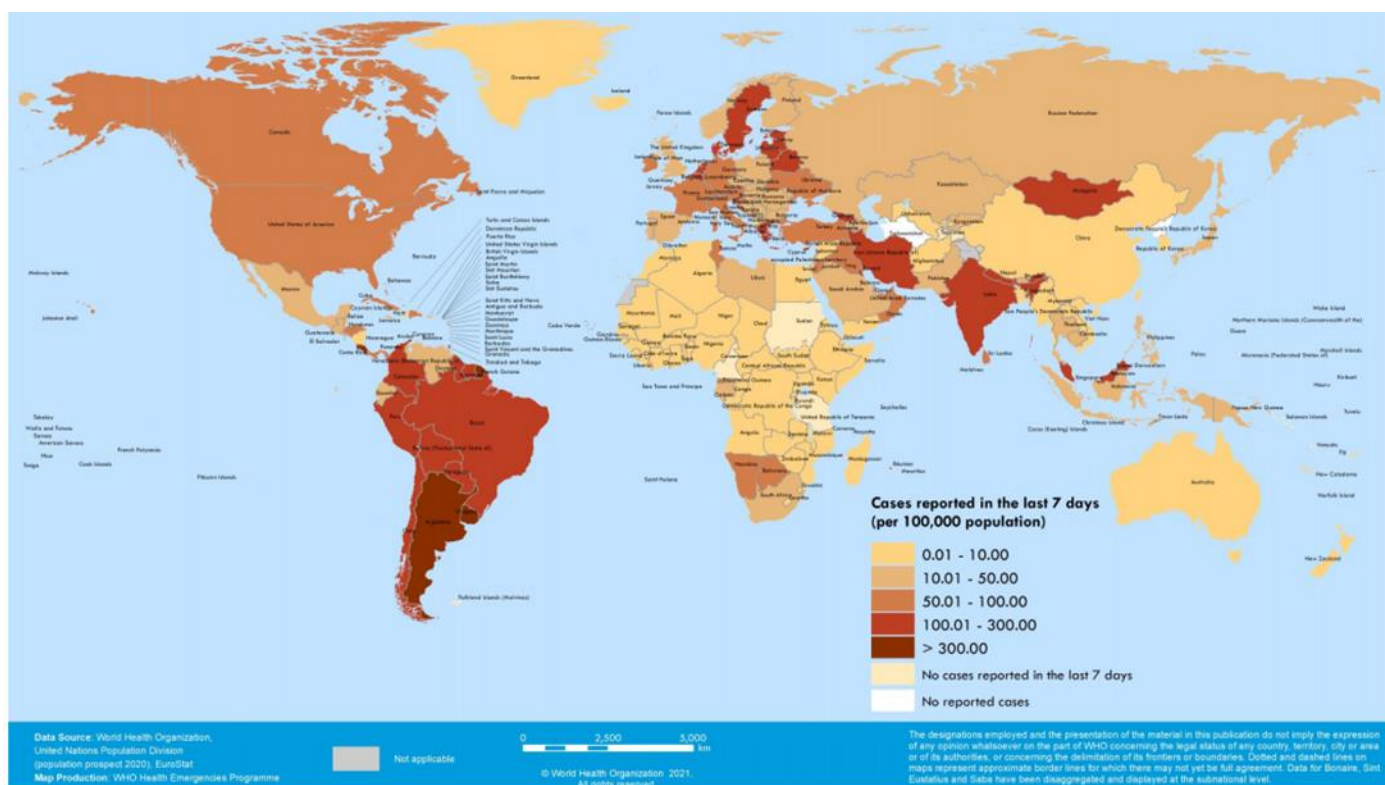
SITUATION INTERNATIONALE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **167 011 807 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés dans le monde – **dont 3 472 068 décès** – au 25 mai 2021. En semaine 20, plus de **4,1 millions** de nouveaux cas ont été signalés et un peu plus de **84 000** décès, ce qui constitue une baisse respective de 14% et de 2% par rapport à la semaine précédente.

► Foyers majeurs

- En semaine 20, les foyers majeurs de l'épidémie se situaient dans les zones **Asie du Sud-Est** (2 006 085 cas et 32 199 décès rapportés) et **Amériques** (1 222 225 cas et 31 759 décès). Ces régions étaient à l'origine de respectivement 48% et 29% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 38% chacune des nouveaux décès en semaine 20 (Figure 43 et Tableau 17).
- Les pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas en S20 étaient : l'Inde (+1 846 055 nouveaux cas), le Brésil (+451 424), l'Argentine (+213 046), les États-Unis (+188 410) et la Colombie (+107 590).

Figure 43. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 20 (du 17 mai au 23 mai 2021)



Source : OMS

► Tendances

- En semaine 20, le nombre de nouveaux cas était en baisse en Asie du Sud-Est et en Europe. Il était relativement stable dans les autres régions OMS. Les décès augmentaient seulement dans le Pacifique occidental (+22%).

Tableau 17. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 20 (du 17 mai au 23 mai 2021).

Région OMS	Afrique		Amériques		Asie du Sud-Est		Europe		Méditerranée orientale		Pacifique occidental	
Cas rapportés	+44 207		1 222 225		+2 006 085		+524 944		+215 536		+131 655	
Tendance	+4%	➡	+2%	➡	-21%	↘	-25%	↘	-2%	➡	-1%	➡
Décès rapportés	+1 034		+31 759		+32 199		+12 983		+4 203		+2 128	
Tendance	+2%	➡	+1%	➡	+4%	➡	-21%	↘	-11%	↘	+22%	➡

Les flèches vertes représentent une diminution du nombre de cas ou de décès de 5% ou plus par rapport à la semaine précédente. Les flèches noires représentent une évolution (diminution ou augmentation) inférieure à 5%. La flèche rouge indique une augmentation du nombre de décès de 5% ou plus par rapport à la semaine précédente.

Source : OMS

► Par région

- La région de l'**Asie du Sud-Est** a signalé plus de 2 millions de nouveaux cas et plus de 32 000 décès, enregistrant respectivement une baisse pour la deuxième semaine consécutive et une hausse pour la dixième semaine consécutive. La dynamique de la région continue à être portée par l'Inde, bien que d'autres pays continuent de connaître une augmentation notable du nombre de cas et de décès. L'Inde rapportait ainsi 1 846 055 nouveaux cas, soit 134 pour 100 000 habitants (-23 % par rapport à la semaine 19). Les autres pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés étaient le Népal avec 57 939 nouveaux cas, soit 199 pour 100 000 habitants (-6%) et l'Indonésie avec 33 270 nouveaux cas, soit 12 cas pour 100 000 habitants (+24%). Les trois pays cumulant le plus de décès étaient l'Inde (28 982 décès, +4%), le Népal (1 297 décès, +6%), et l'Indonésie (1 238 décès, +10%). Pour plus de détails sur la région Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

- La région des **Amériques** a signalé plus de 1,2 million de nouveaux cas et plus de 31 000 nouveaux décès. Le nombre de cas et de décès a tendance à se stabiliser à l'échelle de la région, bien que des augmentations soient observées dans certains pays. Les pays rapportant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient le Brésil avec 451 424 nouveaux cas, soit 212 pour 100 000 habitants (+3% par rapport à S19), l'Argentine avec 213 046 nouveaux cas, soit 471 pour 100 000 habitants (+41%), et les États-Unis avec 188 410, soit 57 pour 100 000 habitants (-20%). Les pays connaissant les plus grands nombres de nouveaux décès étaient le Brésil, qui a rapporté 13 681 nouveaux décès (stable par rapport à la semaine précédente), les États-Unis avec 4 032 nouveaux décès (-3%), et l'Argentine avec 3 538 nouveaux décès (+19%). Pour plus de détails sur la région Amériques, [cliquez ici](#).

- En région **Europe**, un peu moins de 525 000 nouveaux cas et de 13 000 décès ont été signalés en S20. De manière générale, une baisse soutenue des nouveaux cas et des décès est observée depuis les cinq dernières semaines. Les pays ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient la France avec 83 125 cas (124 pour 100 000 habitants, soit -20% par rapport à S19), la Turquie avec 71 786 nouveaux cas (85 pour 100 000 habitants, soit -21% par rapport à S19) et la Russie avec 61 260 nouveaux cas (42 pour 100 000 habitants, soit +2%). Les pays rapportant les plus grands nombres de décès étaient la Russie, qui a enregistré 2 611 nouveaux décès (+3%), la Turquie avec 1 534 nouveaux décès (-14%) et l'Ukraine avec 1 293 nouveaux décès (-23%). Pour plus de détails sur la région Europe, [cliquez ici](#).

● En région **Méditerranée orientale**, un peu plus de 215 000 nouveaux cas et de 4 200 décès sont signalés en semaine 20. Le nombre de cas semble ainsi se stabiliser à l'échelle de la région, malgré une augmentation notable dans certains pays. Les pays comptant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Iran avec 84 012 nouveaux cas, soit 100 pour 100 000 habitants (-15%), l'Irak avec 27 232 nouveaux cas, soit 68 pour 100 000 habitants (-4%) et le Pakistan avec 22 717 nouveaux cas, soit 10 cas pour 100 000 habitants (+11%). Les plus grands nombres de décès ont été observés en Iran (1 748 décès, -17%), au Pakistan (710, +6%) et en Tunisie (403, -6%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

● En région **Pacifique occidental**, plus de 131 000 nouveaux cas et 2 100 décès ont été rapportés en semaine 20. Ces chiffres sont les plus hauts rapportés depuis le début de la pandémie pour cette région. Les trois pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient les Philippines avec 40 034 nouveaux cas (37 pour 100 000 habitants, soit -8%), la Malaisie avec 38 785 nouveaux cas (120 pour 100 000 habitants, soit +32%) et le Japon avec 36 286 nouveaux cas (29 pour 100 000 habitants, soit -19%). Les pays signalant les plus grands nombres de décès étaient les Philippines (895 décès, +14%), le Japon (773, +21%) et la Malaisie (333, +59%). Pour plus de détails sur la région Pacifique occidental, [cliquez ici](#).

● En région **Afrique**, plus de 44 000 nouveaux cas et 1 000 nouveaux décès ont été signalés, avec une hausse de 4% et 2% respectivement par rapport à la semaine précédente. Les trois pays ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Afrique du Sud avec 21 429 nouveaux cas (36 pour 100 000 habitants, soit +31% par rapport à la semaine 19), l'Éthiopie avec 3 069 nouveaux cas (3 pour 100 000 habitants, soit -15%) et le Kenya avec 2 729 nouveaux cas (5 pour 100 000 habitants, soit +27%). Les pays rapportant les plus grands nombres de décès étaient l'Afrique du Sud (589 décès, +28%), l'Éthiopie (92 décès, -12%) et l'Angola (60, +140%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [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 20 (du 17 au 23 mai 2021), l'amélioration des indicateurs épidémiologiques se poursuivait. Alors que les nouvelles admissions à l'hôpital et en soins critiques étaient toujours en diminution, la pression hospitalière restait importante, notamment en soins critiques. La couverture vaccinale continuait de progresser, avec 16,2% de la population complètement vaccinée et 35,4% ayant reçu une première dose au 26 mai 2021. Toutefois, une attention particulière doit être portée à la dynamique des variants préoccupants qui pourraient être associés à un risque d'échappement vaccinal. Dans un contexte de levée progressive des restrictions, il demeure primordial de maintenir un haut niveau d'adhésion aux mesures individuelles de prévention, de dépistage, d'isolement des cas et des personnes-contacts à risque. Le contact-tracing reste essentiel à la maîtrise de l'épidémie. Il est aussi important de renforcer la vaccination des personnes prioritaires non encore vaccinées.

Au niveau national, **83 125 nouveaux cas** ont été confirmés en semaine 20, soit près de 12 000 cas en moyenne chaque jour. **Le taux d'incidence était en diminution** (124/100 000 habitants en S20 vs 154 en S19, taux corrigé pour l'effet des jours fériés, soit -20%), ainsi que **le taux de dépistage** (3 511/100 000 habitants, -7% par rapport au taux corrigé de S19). **Le taux de positivité était aussi en diminution** (3,5%, -0,6 point par rapport à S19).

La diminution du taux d'incidence corrigé était observée dans toutes les classes d'âge. Le taux de dépistage diminuait aussi pour toutes les classes d'âge sauf pour les 0-14 ans. Parmi les moins de 15 ans, l'augmentation du dépistage était plus marquée chez les 6-10 ans et les 11-14 ans par comparaison aux autres classes d'âge. La réalisation de campagnes de dépistage en milieu scolaire a certainement eu un impact sur ces indicateurs depuis la rentrée scolaire en S17. La diminution du nombre de cas était observée chez les personnes symptomatiques et asymptomatiques.

En semaine 20, **la diminution du nombre de cas et de personnes-contacts enregistrés dans ContactCovid marque le pas.** La mise en relation avec la reprise des activités de la vie sociale, en particulier la réouverture des terrasses et certains établissements recevant du public, n'est pas encore possible. La survenue de plusieurs jours fériés simultanément à la réouverture de nombreuses activités sociales rend difficile l'interprétation des indicateurs (augmentation des contacts sociaux et possible diminution du dépistage en population générale). Le suivi de l'évolution de ces indicateurs dans les semaines à venir permettra d'évaluer l'influence potentielle du calendrier d'assouplissement des mesures collectives sur les caractéristiques et la maîtrise des chaînes de transmission.

En médecine ambulatoire, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles restait faible (58/100 000 habitants en S20). **Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins** pour suspicion de COVID-19 était stable par rapport à S19 mais toujours en hausse chez les enfants de 2 à 14 ans (+17%).

En semaine 20, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était en diminution de -18%** par rapport à la semaine 19. Cette baisse concernait toutes les classes d'âge et était plus marquée chez les adultes.

La diminution du nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 et de nouvelles admissions en services de soins critiques, observée depuis la semaine 16, **s'est poursuivie** en semaine 20. Toutefois, l'impact de cette réduction des nouvelles admissions sur **le nombre de personnes en cours d'hospitalisation reste encore limité** : le 25 mai, **19 491** personnes étaient hospitalisées (vs 22 118 le 18 mai, soit -12%), dont **3 462** patients en soins critiques (vs 4 030, soit -14%).

Le nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 hospitalisés a diminué de nouveau en semaine 20 (-23% par rapport à S19). Cette baisse est observée depuis S17. En établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), le nombre de décès est resté faible (moins de 50 décès hebdomadaires) et stable depuis la semaine 13 (données S20 non consolidées), traduisant l'impact protecteur de la vaccination pour cette population vulnérable.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus semblait en baisse depuis la semaine 17, mais cette tendance doit être vérifiée avec la consolidation des données de la semaine 19. En semaine 18, le nombre de décès était significativement supérieur à celui attendu dans six régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie et Provence-Alpes-Côte d'Azur. En semaine 19, aucune région ne présentait un excès de décès, toutefois les données de la semaine 19 (semaine de l'Ascension) ne sont pas consolidées.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

En semaine 20, **une tendance à l'amélioration de la situation était observée en métropole**. Les taux d'incidence et d'hospitalisations étaient en diminution dans toutes les régions. Toutefois, on observait une augmentation du taux d'admissions en services de soins critiques en Provence-Alpes-Côte d'Azur (+10%).

Les régions **Île-de-France et Hauts-de-France** étaient toujours les régions qui **présentaient les plus forts taux d'incidence et d'hospitalisations**. Après plusieurs semaines de diminution, **les taux d'admissions en services de soins critiques dans ces deux régions se stabilisaient en S20 à des niveaux très élevés**.

En **Île-de-France**, le **taux d'incidence était en diminution à 171/100 000 habitants** (-28% par rapport au taux corrigé de S19) et le taux de positivité était de 4,0% (-0,8 point). Les **taux d'hospitalisations** (en diminution) et **d'admissions en services de soins critiques** (stable) étaient respectivement à 10,1 et 2,9/100 000 habitants.

Dans les **Hauts-de-France**, le **taux d'incidence était en diminution à 166/100 000 habitants** (-22% par rapport au taux corrigé de S19). Le taux de positivité était de 4,5% (-0,8 point). Les **taux d'hospitalisations** (en diminution) et **d'admissions en services de soins critiques** (stable) étaient respectivement à 10,2 et 2,6/100 000 habitants.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

En Guyane, le **taux d'incidence diminuait** (406/100 000 habitants vs taux corrigé de 451 en S19, soit -10%) mais restait à un niveau très élevé. Le taux d'hospitalisations était à nouveau en augmentation (34,4/100 000 en S20), et le taux d'admissions en soins critiques se stabilisait à un niveau très élevé (6,2).

En Guadeloupe, le **taux d'incidence diminuait** (-32% par rapport au taux corrigé en S19). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques étaient en augmentation à respectivement 16,2 et 3,4/100 000 habitants (soit respectivement +10 hospitalisations et +1 admission).

À La Réunion, le **taux d'incidence** était de 152/100 000 habitants. **Le taux d'hospitalisation était en légère diminution** à 9,2/100 000 habitants et le taux d'admissions en soins critiques était en légère augmentation à 2,7 (soit +2 admissions par rapport à S19).

À Mayotte, les indicateurs étaient en hausse mais à des niveaux restant faibles.

À Saint-Martin, les taux d'incidence et de positivité étaient en augmentation.

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, **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. 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. Le quatrième VOC (**20I/484K ou 20I/484Q selon le type de mutation**), **ayant émergé au Royaume-Uni début 2021**, était peu détecté en France jusqu'à la mi-mars, mais les données de séquençage montrent une transmission communautaire dans plusieurs régions. **Le lignage 20A/452R (ou B.1.617), initialement détecté en Inde en décembre 2020, a été classé VOC le 11 mai par l'OMS et le 12 mai 2021 par l'analyse de risque conjointe CNR/SpFrance.** Cette classification concerne l'ensemble des trois sous-lignages B.1.617.1, B.1.617.2 et B.1.617.3, qui diffèrent légèrement sur le plan du profil de mutations.

Au niveau national en S20, parmi les tests positifs criblés dont les résultats étaient disponibles dans SI-DEP, **77,6% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 et 5,9% de variants 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3.** Les suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 restaient hétérogènes selon les départements. Parmi les départements métropolitains présentant des données interprétables, la proportion du variant 20I/501Y.V1 était supérieure à 80% dans 60 d'entre eux, et supérieure à 90% dans 18 d'entre eux. La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 était comprise entre 10% et 20% dans 11 départements métropolitains.

Les résultats de l'enquête Flash #8 du 27 avril 2021 et les résultats préliminaires **de l'enquête Flash #9** du 11 mai 2021 **confirment la prédominance du variant préoccupant 20I/501Y.V1**, qui représentait 86,4% des résultats interprétables dans l'enquête Flash #8 et 89,4% des résultats interprétables dans Flash #9. Le **variant 20H/501Y.V2** représentait respectivement 7,8% des résultats interprétables dans Flash #8 et 5,7% dans Flash #9. Le variant 20J/501Y.V3 reste très minoritaire de même que le variant 20I/484K, ce dernier étant toutefois en augmentation au cours des dernières enquêtes Flash. De manière générale, **la proportion de variants ayant la mutation E484K continue d'augmenter** au cours des enquêtes Flash, ce qui est suivi avec attention compte-tenu du possible échappement vaccinal des variants porteurs de cette mutation.

Le VOC 20I/484K, identifié pour la première fois en Grande-Bretagne suite à l'acquisition par le VOC 20I/501Y.V1 de la mutation E484K, était peu détecté en France jusqu'à la mi-mars. Une transmission communautaire a été rapportée depuis début avril dans plusieurs régions : la Bretagne (en particulier à Brest), l'Île-de-France et les Hauts-de-France. Toutefois, le variant 20I/484K restait très nettement minoritaire par rapport au variant 20I/501Y.V1. L'évolution de la diffusion du variant 20I/484K est suivie avec attention dans l'ensemble des régions. **Le VOC 20I/484Q** a été peu détecté en France depuis début janvier. En Nouvelle-Aquitaine, une transmission communautaire a été identifiée en particulier dans un quartier de Bordeaux ainsi que dans d'autres quartiers à proximité. Au 24 mai, 51 cas ont été recensés dont 31 cas confirmés par criblage ou séquençage, et 20 cas ayant un test RT-PCR positif et un lien épidémiologique avec un cas confirmé. Des mesures ont été mises en place par l'ARS Nouvelle-Aquitaine avec des campagnes de dépistage dans les quartiers concernés, un renforcement du contact-tracing et la mise en place de centres de vaccination.

Le lignage B.1.617 a été détecté pour la première fois en Inde à la fin de l'année 2020 et inclut trois sous-lignages (B.1.617.1, B.1.617.2 et B.1.617.3) qui diffèrent légèrement sur le plan des mutations d'intérêt et **sont tous classés comme VOC depuis le 12 mai.** Les souches B.1.617.1 et B.1.617.2 semblent circuler de manière prédominante dans certaines régions en Inde. Depuis début avril, le nombre de cas de B.1.617.2 est également en forte augmentation au Royaume-Uni à la fois parmi les personnes de retour de voyage et parmi les personnes n'ayant pas voyagé, ce qui signe une transmission communautaire dans certaines régions. Les données des investigations au Royaume-Uni montrent une transmissibilité importante du variant B.1.617.2, aussi élevée voire plus élevée que le variant 20I/501Y.V1. L'efficacité vaccinale pourrait être légèrement diminuée selon les premières études conduites au Royaume-Uni (efficacité variable selon le vaccin et le nombre de doses).

En France, au 25 mai, 46 épisodes impliquant au moins un cas de variant du lignage B.1.617 ont été rapportés. La majorité des épisodes sont liés à des cas index de retour d'un voyage en Inde ou d'un pays limitrophe (n=34), ou encore à des transmissions sur des bateaux impliquant des membres d'équipage de nationalité indienne (n=5). Le sous-lignage B.1.617.2 est majoritairement détecté (36 épisodes). Le B.1.617.1 a été identifié dans huit épisodes, et le sous-lignage n'est pas précisé pour deux épisodes.

Pour six épisodes, aucun lien avec une personne de retour d'Inde ou un pays limitrophe de l'Inde n'a été rapporté :

- deux clusters familiaux dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, survenus à la fin du mois d'avril, qui pourraient être liés à une contamination du cas index à Genève.
- trois épisodes dans la région Île-de-France : il s'agit de deux clusters familiaux n'ayant aucun lien avec l'Inde survenus fin avril et début mai et d'un cas isolé survenu début mai n'ayant pas séjourné en Inde.
- un épisode dans un EHPAD dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec un grand nombre de résidents et de membres du personnel testés positifs pour le variant B.1.617.1, qui pourrait être lié à un retour du cas index d'un pays autre que l'Inde.

Les mesures d'isolement et de contact-tracing ont été mises en œuvre pour chaque épisode et ont limité le risque de diffusion. Toutefois la multiplication des épisodes, dont certains sont identifiés tardivement car ils ne sont pas liés à des retours d'Inde ou de pays limitrophes, augmente le risque de transmission autochtone de ce variant.

► Variants à suivre (VOI)

D'autres variants du SARS-CoV-2 sont qualifiés de variants à suivre (VOI) d'après l'[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 leur circulation est suivie avec attention dans les enquêtes Flash.

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 l'analyse de risque et de la liste des variants préoccupants.

Variant B.1.616 ayant émergé en Bretagne

En janvier 2021, un cluster de cas atypiques d'infections par le SARS-CoV-2 a été identifié dans les Côtes-d'Armor. Ce cluster se caractérisait par des suspicions cliniques d'infections par le SARS-CoV-2 chez des personnes ayant des tests RT-PCR nasopharyngés négatifs ou faiblement positifs. Des clusters ont en particulier été rapportés entre les mois de janvier et avril dans des centres hospitaliers des Côtes-d'Armor. La situation semble désormais contenue. Au total, 44 cas ont été confirmés et le dernier cas confirmé d'infection par le variant B.1.616 date de la fin du mois d'avril. Les difficultés diagnostiques et le potentiel de transmission du variant 20/655Y incitent cependant à la vigilance.

► Surveillances spécifiques et populationnelles

Parmi les 13 194 patients recensés par la surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation depuis le 05 octobre 2020, 69% étaient des hommes. Depuis janvier 2021, et par comparaison aux données du dernier trimestre 2020, **une diminution de l'âge des patients admis en réanimation est observée**. La proportion de cas pédiatriques (0-14 ans) est restée très faible et comparable entre les deux périodes. La part des patients admis en réanimation sans comorbidités a légèrement augmenté depuis janvier 2021 (89% vs 87%). Parmi les personnes décédées, 6% ne présentaient pas de comorbidités.

Les indicateurs de la surveillance des signalements dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), qui concernent majoritairement des EHPAD, montraient une **stabilisation** du nombre de signalements, de cas et de décès à des **niveaux très faibles** et comparables à ceux observés avant la deuxième vague en octobre.

Les enfants sont très peu représentés chez les patients hospitalisés pour COVID-19 et parmi les décès (moins de 1%). Une surveillance des cas de **syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)** permet d'estimer l'incidence de ces cas en lien avec la COVID-19. Entre le 02 mars 2020 et le 23 mai 2021, 563 cas de PIMS ont été signalés. En France, l'incidence des PIMS en lien avec la COVID-19 (491 cas) a été estimée à 33,8 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans.

► Santé mentale

La santé mentale des personnes interrogées restait dégradée dans l'enquête CoviPrev du 21 au 23 avril 2021, dont les résultats ont été présentés dans le [Point épidémiologique n°62 du 06 mai 2021](#), avec une prévalence élevée des états anxieux, dépressifs, des problèmes de sommeil et des pensées suicidaires.

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>

Une nouvelle enquête CoviPrev s'est déroulée du **17 au 19 mai 2021**. Les résultats seront disponibles la semaine prochaine.

► Prévention

Les résultats de l'enquête CoviPrev du 21 au 23 avril 2021, détaillés dans le [Point épidémiologique n°62 du 06 mai 2021](#), montraient globalement une augmentation de l'adhésion systématique des personnes interrogées aux mesures en lien avec l'interaction sociale.

La vaccination contre la COVID-19 progresse et on dénombrait, au 25 mai 2021, **23 752 184 personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin** et **10 883 436 vaccinées avec un schéma complet, soit respectivement 35,4% et 16,2% de la population**. L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la **population adulte** (âgée de 18 ans ou plus) était de 45,1% pour au moins une dose et de 20,7% pour une vaccination complète. Pour les personnes âgées de 75-79 ans, la couverture vaccinale pour au moins une dose était de 85,4% (complètement vaccinées : 69,6%) et de 75,4% pour les 80 ans et plus (complètement vaccinées : 61,7%).

En une semaine (du 19 au 25 mai 2021), **plus de 2,6 millions de personnes ont reçu leur première dose** de vaccin, soit en moyenne **374 000 personnes par jour**. Au cours de cette semaine, 3,4 millions de doses ont été injectées (en premières ou secondes doses), soit, en moyenne, 488 000 doses par jour.

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

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

SOURCES DES DONNÉES

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

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

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

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

SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) : nombre de patients hospitalisés 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).

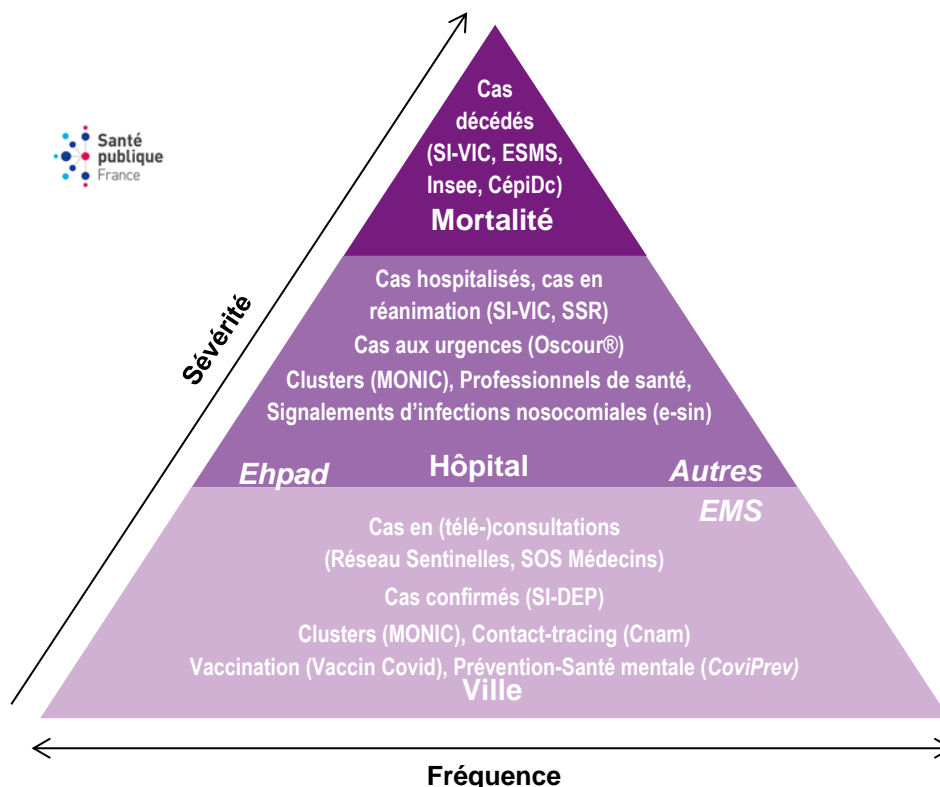
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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



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, Delphine Viriot, Léa Manchec, Bruno Coignard

Systèmes de surveillance : Pauline Adam, Denise Antona, Anne-Sophie Barret, Jonathan Bastard, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Christine Campèse, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Didier Che, Jean-Claude Desenclos, Julien Durand, Myriam Fayad, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Lucie Fournier, Laurence Guldner, Katia Hamdad, Eline Hassan, Marion Hulin, Yann Le Strat, Daniel Levy-Bruhl, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Michael Padget, Camille Pelat, Alessandro Pini, Elisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Claire Sauvage, Cécile Sommen, Benjamin Taisne, Marie-Michèle Thiam, Sophie Vaux

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

Contact presse

Vanessa Lemoine

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

Diffusion

Santé publique France

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

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

Date de publication

27 mai 2021

Citer ce document

COVID-19. Point épidémiologique hebdomadaire. N°65, 27 mai 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 62 p.