

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 31 mars 2021.**

► Points clés

En semaine 12, dégradation de tous les indicateurs sur l'ensemble du territoire métropolitain, avec une très forte tension hospitalière dans de nombreuses régions

- Forte augmentation du nombre de nouveaux cas depuis trois semaines
- Augmentation du nombre de patients en hospitalisation et en services de soins critiques
- Augmentation du nombre de cas et des hospitalisations chez les personnes de 75 ans et plus
- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée
- Métropole : augmentation marquée de l'incidence dans l'ensemble des régions
- Outre-mer : augmentation des indicateurs en Martinique

Variants

- Proportion de suspicions de variants préoccupants (VOC) par RT-PCR de criblage :
 - suspicions de variant 20I/501Y.V1 majoritaires en métropole à 79,9%
 - suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 stables à 4,4%

Prévention

- Vaccination
 - 8 284 391 personnes (couverture vaccinale de 12,3%) en population générale ayant reçu au moins une dose
 - Chez les personnes de moins de 65 ans avec comorbidités : couverture vaccinale de 23,1% (pour au moins une dose)
- Importance de l'adoption systématique des mesures barrières et de la limitation des contacts, incluant les personnes vaccinées
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 12 (du 22 au 28 mars 2021)

	S12	S11*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	258 830	212 307	+22%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	8,2%	8,0%	+0,2 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	4 032	3 187	+27%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	11 360	9 460	+20%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	12 572	10 881	+16%
Nombre de nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19 (SI-VIC)	2 732	2 411	+13%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres ESMS)	1 840	1 832	Non consolidée

* Données consolidées

Du 1^{er} mars 2020 au 30 mars 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	95 364
---	--------



► Point de situation en semaine 12 (du 22 au 28 mars 2021)

En semaine 12 (du 22 au 28 mars 2021), tous les indicateurs épidémiologiques, déjà à un niveau élevé, étaient en nette augmentation. L'incidence augmente dans toutes les classes d'âge, plus particulièrement chez les 0-14 ans, chez qui le dépistage progresse fortement. La dégradation de la situation sanitaire est observée dans toutes les régions métropolitaines et la tension sur le système hospitalier, déjà très forte, s'est accentuée en semaine 12. Avec la dynamique actuelle (taux de reproduction de 1,18), cette tension va s'accroître. Chez les 75 ans et plus, après une amélioration à partir de la semaine 05, les indicateurs sont en augmentation depuis deux semaines. L'adhésion aux mesures de prévention individuelles, le respect des mesures de freinage collectives ainsi que l'accélération de la vaccination sont des enjeux majeurs pour faire face au haut niveau de circulation du virus et à la forte pression hospitalière. Dans ce contexte dégradé, des mesures supplémentaires de réduction des contacts sont nécessaires sur l'ensemble du territoire.

Au niveau national, la **forte augmentation de l'incidence**, observée depuis la semaine 10, se poursuit en semaine 12 (+22% par rapport à S11), avec **258 830 nouveaux cas confirmés**, soit presque **37 000 cas en moyenne chaque jour**. Les taux d'incidence (386/100 000 habitants) et de positivité (8,2%) étaient en augmentation par rapport à ceux de la semaine précédente, de même que le taux de dépistage (4 697/100 000 habitants). **L'augmentation de l'incidence** est observée dans **toutes les classes d'âge**, et la plus forte augmentation était observée chez les 0-14 ans (+31%), dans un contexte d'augmentation du taux de dépistage (+30%) en partie liée aux campagnes organisées dans les établissements scolaires.

Les consultations pour une infection respiratoire aiguë dans le réseau Sentinelles, les actes SOS Médecins et les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 étaient également en **augmentation** en S12.

Le taux hebdomadaire d'hospitalisation a continué d'augmenter en S12 (+16% par rapport à S11) et le nombre de patients COVID-19 hospitalisés restait très élevé, avec 28 570 **personnes hospitalisées** le 30 mars. Le taux d'**admission en services de soins critiques était également en augmentation** en S12 (+13% par rapport à S11) et se traduisait par une augmentation du nombre de personnes hospitalisées en services de soins critiques avec **5 090 patients** le 30 mars 2021 (vs 4 655 le 23 mars, soit +9%).

En semaine 11, **le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus** était supérieur à l'attendu et **repartait en légère hausse** après sept semaines consécutives de diminution. Le nombre de décès était supérieur à celui attendu dans cinq régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Hauts-de-France, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les personnes les plus fragiles face à cette épidémie restent celles âgées de 65 ans et plus, ainsi que celles présentant des comorbidités. Après une amélioration des indicateurs chez les 75 ans et plus, observée à partir de la semaine 05, les indicateurs sont en augmentation depuis deux semaines. Pour cette classe d'âge, le taux d'incidence ainsi que les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 augmentaient depuis S10, et le taux d'hospitalisation augmentait depuis S11.

L'analyse des résultats des tests de criblage des variants préoccupants montrait toujours une augmentation de la proportion de suspicions de variant **20I/501Y.V1 (UK)**, qui représentait **79,8%** des tests criblés en S12. La proportion de suspicions de variant **20H/501Y.V2 (ZA)** ou **20J/501Y.V3 (BR)** restait stable à 4,4%. Les résultats de l'enquête Flash #5 conduite le 16 mars 2021 confirment la prédominance du variant 20H/501Y.V1 (UK), qui représentait 83% des séquences interprétables.

On dénombrait, au 30 mars 2021, **8 284 391 personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19, soit **12,3% de la population en France**. Il est estimé que **92,8% des résidents d'Ehpad ou d'USLD** ont reçu une première dose de vaccin, et 72,3% deux doses. Parmi les personnes prioritaires ciblées par les campagnes de vaccination, **776 791 personnes de moins de 65 ans avec comorbidités** avaient été vaccinées par au moins une dose au 29 mars, soit une estimation de **23,1%** de cette population.

L'adoption systématique des gestes barrières et la limitation des contacts est indispensable pour tous, y compris les personnes vaccinées. Il reste essentiel que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. L'accélération de la campagne de vaccination est plus que jamais un enjeu majeur pour contrer la dynamique épidémique actuelle.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DU SARS-CoV-2	16
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	19
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	24
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	27
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	28
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	30
SURVEILLANCE DES CAS DE COVID-19 CHEZ LES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	39
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ	41
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	47
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE	55
SITUATION INTERNATIONALE.....	56
SYNTHÈSE	60
SOURCES DES DONNÉES	66

Retrouvez les dernières données concernant :

- la **surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques** dans le PE du **25 mars 2021**
- le **signalement d'infections nosocomiales à SARS-CoV-2** dans le PE du **11 mars 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

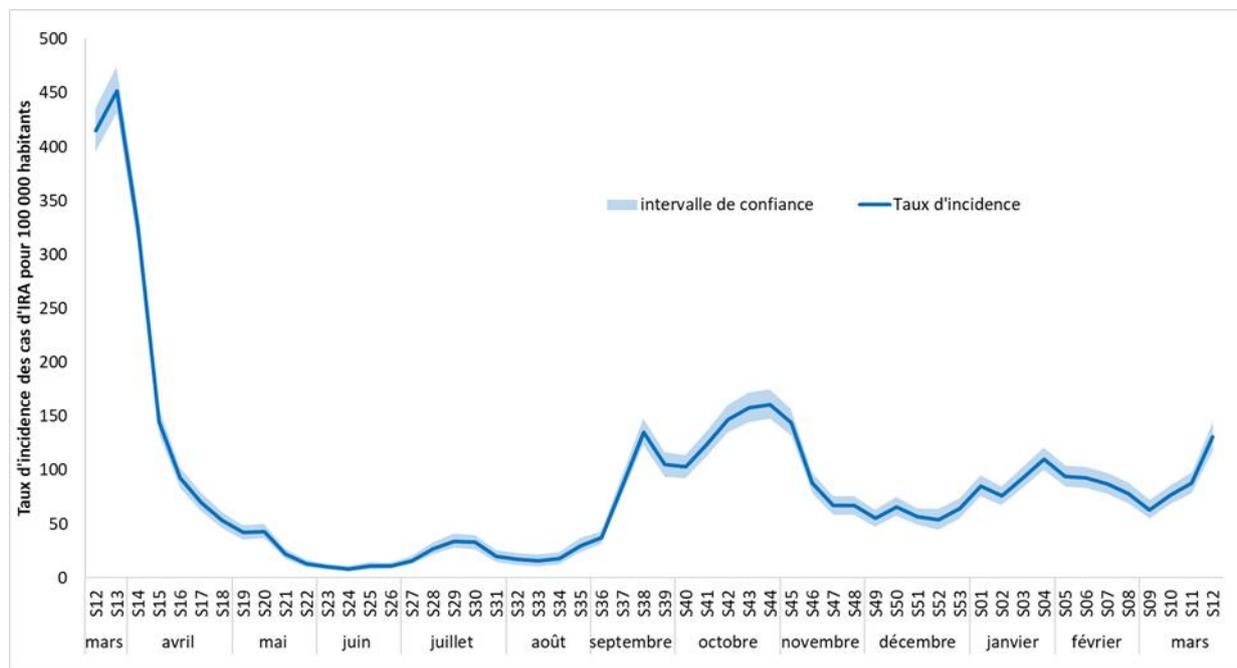
La surveillance des infections respiratoires aiguës (IRA) observées en médecine générale par le réseau Sentinelles permet d'estimer leur incidence en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées, depuis le 13 septembre 2020, par une surveillance virologique pour une partie des personnes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

- En semaine 12 (du 22 au 28 mars 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 131/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [117-145] en France métropolitaine, en **nette augmentation** par rapport à la semaine 11 : 88/100 000 habitants (IC95% : [78-98]) (Figure 1).

- Sur les 36 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA, un s'est avéré positif pour le SARS-CoV-2, six étaient positifs pour un virus respiratoire syncytial (VRS), cinq pour un métapneumovirus et un pour un rhinovirus. Aucun virus grippal n'a été détecté.

- Depuis la semaine 37-2020, sur les 992 prélèvements nasopharyngés effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés, 289 (29%) étaient positifs pour un rhinovirus, 141 (14%) pour le SARS-CoV-2, 48 (5%) pour un métapneumovirus et 43 (4%) pour un VRS. Deux prélèvements se sont avérés positifs pour un virus grippal de type B/Victoria en semaine 49-2020 et en semaine 02-2021.

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



Semaine 12-2021 : données non consolidées

Source : réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, **198 072 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 29 mars 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- En semaine 12 (du 22 au 28 mars 2021), **4 032 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur la période. Ce nombre était **en hausse** par rapport à la semaine précédente (3 187 actes en S11, soit +27%).

- L'analyse par classes d'âge montre une hausse importante chez les enfants de 0-14 ans (+32%, soit +186 actes) et chez les 15-64 ans (+28%, soit +623 actes). Elle était plus modérée chez les 65 ans et plus (+9%, soit +30 actes).

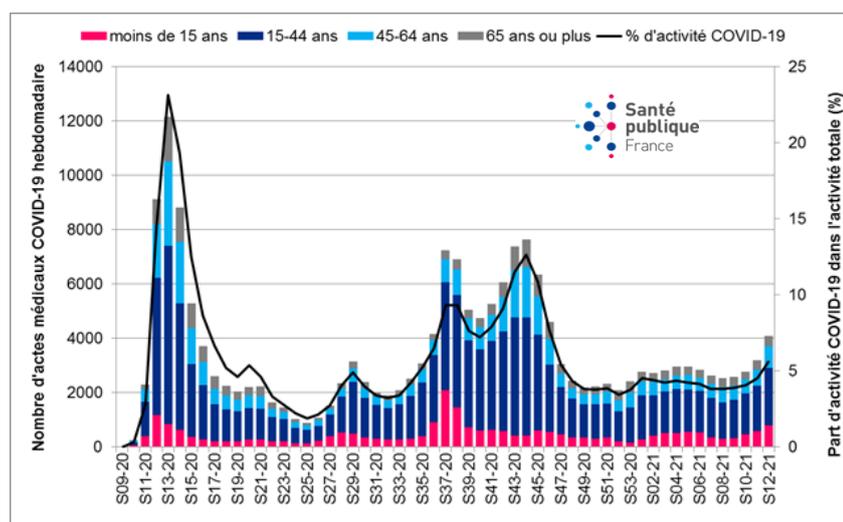
La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge** était de 6% chez les 0-4 ans, 13% chez les 5-14 ans, 52% chez les 15-44 ans, 19% chez les 45-64 ans, 5% chez les 65-74 ans et 4% chez les 75 ans et plus (contre respectivement 6%, 13%, 52%, 18%, 6% et 5% en S11).

- Au niveau régional, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était **en hausse dans toutes les régions métropolitaines à l'exception de la Bourgogne-Franche-Comté**. Les hausses les plus marquées étaient observées en Martinique (+123%, soit +32 actes), Corse (+100%, soit +15 actes), Centre-Val de Loire (+57%, soit +39 actes), Pays de la Loire (+49%, soit +69 actes), Bretagne (+46%, soit +57 actes), Île-de-France (+39%, soit +241 actes), Normandie (+36%, soit +56 actes) et Occitanie (+35%, soit +49 actes).

- La majorité des actes a été enregistrée en Île-de-France (21%), Hauts-de-France (13%), Auvergne-Rhône-Alpes (12%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (11%), Nouvelle-Aquitaine (9%) et Grand Est (9%).

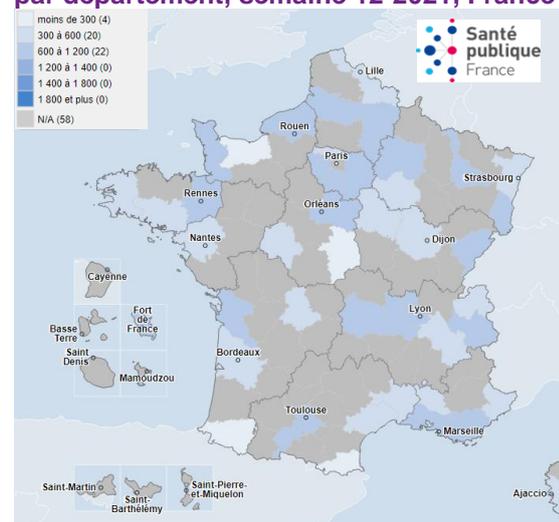
- La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était **en hausse** à 5,7% (4,6% en S11) (Figure 2).

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



Source : SOS Médecins

Figure 3. Taux hebdomadaire d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes médicaux SOS Médecins, par département, semaine 12-2021, France



Source : SOS Médecins

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

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

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

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

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

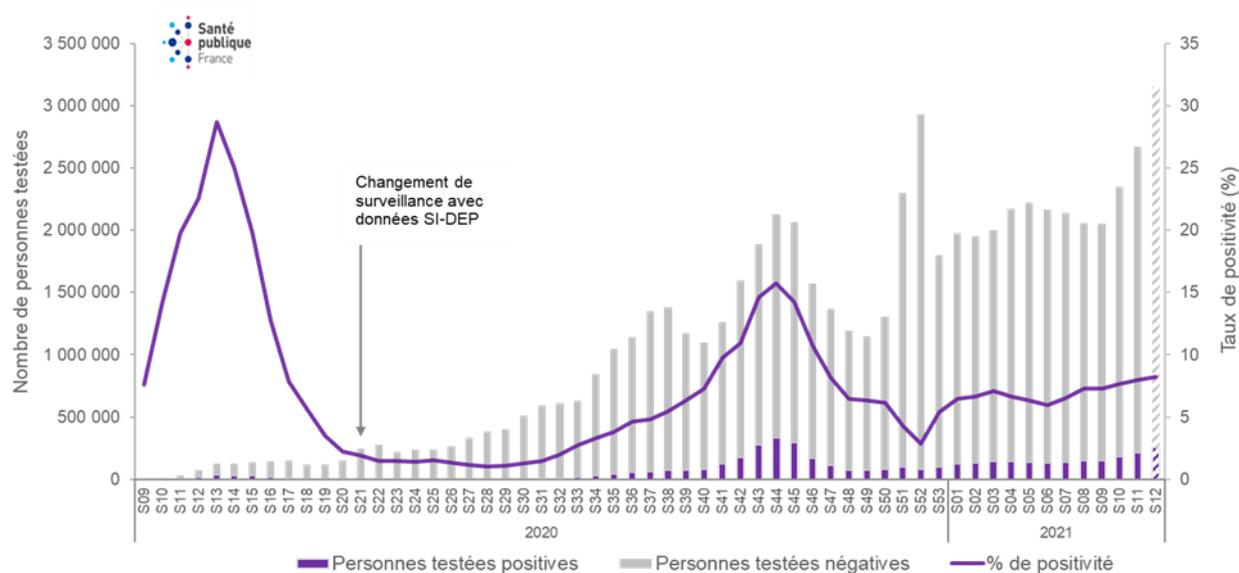
Un incident technique a engendré un défaut de transmission des résultats des tests de 50 laboratoires entre le 25 et le 30 mars vers Santé publique France. Cet incident a été corrigé et les données ont été intégrées le jeudi 1^{er} avril, impactant les indicateurs épidémiologiques principalement en région Île-de-France. En conséquence, les indicateurs présentés dans ce point épidémiologique ont été mis à jour et sont donc basés sur les données du jeudi et non celles du mercredi comme habituellement présentées.

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

- En semaine 12, 3 152 452 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 2 669 238 en S11, soit +18%). Un total de 258 830 **nouveaux cas confirmés** a été rapporté, **en augmentation** (+22%) par rapport à la semaine 11 où 212 307 nouveaux cas avaient été signalés (Figures 4 et 5).

- Au 1^{er} avril 2021, un total de **4 695 082 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

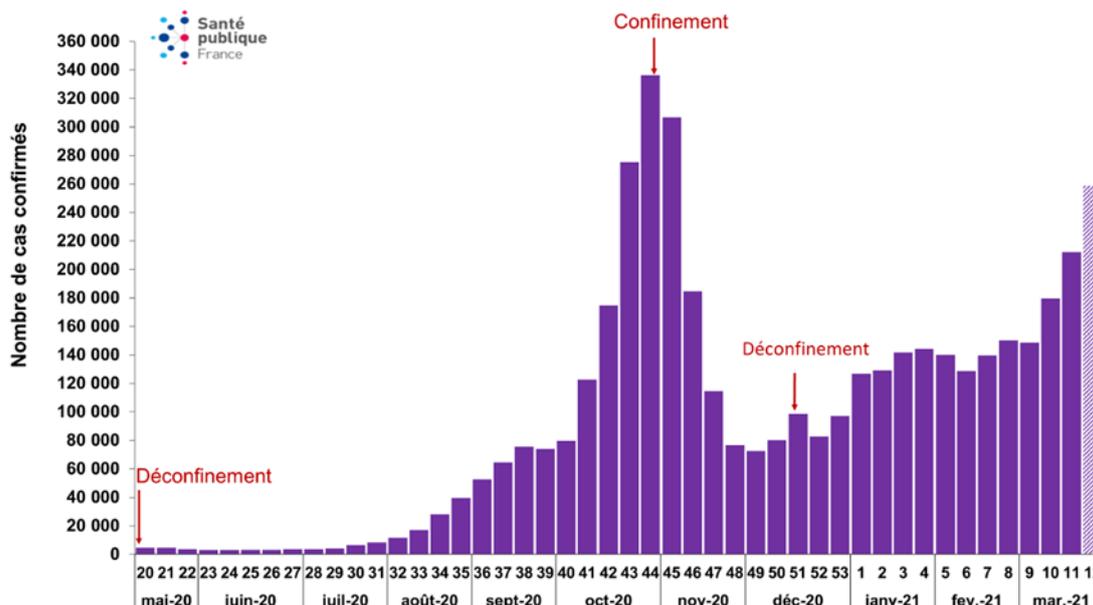
Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 1^{er} avril 2021)



Semaine 12 : données non consolidées

Sources S09-S19-2020 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20-2020 : SI-DEP

Figure 5. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement) rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 28 mars 2021, France (données au 1^{er} avril 2021)

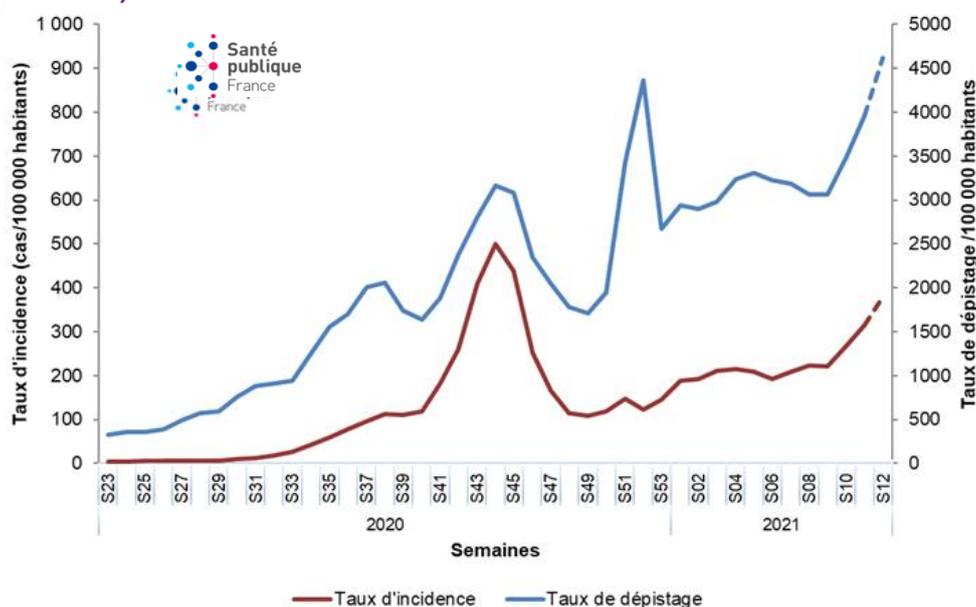


Semaine 12 : données non consolidées

Source SI-DEP

- En S12, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **8,2%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), en **légère augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (8,0% en S11) (Figure 4).
- Le **taux national d'incidence des cas confirmés** (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de **386/100 000 habitants** en S12, en **augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (316 cas/100 000 habitants en S11, +22%) (Figure 6).
- Le **taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **4 697/100 000 habitants**, en **augmentation** par rapport à celui de S11 (3 977/100 habitants, +18%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et de dépistage par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 1^{er} avril 2021)



Semaine 12 : données non consolidées

Source SI-DEP

- La proportion du nombre de tests effectués en S12 et intégrés dans la base SI-DEP le jour même ou le lendemain du prélèvement était de 94%, stable par rapport à la semaine précédente (94% en S11).

Analyse par classe d'âge

- En semaine 12, au niveau national, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 306 chez les 0-14 ans, 524 chez les 15-44 ans, 379 chez les 45-64 ans, 244 chez les 65-74 ans et 196 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).

- **Le taux d'incidence était en forte hausse** par rapport à S11 **dans toutes les classes d'âge**. L'augmentation la plus importante était observée chez les 0-14 ans (+31%), suivis par les 15-44 ans (+22%), les 45-64 ans (+21%), les 65-74 ans (+16%) et les 75 ans et plus (+13%) (Figure 7a).

- **Le taux de dépistage était en forte augmentation** par rapport à la semaine 11 dans toutes les classes d'âge. L'augmentation la plus importante était observée chez les 0-14 ans (+30%), les 15-44 ans (+18%), les 45-64 ans (+16%), les 65-74 ans (+12%) et les 75 ans et plus (+7%) (Figure 7b).

- **Le taux de positivité** des personnes testées était en **en légère augmentation** par rapport à S11 dans toutes les classes d'âge, **sauf pour les 0-14 ans** où il restait stable à 6,2%. La hausse la plus importante était observée chez les 45-64 ans (+0,4 point) suivis des 15-44 ans, 65-74 ans et 75 ans et plus (+0,3 point) (Figure 7c).

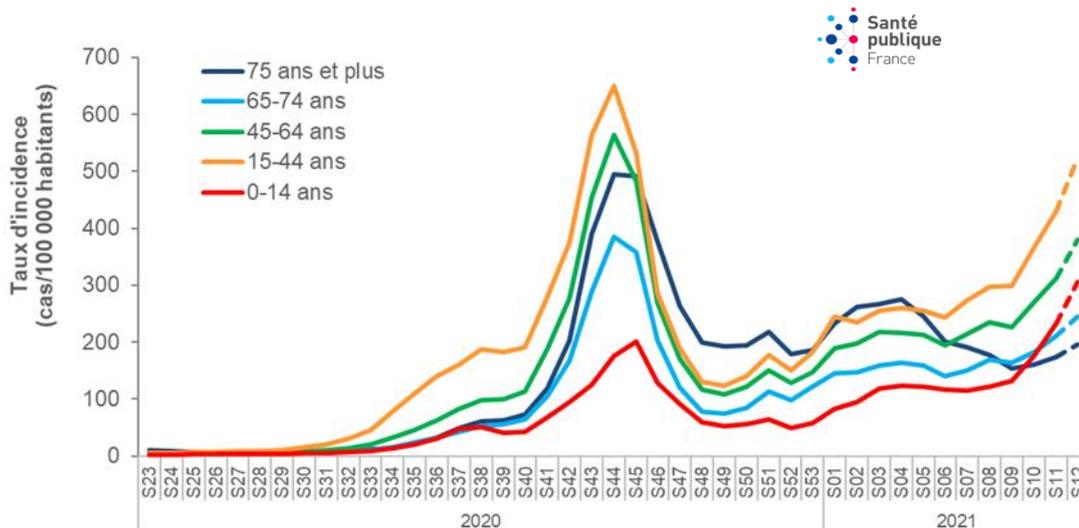
Dépistage selon la présence de symptômes

- En semaine 12, **parmi les personnes testées**, l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 88% (soit n=2 779 764). Le taux de positivité était de 20% chez les symptomatiques (stable par rapport à S11, 21%) et de 5,0% chez les asymptomatiques (4,8% en S11).

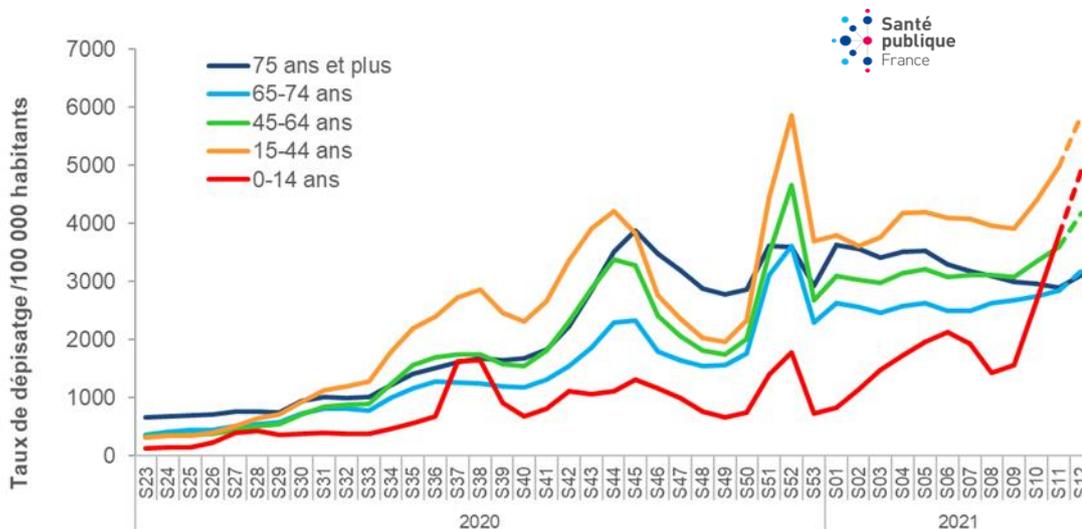
- Parmi les cas, 53% étaient symptomatiques, proportion stable par rapport à S11 (53%). **Le nombre de cas était en augmentation chez les symptomatiques** (124 277 vs 101 819 en S11, soit +22%) **et chez les asymptomatiques** (108 781 vs 89 689 en S11, soit +21%).

Figure 7. Évolution des taux d'incidence (7a), de dépistage (7b) et de positivité (7c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23-2020, France (données au 1^{er} avril 2021)

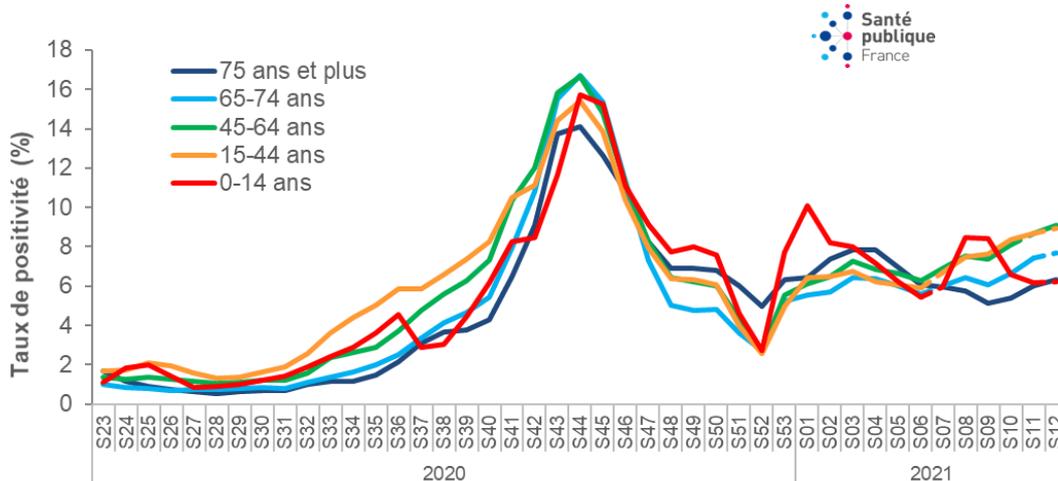
7a



7b



7c



Semaine 12 : 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](#).

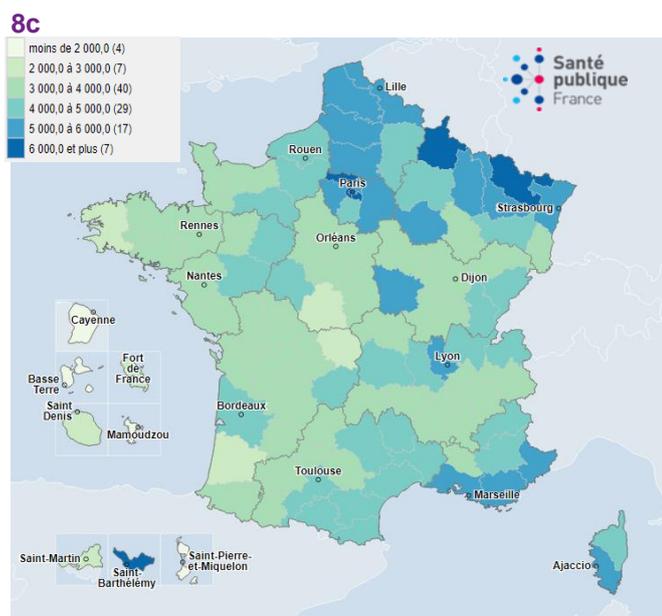
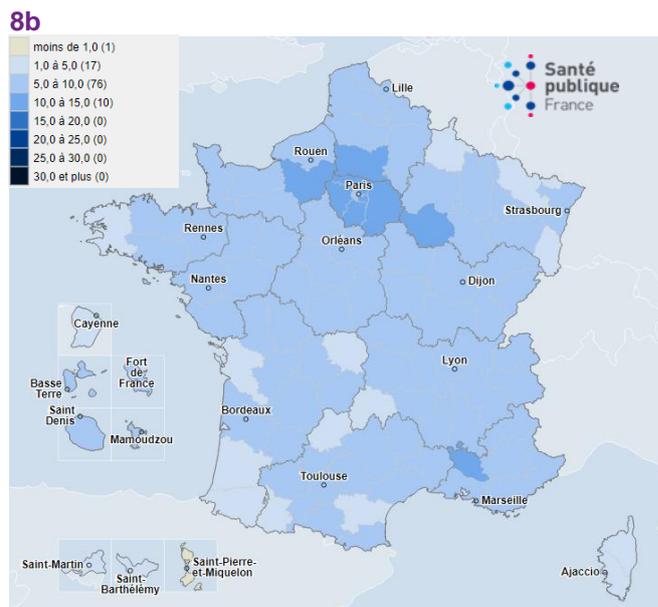
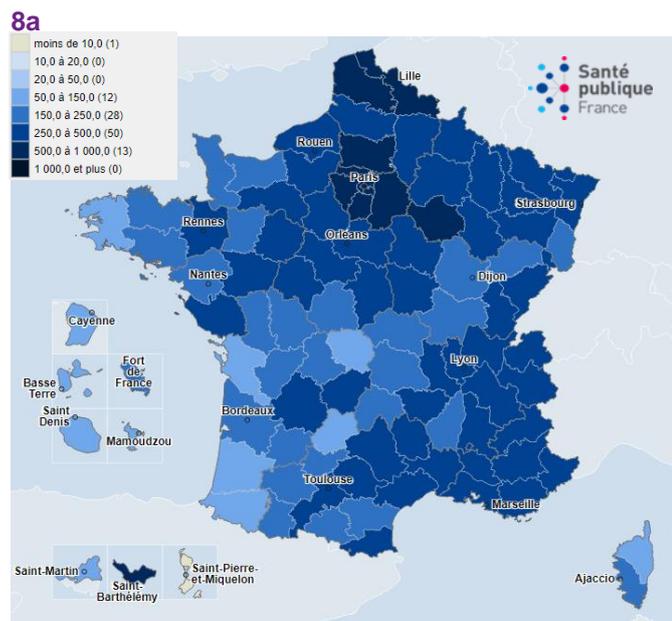
En métropole

- **En France métropolitaine**, 255 300 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 12, **en augmentation** par rapport à la semaine précédente (données consolidées pour S11 avec 209 111 nouveaux cas, soit +22%). Le **taux de positivité** était de 8,3% (vs 8,0% en S11, soit +0,3 point). Le **taux d'incidence** des cas confirmés était de **393 cas/100 000 habitants** (vs 322 en S11, soit +22%). Le **taux de dépistage** s'élevait à **4 762/100 000 habitants**, en augmentation par rapport à la semaine précédente (4 033 en S11).
- **Au niveau départemental**, le **taux d'incidence** des cas confirmés était, en semaine 12, **au-dessus du seuil de 100/100 000 habitants dans 93 départements métropolitains** (91 en S11), et au-dessus du seuil de 250/100 000 habitants dans 62 départements (43 en S11). Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés en Île-de-France dans les départements du Val-d'Oise (822), de la Seine-Saint-Denis (805), de la Seine-et-Marne (730), du Val-de-Marne (717) et de l'Essonne (617) (Figure 8a).
- Le **taux de positivité** était supérieur ou égal à 10% dans 10 départements en S12 (12 en S11). Les taux les plus élevés étaient rapportés en Île-de-France dans les départements de la Seine-Saint-Denis (14%), du Val-d'Oise (13%), de la Seine-et-Marne et l'Essonne (13%) et du Val-de-Marne (12%) (Figure 8b).
- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** (/100 000 habitants) en S12 étaient Paris (7 914), la Moselle (7 159), les Ardennes (6 954), le Val-d'Oise (6 284), le Val-de-Marne (6 199), et les Hauts-de-Seine (6 132) (Figure 8c).

En Outre-mer

- **À Mayotte**, les indicateurs étaient **en diminution** en S12, avec un taux d'incidence de 68/100 000 habitants (108 en S11) et un taux de positivité de 5,5% (vs 7,9% en S11).
- **À La Réunion**, les indicateurs étaient **en augmentation** en S12, avec un taux d'incidence de 129/100 000 habitants (116 en S11) et un taux de positivité de 5,4% (vs 5,4% en S11).
- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient **en diminution** en S12, avec un taux d'incidence de 100/100 000 habitants (114 en S11) et un taux de positivité de 7,9% (vs 9,3% en S11).
- **En Martinique**, les indicateurs étaient **en augmentation** en S12, avec un taux d'incidence de 171/100 000 habitants (116 en S11) et un taux de positivité de 8,1% (vs 7,2% en S11).
- **À Saint-Martin**, les indicateurs étaient **en légère augmentation**, avec un taux d'incidence de 85/100 000 habitants (71 en S11) et un taux de positivité de 3,1% (vs 2,9% en S11).
- **En Guyane**, les indicateurs étaient **en augmentation**, avec un taux d'incidence de 60/100 000 habitants (35 en S11) et un taux de positivité de 4,6% (vs 3,1% en S11).

Figure 8. Taux d'incidence (/100 000 habitants) (8a), de positivité (8b) et de dépistage (nombre de tests/100 000 habitants) (8c) pour le SARS-CoV-2 du 22 au 28 mars 2021, par département, France (données au 1^{er} avril 2021)



Source : SI-DEP

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

► Analyse par niveaux scolaires

- En semaine 12, 741 853 personnes de moins de 18 ans ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 582 492 en S11, soit +29%). Un total de **50 702 nouveaux cas confirmés** a été rapporté, en **augmentation** (+31%) par rapport à la semaine 11 où 38 642 nouveaux cas avaient été signalés. Les moins de 18 ans représentaient **20% 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 3% des nouveaux cas, les 3-5 ans 7,5%, les 6-10 ans 29,5%, les 11-15 ans 32% et les 15-17 ans 28%.
- Le taux d'incidence des cas confirmés au niveau national était de 569/100 000 habitants chez les 15-17 ans, 487/100 000 habitants chez les 11-14 ans, 361/100 000 habitants chez les 6-10 ans, 163/100 000 habitants chez les 3-5 ans et 71/100 000 habitants chez les 0-2 ans (Figure 9a).
- **Ces taux d'incidence étaient en augmentation dans toutes les classes d'âge** par rapport à la semaine 11, avec une évolution particulièrement marquée chez les 11-14 ans (+38%), suivis par les 3-5 ans (+32%) puis les 15-17 ans (+31%), les 6-10 ans (+26%) et les 0-2 ans (+18%).
- **Le taux de dépistage était également en forte augmentation**, notamment chez les 3-5 ans (+38%), suivis des 11-14 ans (+30%) (Figure 9b).
- **Le taux de positivité était en diminution** chez les 0-10 ans (-8% chez les 0-2 ans, -5% chez les 3-5 ans et stable chez les 6-10 ans) et en **augmentation** chez les 11-17 ans (+6% chez les 11-14 ans et +3% chez les 15-17 ans) (Figure 9c).

Figure 9. Évolution des taux d'incidence (9a), de dépistage (9b) et de positivité (9c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge des moins de 18 ans, depuis la semaine 23-2020, France (données au 1^{er} avril 2021)

9a

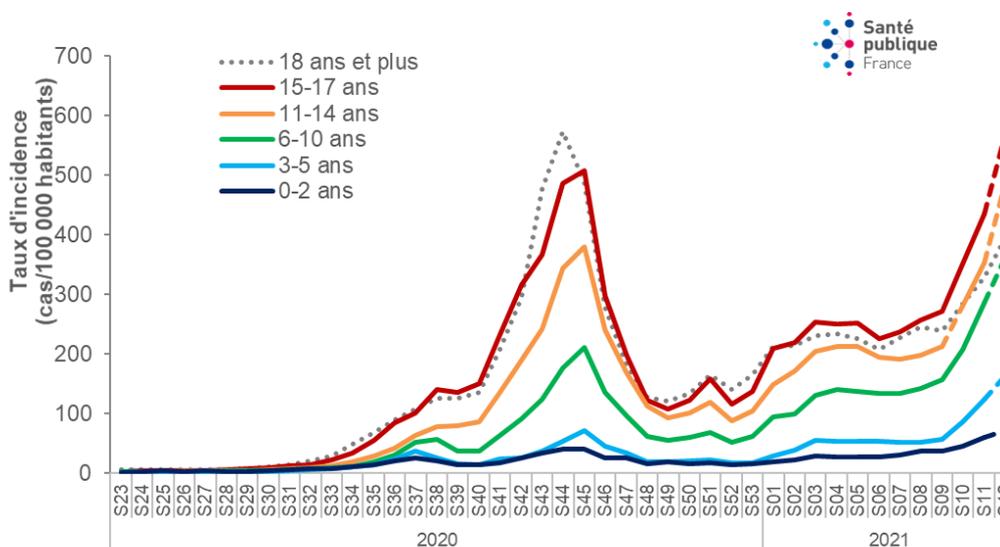
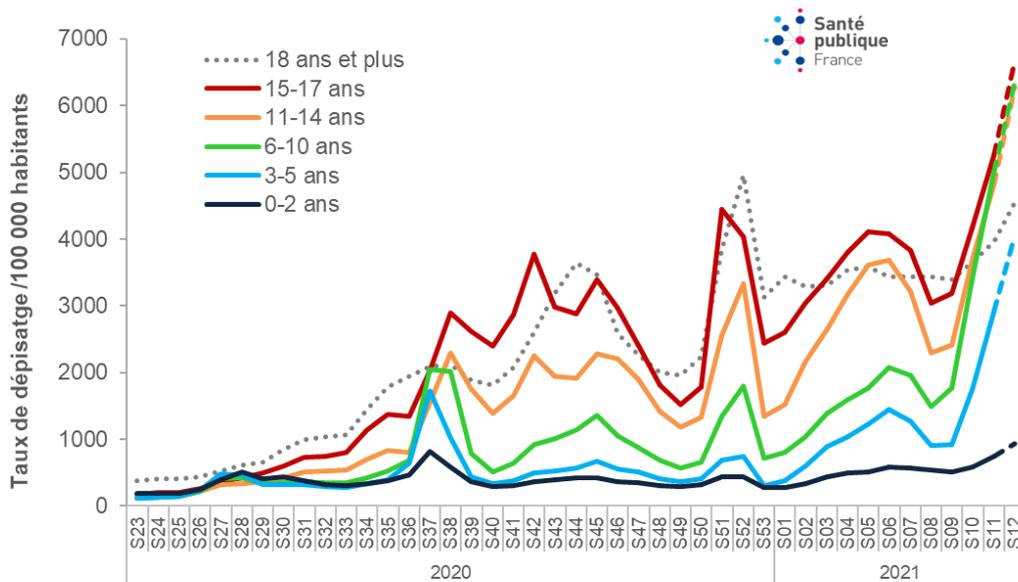
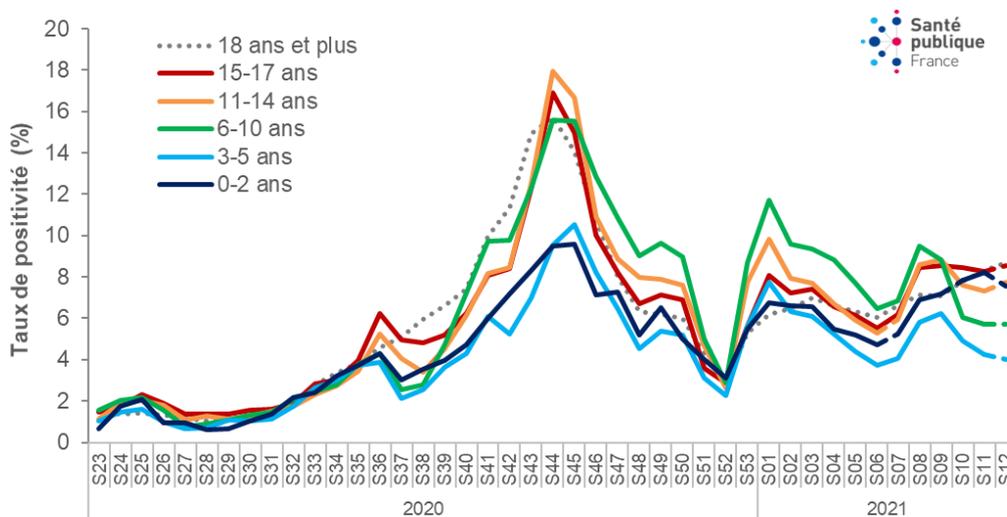


Figure 9 (suite)

9b



9c



Semaine 12 : données non consolidées

Source : SI-DEP

► Variants préoccupants (VOC) : 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 (Royaume-Uni), 20H/501Y.V2 (Afrique du Sud) ou 20J/501Y.V3 (Brésil) (sans distinction) ou de conclure à l'absence de variant préoccupant (VOC).

- **Au niveau national**, en semaine 12, sur les 288 308 tests de première intention positifs (tests RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, **52,3% étaient associés à un test de criblage** lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 150 834 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **79,9%** (120 447) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1 (UK)** (contre 76,3% en S11) et **4,4%** (6 639) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** (contre 4,7% en S11).

- La proportion de tests positifs criblés variait peu selon la classe d'âge : de 49,1% chez les 20-29 ans à 57,7% chez les 90 ans et plus (Tableau 1).

- La proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK) était comprise entre 70,4% chez les 90 ans et plus et 81,1% chez les 10-19 ans et 40-49 ans.

- La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) allait de 3,8% chez les 0-9 ans à 4,9% chez les 60-69 ans.

Tableau 1. Proportion de suspicions de variant préoccupant (VOC) parmi les tests de criblage positifs 20I/501Y.V1 (UK), 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR), en fonction des classes d'âge, France (données au 1^{er} avril 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	328 989	17 585	10 015	57,0	7 726	77,1	384	3,8
10-19	559 207	47 344	24 639	52,0	19 971	81,1	972	3,9
20-29	475 575	44 424	21 809	49,1	17 467	80,1	999	4,6
30-39	506 039	46 243	23 226	50,2	18 673	80,4	1 044	4,5
40-49	456 053	45 125	23 440	51,9	19 018	81,1	1 053	4,5
50-59	396 138	37 740	19 945	52,8	16 043	80,4	908	4,6
60-69	288 740	25 225	13 927	55,2	11 012	79,1	689	4,9
70-79	174 552	13 802	7 685	55,7	5 990	77,9	328	4,3
80-89	103 587	7 664	4 332	56,5	3 275	75,6	176	4,1
90 et plus	49 675	3 061	1 765	57,7	1 242	70,4	83	4,7
Inconnu	1 074	95	51	53,7	30	58,8	3	5,9
Tous	3 339 629	288 308	150 834	52,3	120 447	79,9	6 639	4,4

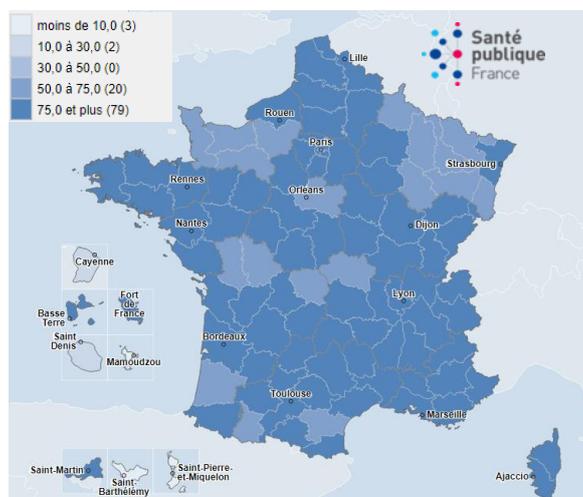
Pour chaque classe d'âge de 10 ans, les indicateurs suivants sont présentés, dans l'ordre : nombre total de tests (RT-PCR + tests antigéniques) ; nombre de tests positifs ; nombre de PCR de criblage ; % de PCR de criblage rapporté au total des tests positifs ; nombre de suspicions de variant 20I/501Y.V1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

- Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les **95 départements** métropolitains présentant des données interprétables, la proportion du variant 20I/501Y.V1 (UK) était supérieure à 80% dans 54 départements et **supérieure à 90% dans six d'entre eux** (Figure 10).

- En métropole, **sept départements avaient une proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) supérieure à 10%**. Cette proportion était toujours particulièrement élevée en Moselle, (34,7% vs 36,4 en S11) ainsi qu'en Meurthe-et-Moselle (16,5%), dans les Vosges (16,5%) et la Vendée (15,3%) (Figure 11).

- Dans les territoires d'outre-mer où les données sont interprétables, une **forte proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** était observée en Guyane (68,9%), à la Réunion (49,3%) et à Mayotte (48,8%). On note également une **forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 (UK)** en Martinique (94,2%) et en Guadeloupe (90,7%) (Figures 10 et 11).

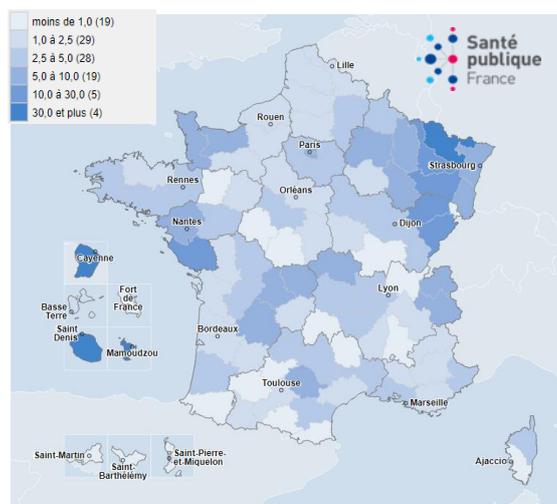
Figure 10. Proportion (%) de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1 (UK) parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 1^{er} avril 2021)



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

Source : SI-DEP

Figure 11. Proportion (%) de suspicions de variant préoccupant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR) parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 1^{er} avril 2021)



Indicateur non interprétable pour la Creuse, Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon 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#5

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) et 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 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.

► Enquête Flash#5 du 16 mars 2021

Les enquêtes Flash, qui reposent sur une sélection aléatoire de prélèvements RT-PCR positifs, font partie des cibles prioritaires de la stratégie nationale de surveillance génomique et permettent d'établir une cartographie de la diffusion des variants circulant en France. Ces enquêtes Flash 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. Pour cette enquête Flash#5, les LBM participants devaient transmettre 20% des prélèvements positifs du jour de l'enquête pour les laboratoires ayant plus de 20 prélèvements positifs ou la totalité des prélèvements positifs du jour pour les laboratoires ayant moins de 20 prélèvements positifs. En complément, en lien avec une investigation en cours autour de Lannion concernant l'émergence d'un nouveau variant appartenant au clade¹ 20C, le protocole de l'enquête Flash#5 a été adapté pour les laboratoires préleveurs (publics ou privés) de la région Bretagne qui devaient transmettre la totalité de leurs prélèvements positifs.

- L'enquête Flash#5 du 16 mars 2021 a porté sur **près de 3 000 prélèvements**. Les résultats présentés ici portent sur l'analyse des **résultats de séquençage issus de 2 479 (>80%) prélèvements provenant de 12 régions de France métropolitaine** (Tableau 1).

- L'enquête Flash#5 confirme la **prédominance du variant préoccupant 20I/501Y.V1 (73,1% des prélèvements étudiés, soit 82,6% des séquences interprétables)**. Les variants préoccupants 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3 sont également détectés mais en proportion plus faible (6,1% et 0,5% des séquences interprétables, respectivement).

- **Ces résultats sont globalement cohérents avec ceux des RT-PCR de criblage en semaine 11 (du 15 au 21 mars 2021), qui indiquaient 76,3% de suspicions de variant 20I/501Y.V1 et 4,7% de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3.** Ils confirment aussi l'hétérogénéité régionale de la circulation des trois variants préoccupants connus (Tableau 2) et soulignent que le variant 20I/501Y.V1 est particulièrement présent en Occitanie (98% des 50 prélèvements séquencés) et que le variant 20H/501Y.V2 est plus présent en Grand Est (plus de 17% des 126 prélèvements séquencés).

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

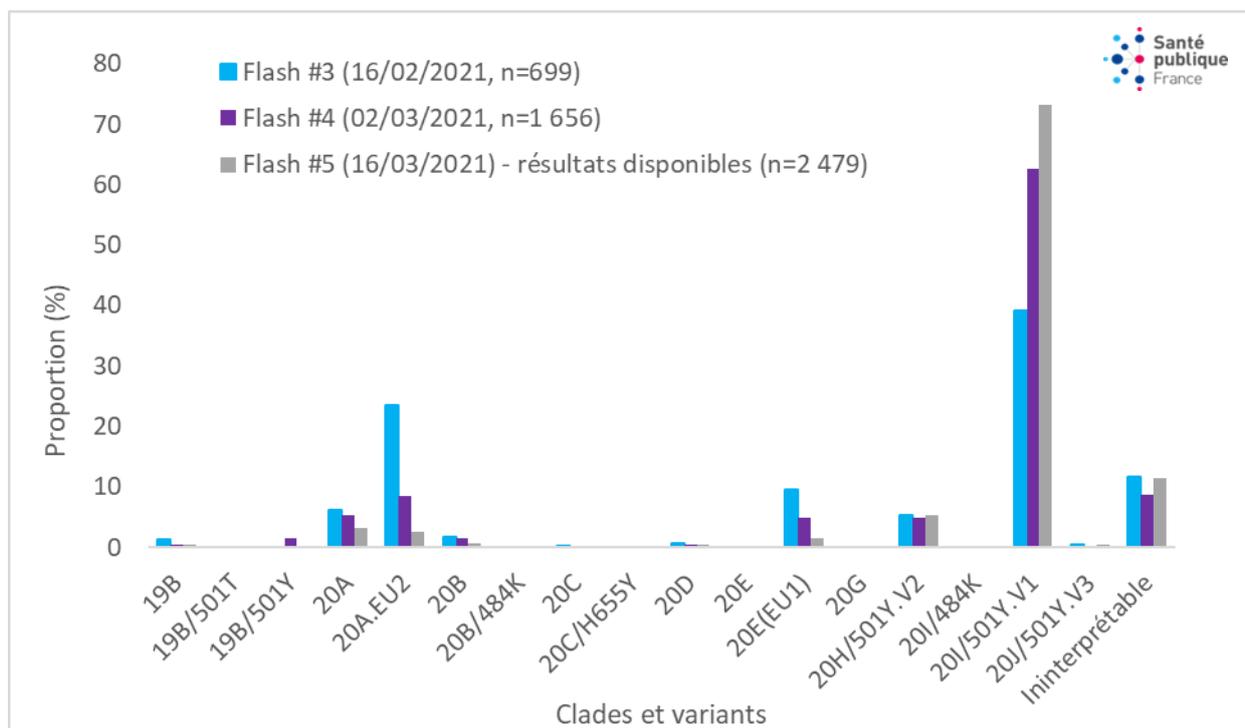
Ces résultats par région sont à interpréter avec prudence : à ce jour, tous les départements ne sont pas encore représentés au sein de certaines régions, ce qui peut biaiser les résultats. Des efforts seront entrepris pour renforcer la participation à ces études dans les régions concernées en sollicitant les réseaux des laboratoires en lien avec les cellules régionales.

- **Le clade 20I/501Y.V1 représentait plus de 50% des prélèvements quelle que soit la classe d'âge**, avec une présence plus marquée (près de 80%) chez les 0-9 ans (Tableau 3). La diffusion de ce variant semble devenir plus homogène au sein de la population. Le variant préoccupant 20H/501Y.V2 a été identifié de façon également homogène entre 0 et 89 ans mais reste non détecté chez les plus de 90 ans.

► Évolution des différents clades au cours des enquêtes Flash #3 à #5 du 16 février 2021 au 16 mars 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 12 montre la forte augmentation de la proportion du variant préoccupant 20I/501Y.V1 entre février et mars 2021. Une augmentation légère de la proportion des variants préoccupants 20H/501Y.V2 entre les enquêtes Flash#4 et Flash#5 est visible mais reste à confirmer. L'augmentation observée de la proportion du variant à suivre 19B/501Y entre l'enquête Flash#3 et l'enquête Flash#4 ne se confirme pas avec les résultats disponibles à ce jour de l'enquête Flash#5. Tous les autres lignages sont stables ou en diminution.

Figure 12. Évolution des résultats de séquençage par clade, enquêtes Flash #3 à #5, France



- Les enquêtes Flash se poursuivront à l'avenir avec un volume de prélèvements inclus croissant. L'enquête Flash #6, basée sur un échantillonnage de prélèvements aléatoires, a été conduite le 30 mars 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 2. Résultats de séquençage, par région du laboratoire préleveur, enquête Flash #5, 16 mars 2021, France (n= 2 479 séquences)

Régions du laboratoire préleveur	Prélèvements (N)	Clade 19A (%)	Clade 19B (%)	Variante 19B/501Y (%)	Clade 20A (%)	Clade 20A.EU2 (%)	Clade 20B (%)	Variante 20B/484K (%)	Clade 20C (%)	Variante 20C/655Y (%)	Clade 20D (%)	Clade 20E (EU1) (%)	Clade 20I/501Y.V1 (%)	Variante 20I/484K (%)	Clade 20H/501Y.V2 (%)	Clade 20J/501Y.V3 (%)	Ininterprétable * (%)	Total (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	276	-	0,4	0,7	1,8	4,3	0,4	-	-	-	0,4	2,9	80,1	-	3,3	0,4	5,4	100
Bourgogne-Franche-Comté	63	-	1,6	-	-	3,2	7,9	-	-	-	-	3,2	76,2	-	7,9	-	-	100
Bretagne	455	-	1,1	-	1,5	2,2	1,1	-	-	-	1,3	0,7	56,9	-	2,0	-	33,2	100
Centre-Val de Loire	64	-	-	-	1,6	6,3	-	-	-	-	1,6	-	79,7	-	-	-	10,9	100
Grand Est	126	0,8	-	-	6,3	4,0	-	-	-	-	-	-	69,8	-	17,5	-	1,6	100
Haut-de-France	91	-	-	-	4,4	14,3	2,2	1,1	-	-	-	-	70,3	2,2	1,1	1,1	3,3	100
Île-de-France	825	0,1	0,4	0,1	5,5	0,5	0,4	-	0,1	-	0,5	1,7	74,3	-	7,4	0,8	8,2	100
Normandie	98	1,0	-	-	-	2,0	1,0	-	-	-	-	6,1	78,6	-	8,2	1,0	2,0	100
Nouvelle-Aquitaine	63	-	-	-	1,6	1,6	-	-	-	-	-	-	74,6	-	7,9	-	14,3	100
Occitanie	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98,0	-	-	-	2,0	100
Pays de la Loire	120	-	-	-	5,8	3,3	-	3,3	-	0,8	-	2,5	70,8	-	5,0	-	8,3	100
Provence-Alpes-Côte d'Azur	234	-	-	0,4	0,4	2,1	0,4	-	-	-	-	0,9	88,5	-	3,8	-	3,4	100
Non renseigné	14	-	-	-	-	14,3	-	-	-	-	-	7,1	28,6	-	-	-	50,0	100
Total	2 479	0,1	0,4	0,2	3,2	2,6	0,7	0,2	0,0	0,0	0,5	1,6	73,1	0,1	5,4	0,4	11,4	100

Tableau 3. Résultats de séquençage, par classe d'âge, enquête Flash #5, 16 mars 2021, France (n= 2 479 séquences)

Classe d'âge (ans)	Prélèvements (N)	Clade 19A (%)	Clade 19B (%)	Variante 19B/501Y (%)	Clade 20A (%)	Clade 20A.EU2 (%)	Clade 20B (%)	Variante 20B/484K (%)	Clade 20C (%)	Variante 20C/655Y (%)	Clade 20D (%)	Clade 20E (EU1) (%)	Clade 20I/501Y.V1 (%)	Variante 20I/484K (%)	Clade 20H/501Y.V2 (%)	Clade 20J/501Y.V3 (%)	Ininterprétable * (%)	Total (%)
0-9	88	-	-	-	2,3	2,3	-	-	-	-	-	-	79,5	-	4,5	-	11,4	100
10-19	301	-	0,3	0,7	3,7	1,3	-	0,3	-	-	-	1,3	73,4	-	5,6	1,0	12,3	100
20-29	378	-	0,3	-	1,1	2,6	0,8	0,3	0,3	-	0,3	0,8	76,2	-	4,5	0,3	12,7	100
30-39	346	0,3	0,3	-	2,6	2,0	0,3	0,3	-	-	0,6	0,6	76,3	-	4,0	0,9	11,8	100
40-49	368	-	0,5	-	4,3	2,4	0,5	-	-	-	0,8	1,1	72,8	-	4,6	0,5	12,2	100
50-59	356	0,3	0,3	0,6	2,5	0,8	0,3	0,3	-	0,3	1,4	1,7	75,6	-	7,3	0,3	8,4	100
60-69	238	-	1,3	-	3,8	3,4	1,7	-	-	-	0,4	1,7	70,2	0,4	6,7	-	10,5	100
70-79	181	0,6	0,6	-	3,3	3,3	0,6	0,6	-	-	-	2,8	70,2	-	9,4	-	8,8	100
80-89	124	-	-	-	5,6	3,2	3,2	-	-	-	-	4,8	63,7	0,8	5,6	-	12,9	100
≥ 90	52	-	-	-	5,8	11,5	3,8	-	-	-	-	3,8	59,6	-	-	-	15,4	100
Non renseigné	47	-	-	-	6,4	10,6	-	-	-	-	-	6,4	61,7	-	-	-	14,9	100
Total	2 479	0,1	0,4	0,2	3,2	2,6	0,7	0,2	0,0	0,0	0,5	1,6	73,1	0,1	5,4	0,4	11,4	100

ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

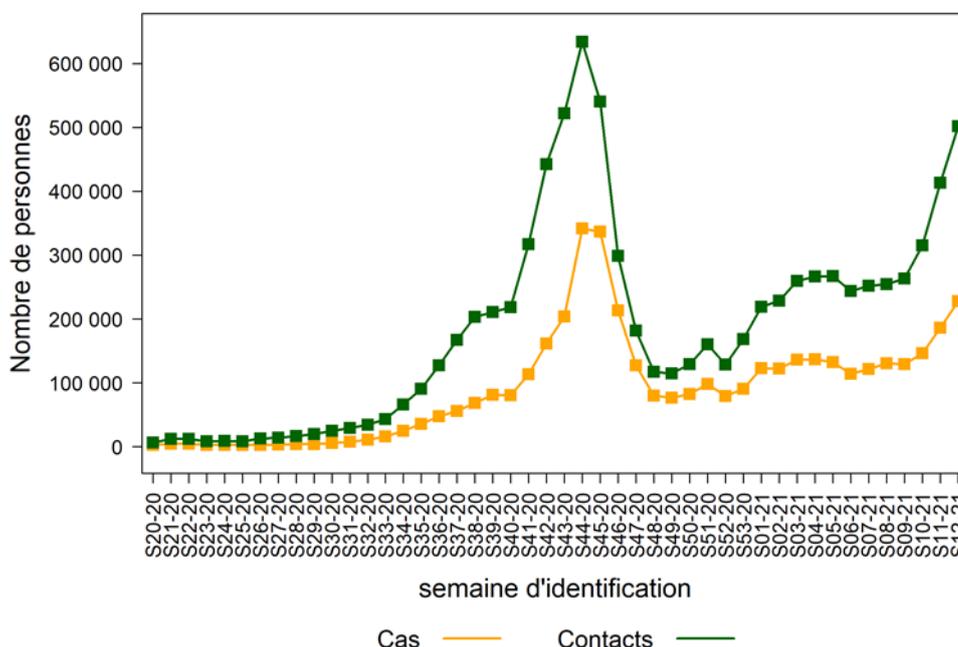
Le suivi des personnes contacts des cas de SARS-CoV-2 vise à : 1- limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas ; 2 - détecter et briser les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes-contacts à risque et leur isolement ; 3- repérer d'éventuels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

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

- En semaine 12, le **nombre total de nouveaux cas poursuivait sa forte augmentation** (228 090 cas contre 186 276 en S11, soit +22,4%), **ainsi que le nombre total de nouvelles personnes-contacts à risque** : 501 988 vs 413 369 en S11, soit +21,4% (Figure 13).

- **L'âge moyen des cas est en diminution depuis S02** (38 ans en S12 contre 45 ans en S02), ainsi que celui des personnes-contacts depuis S08 (28 ans en S12 contre 33 ans en S08). **Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus évolue aussi à la baisse** avec une valeur de 4,6% (contre 5,7% en S11 et 6,9% en S10).

Figure 13. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine, du 13 mai 2020 au 28 mars 2021, France

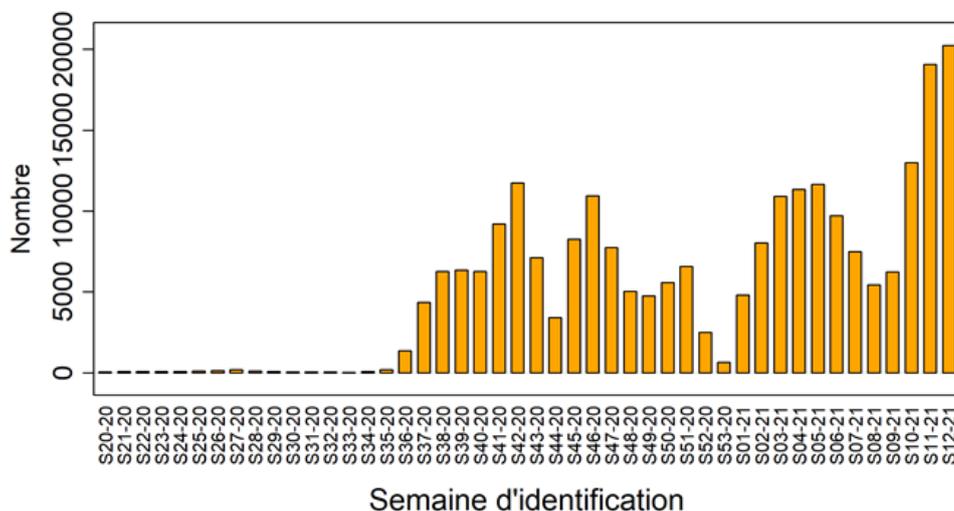


* Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique.

Source : ContactCovid – Cnam

- 20 253 cas ayant eu un **lien avec le milieu scolaire** ont été rapportés en S12, soit +6,2% par rapport à S11 (Figure 14) ; 57% de ces cas étaient des adolescents âgés de 10 à 18 ans et 22% étaient âgés de plus de 18 ans.

Figure 14. Nombre de cas rapportés ayant fréquenté un milieu scolaire (avant ou après le début des signes), par semaine, du 13 mai 2020 au 28 mars 2021, France



Source : ContactCovid - Cnam

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

- En semaine 12, la **proportion de cas (88%) et de personnes-contacts à risque (85%) ayant pu être investigués par l'Assurance maladie a continué de diminuer** (respectivement 91% et 89% en S11, et 94% et 93% en S10).
- 35% des personnes-contacts à risque ont été investiguées sans être appelées mais *via* un site Internet (contre 26% en S11 et 17% en S10). Selon les régions, cette proportion variait de 5% (Guyane) à 53% (Bretagne).

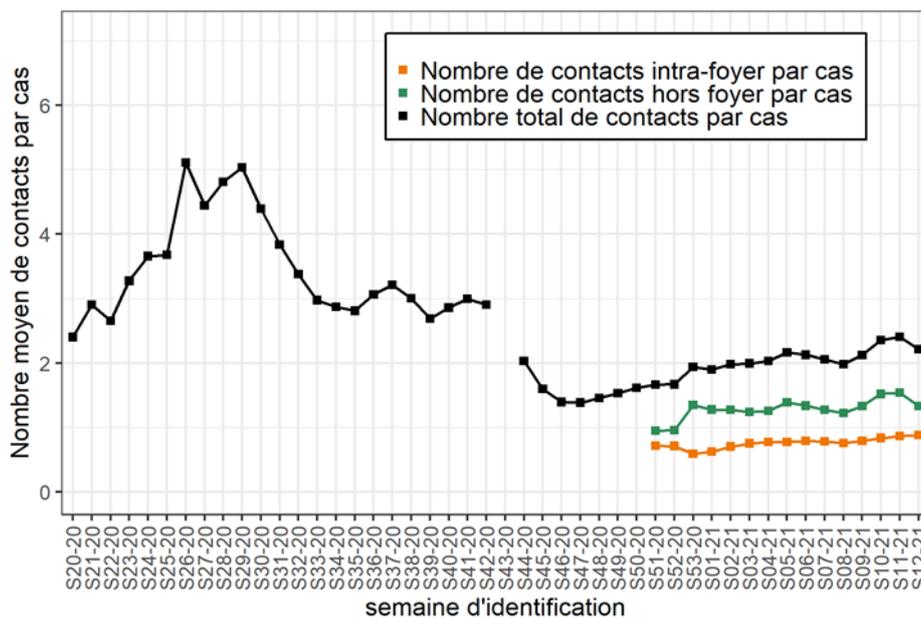
► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En semaine 12, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour diagnostic par RT-PCR ou tests antigéniques renseignés (soit 56,0% des cas), **le délai moyen de diagnostic était stable à 1,8 jour**. Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- En S12, le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas était stable à 2,2 (Figure 15).
- Lorsqu'une personne-contact était contactée *via* un site internet plutôt que par téléphone, et qu'elle devenait ensuite un cas, elle avait en moyenne davantage de personnes-contacts à risque (1,9 contre 1,3), ce qui témoigne d'un isolement moins bien respecté.
- Le pourcentage de cas ne rapportant aucune personne-contact à risque était stable (40,2% contre 40,5% en S11). Cette situation représentait 64,8% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 34,3% des cas âgés de 15 à 44 ans.
- Par ailleurs, 10,6% des cas rapportaient plus de cinq personnes-contacts à risque (stable par rapport à S11 : 10,7%). Cette situation représentait seulement 2,3% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 12,9% des cas âgés de 15 à 44 ans.

Figure 15. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas (intra-foyer, hors foyer et les deux confondus), par semaine, du 13 mai 2020 au 28 mars 2021, France



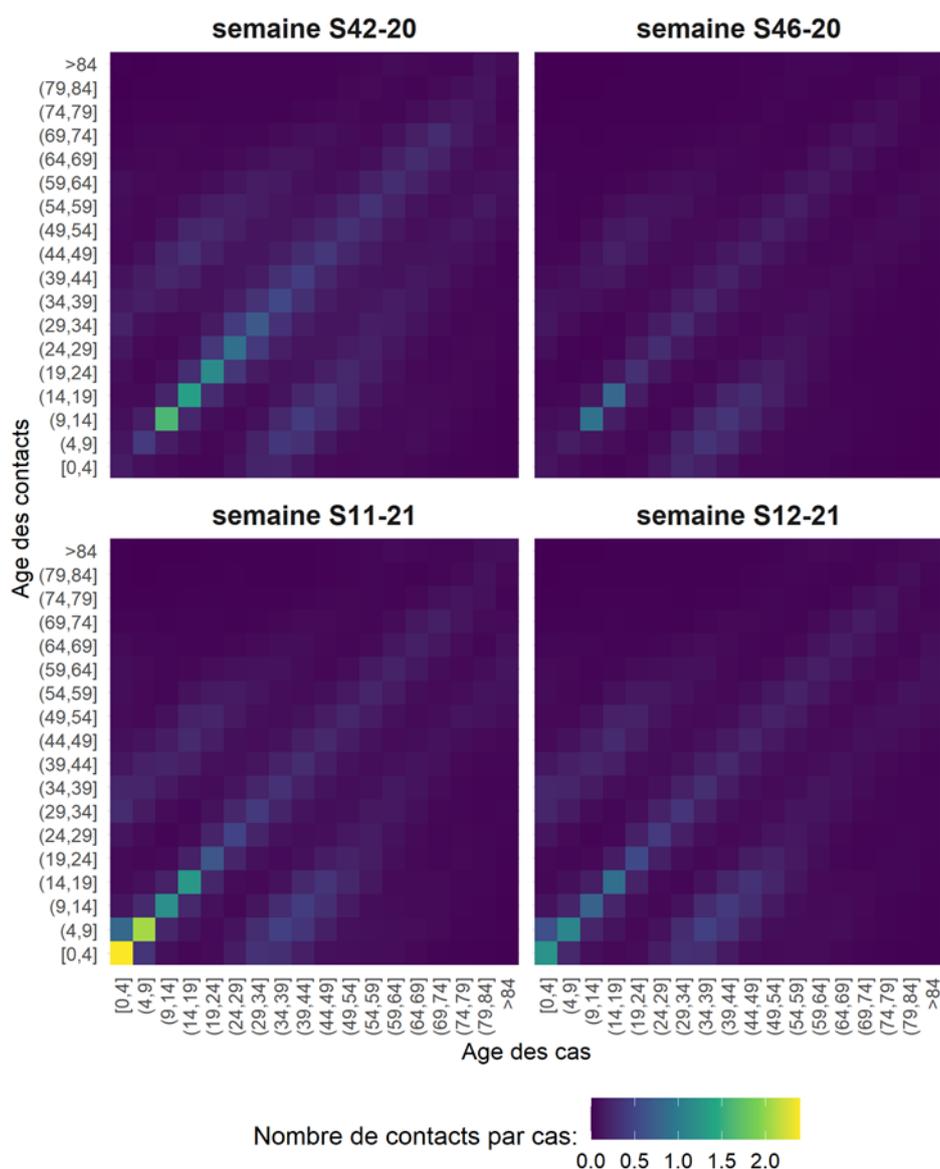
Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020. Les données sur le caractère intra-foyer des contacts à risque ne sont estimables qu'à partir de S51-2020.

Source : ContactCovid - Cnam

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

- En S12, les cas âgés de moins de 65 ans avaient peu de contacts avec des personnes âgées de 65 ans et plus (<6,5%). À l'inverse, plus de 26,2% des personnes-contacts des cas de plus de 65 ans avaient elles-mêmes plus de 65 ans.
- Pour toutes les classes d'âge de cas et de personnes-contacts, y compris pour les moins de 19 ans, le nombre de contacts à risque était globalement stable par rapport à S11 (Figure 16). La diminution apparente des personnes-contacts à risque entre les personnes de moins de 19 ans en S12 s'explique par un délai plus long de consolidation des données dans cette classe d'âge.

Figure 16. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas, en fonction de l'âge des cas et des personnes-contacts, pour les semaines 42-2020 (semaine de début d'un couvre-feu dans certains territoires), 46-2020 (deuxième confinement), 11 et 12-2021, France



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

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

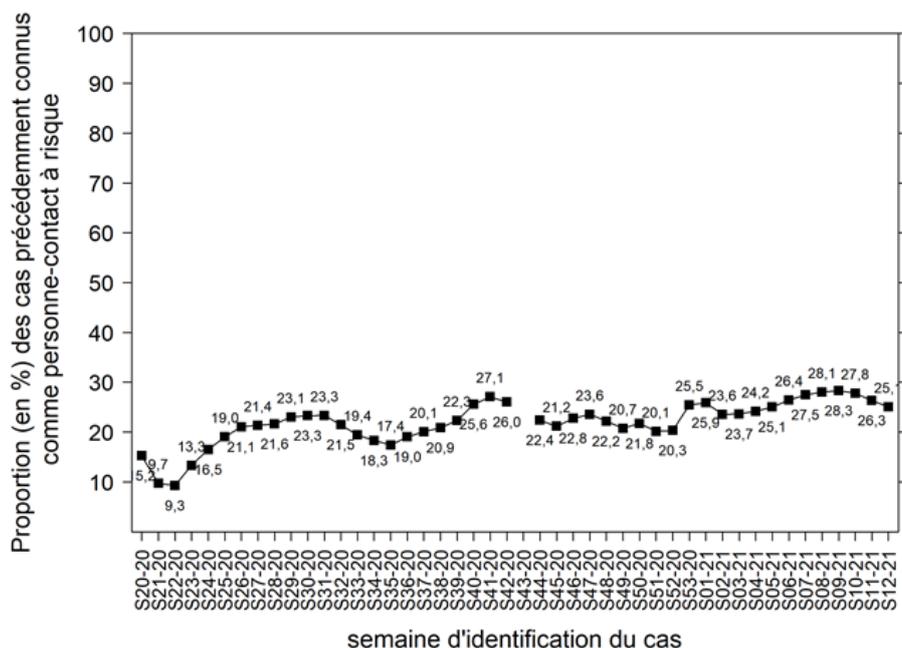
Source : ContactCovid – Cnam

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

- Au niveau national, la **proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque d'un autre cas était en nette diminution** sur les trois dernières semaines (25,1% en S12 contre 28,3% en S09 ; Figure 17).

- La **proportion des personnes-contacts devenues des cas était également en diminution** à 11,6% (personnes-contacts identifiées en S11, valeur non consolidée), contre 14,1% en S10 (valeur consolidée). Ce nombre était près de **deux fois plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques** (13,6%) que de cas asymptomatiques (7,4%), et **lorsque leur cas index appartenait au même foyer qu'elles** (18,9%) que lorsque cela n'était pas le cas (7,4%).

Figure 17. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 28 mars 2021, France



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

Source : ContactCovid - Cnam

► Mobilité des cas et des personnes-contacts

- En S12, le **pourcentage de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence habituelle était en diminution** pour la troisième semaine consécutive (2,4% contre 4,9% en S09).

- Le **pourcentage de cas ayant voyagé hors de France a également diminué** (0,6% contre 0,8% en S11).

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Le dispositif de surveillance des cas et des décès de COVID-19 en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) parmi les résidents et le personnel, mis en place par Santé publique France le 27 mars 2020, a évolué le 19 mars 2021 (l'ancienne application a été fermée à partir du 16/03/2021, jusqu'à la mise en production de la nouvelle application le 19/03/2021, permettant l'intégration des données historiques). De ce fait, de nombreux établissements sociaux et médico-sociaux actualisent encore cette semaine leurs données. Ainsi, les données issues de la surveillance ESMS COVID-19 des semaines 11 et 12 ne sont pas consolidées.

- Du 1^{er} mars 2020 au 28 mars 2021, **29 251** signalements d'un ou plusieurs cas de COVID-19 biologiquement confirmés ou non ont été déclarés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à Santé publique France *via* le [portail national des signalements](#) du ministère de la Santé (Tableau 4).
- Il s'agissait de **17 723 (61%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD et autres EHPA) **et 11 528 (39%) dans les autres ESMS** (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 4).
- Parmi les 29 251 signalements en ESMS, **201 766 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents (Tableau 4). Parmi les **26 044 décès survenus dans les établissements**, 25 761 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 4. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'ESMS, chez les résidents et le personnel, rapportés entre le 1^{er} mars 2020 et le 28 mars 2021, France

		EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
	Signalements ⁵	17 723	9 153	1 080	1 295	29 251
Chez les résidents	Cas confirmés ⁶	171 944	25 856	1 373	2 593	201 766
	Décès ⁷ hôpitaux	10 246	485	0	114	10 845
	Décès ⁷ établissements	25 761	245	0	38	26 044
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	84 640	18 674	1 449	1 217	105 980

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

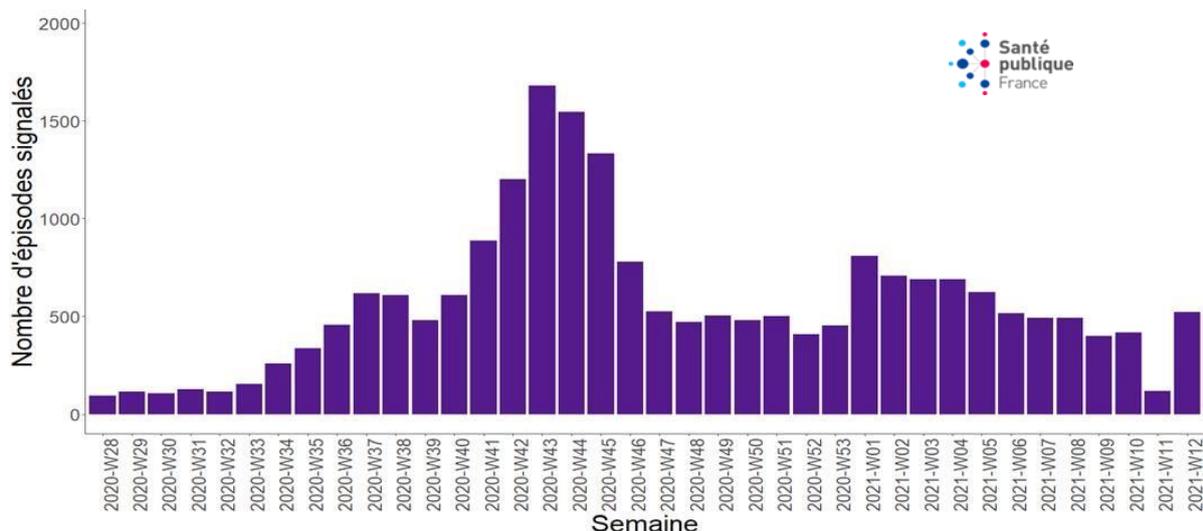
⁵ Signalement d'au moins un cas de COVID-19 confirmé ou possible

⁶ Cas de COVID-19 biologiquement confirmés

⁷ Cas possibles et confirmés décédés

- Depuis la semaine 05-2021, une **diminution du nombre de signalements était observée**. En semaine 11, on enregistrait 117 signalements et 521 en semaine 12. Les données de S11 et S12 ne sont pas consolidées en raison de la mise en production de la nouvelle application en semaine 11-2021 (Figure 18).

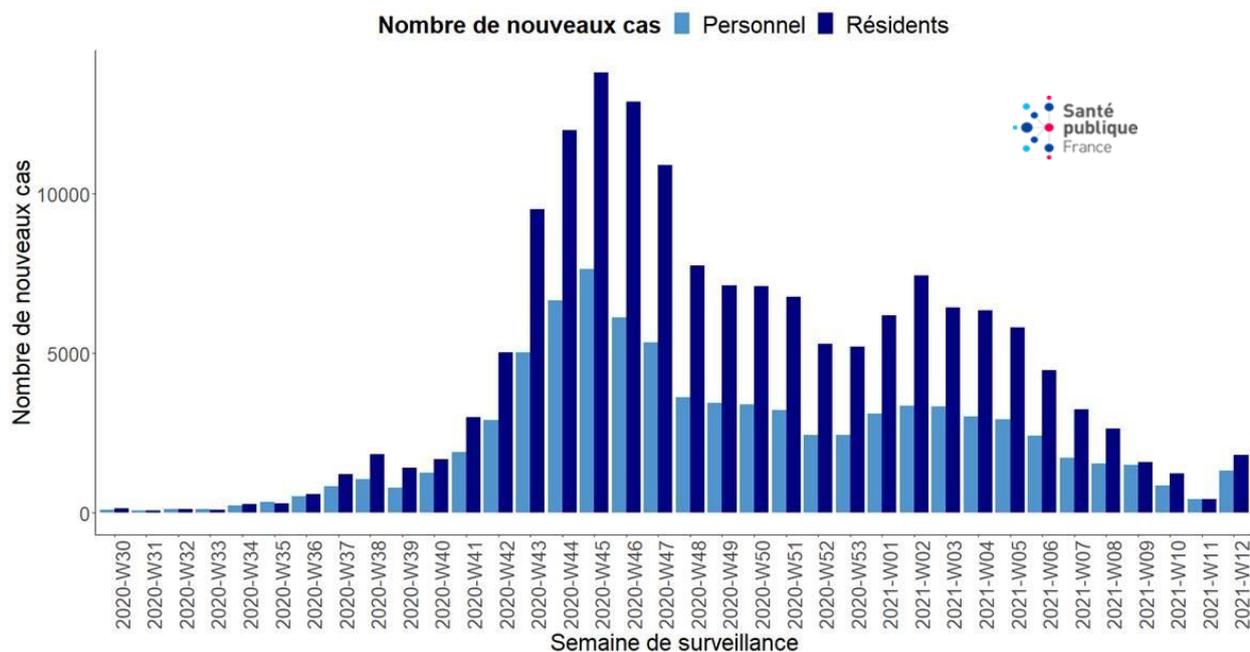
Figure 18. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 en ESMS, par date de début des signes du premier cas, entre le 06 juillet 2020 et le 28 mars 2021, France



Semaines 11 et 12-2021 : données non consolidées.
Possible sous-déclaration en S11 rattrapée en S12 en raison de la mise à jour de l'application.

● Le nombre de cas confirmés a augmenté en semaines 01 et 02-2021 puis s'est stabilisé autour de 9 300 cas jusqu'à début février. **Depuis la semaine 06, le nombre de cas confirmés était en diminution.** En semaines 11 et 12-2021, 838 et 3 148 cas ont été enregistrés respectivement. À noter que les données des semaines 11 et 12-2021 ne sont pas consolidées. (Figure 19).

Figure 19. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 28 mars 2021, France

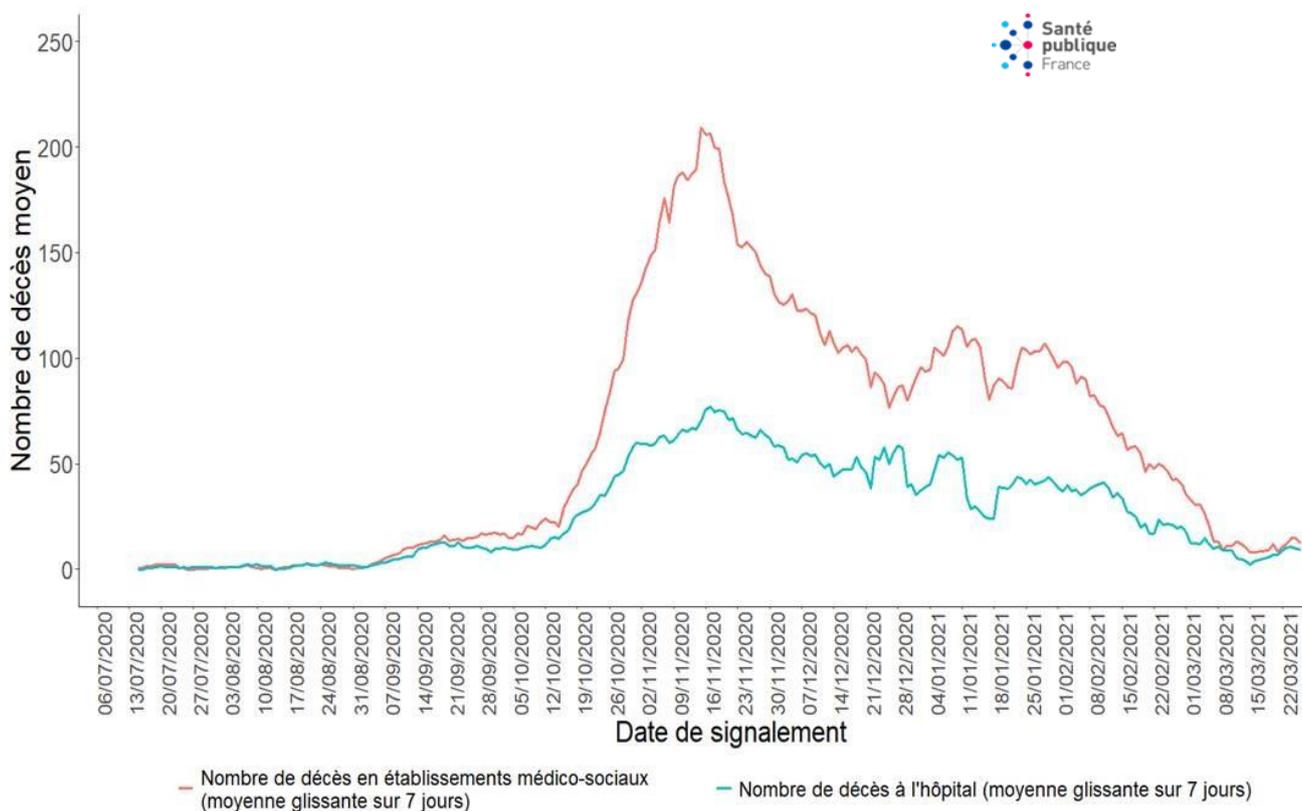


Semaines 11 et 12-2021 : données non consolidées.
Possible sous-déclaration en S11 rattrapée en S12 en raison de la mise à jour de l'application.

● Une diminution du nombre de décès en établissement est observée depuis la semaine 05-2021. En semaine 12, 102 décès ont été enregistrés (données non consolidées).

● Le nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès dans l'ensemble des ESMS **semble se stabiliser pour les décès en établissement et ceux à l'hôpital**. Cette tendance à la baisse se confirme depuis plusieurs semaines (Figure 20).

Figure 20. Nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents en ESMS, par date de signalement du décès, rapportés entre le 15 juillet 2020 et le 28 mars 2021, France*



*Dernières données de décès le 22 mars 2021 pour l'estimation de la moyenne glissante sur 7 jours.

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **417 825 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 30 mars 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période) (Figure 21).

- **En semaine 12 (du 22 au 28 mars 2021), 11 360 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (9 460 passages en S11). Ce chiffre était **en hausse pour la troisième semaine consécutive** (+20% en S12 et +17% en S11) (Figure 21).

- La part d'activité était en hausse (4,1% en S12 vs 3,6% en S11) et le nombre d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était stable à 54% (vs 55% en S11).

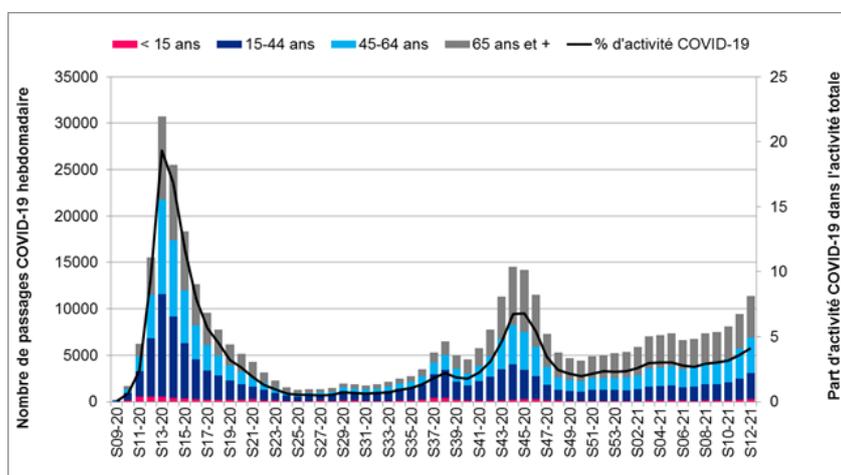
- Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en hausse dans toutes les classes d'âge : chez les moins de 15 ans (+28%, soit +61 passages), les 15-74 ans (+21%, soit +1 474 passages) et les 75 ans et plus (+18% soit +366 passages).

La **répartition du nombre de passages par classe d'âge** restait **comparable à la semaine précédente** : 0-4 ans (1%), 5-14 ans (1%), 15-44 ans (24%), 45-64 ans (34%), 65-74 ans (18%), 75 ans et plus (21%) (Figure 21).

- **Au niveau régional**, les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 étaient en hausse dans toutes les régions à l'exception du Centre-Val de Loire, de la Corse et de Mayotte. Les hausses les plus marquées étaient observées en Nouvelle-Aquitaine (+26%, soit +107 passages), Pays de la Loire (+22%, soit +75 passages), Bourgogne-Franche-Comté (+22%, soit +84 passages), Auvergne-Rhône-Alpes (+21%, soit +226 passages), Occitanie (+17%, soit +80 passages) et Île-de-France (+15%, soit +458 passages). Dans les DOM, les passages étaient en hausse à la Réunion (+35%, soit +28 passages), en Guadeloupe (+34%, soit +15 passages) et en Guyane (+54%, soit +7 passages).

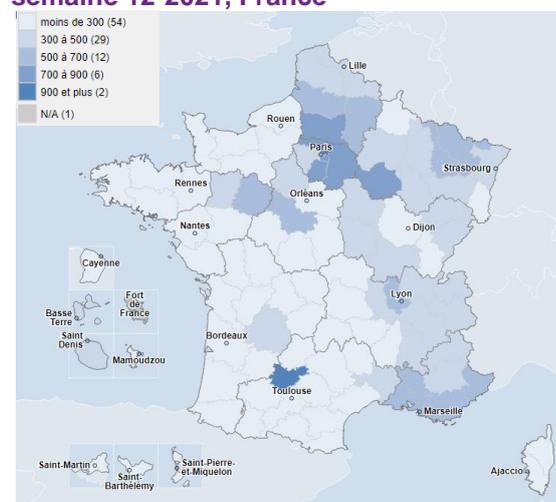
- En semaine 12, comme au cours des semaines précédentes, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, **la majorité était enregistrée en Île-de-France (32%)**, Provence-Alpes-Côte d'Azur (12%), Auvergne-Rhône-Alpes (12%) et Hauts-de-France (10%).

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



Source : OSCOUR®

Figure 22. Taux hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 12-2021, France



Source : OSCOUR®

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

NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

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

- Les estimations du nombre de reproduction effectif en **France métropolitaine** étaient **supérieures à 1 de façon significative à partir des trois sources de données**. Ainsi, au 27 mars 2021, l'estimation était de **1,18** (IC95% [1,18-1,19]) à partir des données virologiques (SI-DEP) et de **1,18** (IC95% [1,16-1,21]) à partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (OSCOUR®). Au 28 mars 2021, elle était de **1,09** (IC95% [1,07-1,11]) à partir des **données d'hospitalisation pour COVID-19** (SI-VIC) (Tableau 5 et Figure 23).

► Régions métropolitaines

- Au 27 mars 2021, les estimations des nombres de reproduction à partir des **données virologiques** SI-DEP étaient significativement supérieures à 1 dans toutes les régions métropolitaines, à l'exception de la Corse, où l'estimation était supérieure à 1, mais de façon non significative (Tableau 5).

- À partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (OSCOUR®), au 27 mars, les estimations des nombres de reproduction étaient également supérieures à 1 significativement dans toutes les régions métropolitaines, à l'exception de la Corse, où l'estimation était inférieure à 1 mais de façon non significative.

- À partir des **hospitalisations de patients COVID-19** rapportées dans SI-VIC, les estimations des nombres de reproduction au 28 mars étaient significativement supérieures à 1 dans neuf régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Île-de-France, Normandie, Occitanie et Pays de la Loire. Les estimations du nombre de reproduction des régions Corse, Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur étaient supérieures à 1, mais de façon non significative.

- **Les estimations des nombres de reproduction obtenues à partir des trois sources de données étaient significativement supérieures à 1 dans neuf régions métropolitaines** : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Île-de-France, Normandie, Occitanie et Pays de la Loire.

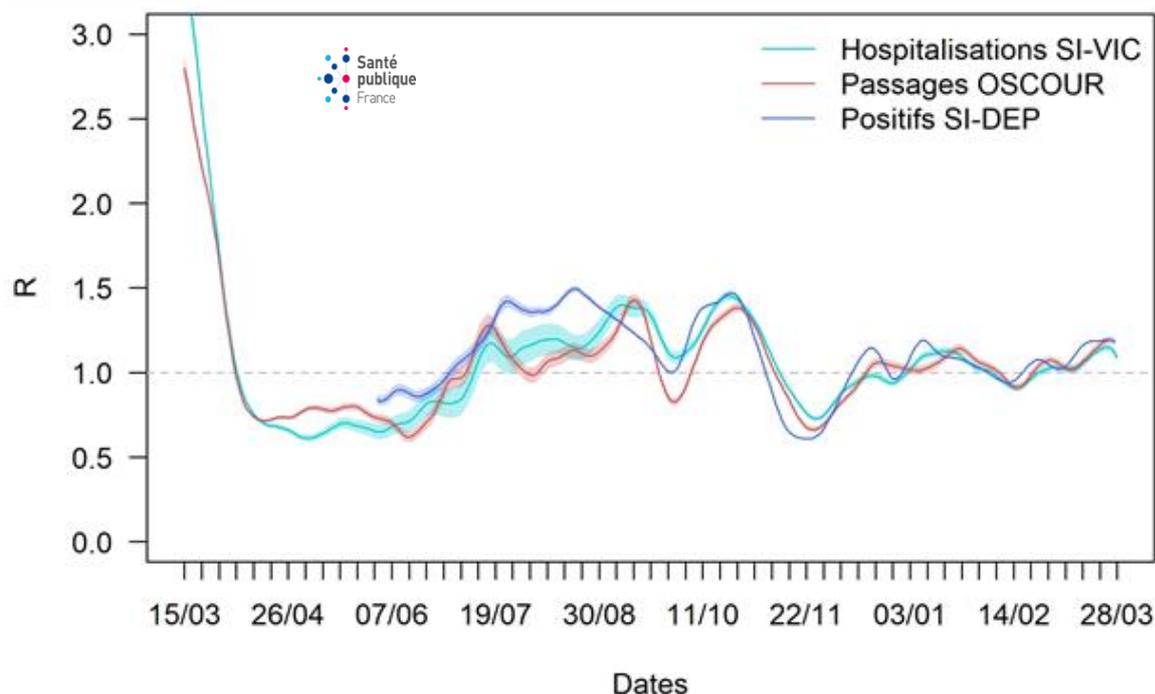
► Régions d'outre-mer

- Au 27 mars, les estimations du nombre de reproduction étaient **significativement supérieures à 1 en Guyane et en Martinique** à partir des données virologiques SI-DEP et **en Martinique** à partir des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC (Tableau 5).

- Le nombre de reproduction estimé excédait 1 mais non significativement à La Réunion à partir des trois sources de données, en Guadeloupe et en Guyane à partir des **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** (OSCOUR®) et en Guyane à partir des **hospitalisations pour COVID-19** rapportées dans SI-VIC.

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

Figure 23. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R-effectif) à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP), des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), du 15 mars 2020 au 28 mars 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 5. Nombre de reproduction effectif du 27 mars 2021 à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), et nombre de reproduction effectif du 28 mars 2021 à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), par région, France

Territoire	Région	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1,25 (1,24-1,27)	1,22 (1,16-1,29)	1,13 (1,07-1,19)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,28 (1,25-1,31)	1,22 (1,11-1,33)	1,15 (1,05-1,26)
	Bretagne	1,17 (1,14-1,20)	1,22 (1,08-1,36)	1,13 (1,01-1,26)
	Centre-Val de Loire	1,22 (1,20-1,25)	1,11 (1,00-1,24)	1,14 (1,03-1,26)
	Corse	1,03 (0,95-1,12)	0,91 (0,61-1,27)	1,24 (0,91-1,62)
	Grand Est	1,16 (1,14-1,18)	1,07 (1,00-1,15)	1,13 (1,06-1,20)
	Hauts-de-France	1,15 (1,14-1,16)	1,14 (1,07-1,21)	0,96 (0,91-1,01)
	Île-de-France	1,13 (1,12-1,13)	1,23 (1,19-1,27)	1,09 (1,05-1,13)
	Normandie	1,19 (1,17-1,21)	1,22 (1,10-1,34)	1,13 (1,03-1,22)
	Nouvelle-Aquitaine	1,22 (1,20-1,24)	1,19 (1,09-1,30)	1,02 (0,92-1,12)
	Occitanie	1,29 (1,27-1,31)	1,25 (1,16-1,34)	1,20 (1,11-1,29)
	Pays de la Loire	1,28 (1,25-1,30)	1,24 (1,12-1,36)	1,16 (1,05-1,27)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,19 (1,17-1,20)	1,10 (1,04-1,16)	1,04 (0,98-1,10)
	France métropolitaine	1,18 (1,18-1,19)	1,18 (1,16-1,21)	1,09 (1,07-1,11)
France ultramarine	Guadeloupe	0,91 (0,81-1,00)	1,22 (0,91-1,57)	0,71 (0,41-1,08)
	Guyane	1,62 (1,39-1,87)	1,45 (0,87-2,18)	1,25 (0,67-2,01)
	La Réunion	1,05 (0,99-1,11)	1,19 (0,97-1,42)	1,11 (0,90-1,35)
	Martinique	1,39 (1,28-1,50)	NA	1,71 (1,22-2,30)
	Mayotte	0,51 (0,43-0,58)	NC	0,33 (0,16-0,56)

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

Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

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

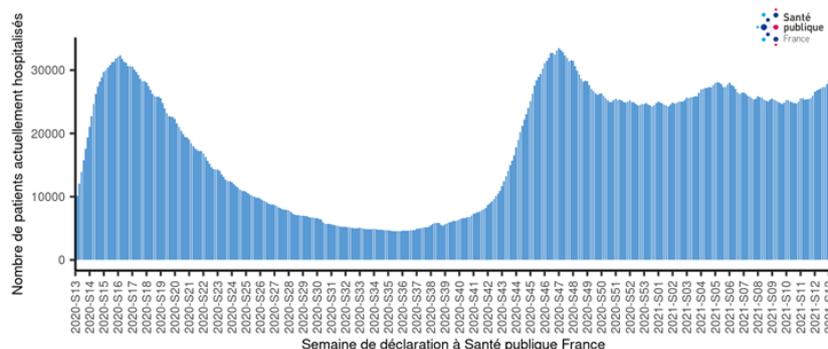
Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en services de soins critiques ou le décès d'un patient COVID-19 et la date de déclaration ou de mise à jour du statut du patient dans le système SI-VIC est fréquent. Les données par dates d'admission et de décès nécessitant en moyenne une semaine de consolidation,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

► Hospitalisations, admissions en services de soins critiques, décès

Patients actuellement hospitalisés et nombre total de décès

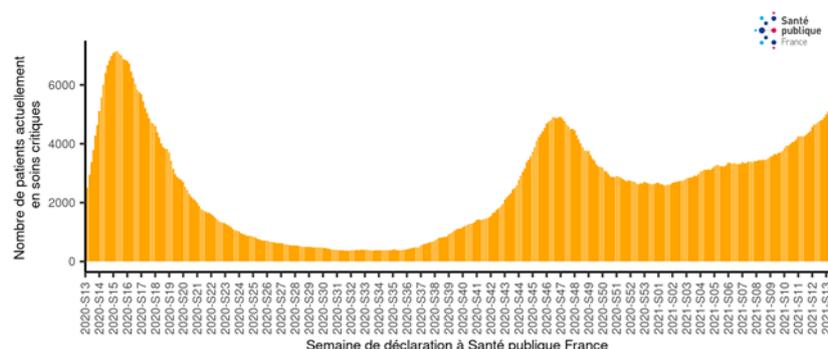
- Le 30 mars 2021, **28 570 patients COVID-19 étaient hospitalisés en France** (vs 26 818 le 23 mars, soit +7%) (Figure 24), dont :
 - **5 090 en services de soins critiques** (vs 4 655 le 23 mars, soit +9%) (Figure 25). Parmi ceux-ci, **3 827** étaient en services de **réanimation** et 1 263 dans d'autres services de soins critiques (soins intensifs ou soins continus) ;
 - 15 844 en hospitalisation conventionnelle (vs 14 654 le 23 mars, soit +8%) ;
 - 7 134 en soins de suite et réadaptation et 502 en autres unités de soins.

Figure 24. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 30 mars 2021)



Source : SI-VIC

Figure 25. Nombre de patients COVID-19 en services de soins critiques, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 30 mars 2021)



Source : SI-VIC

- Parmi les **391 021 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars 2020 (Tableau 6) :
 - L'âge médian des patients était de 74 ans et 52% sont des hommes ;
 - **69 320** patients sont décédés : 75% étaient âgés de 75 ans et plus et 58% étaient des hommes.

Tableau 6. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en services de soins critiques) le 30 mars 2021 et nombre de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

	Le 30 mars 2021				Depuis le 1 ^{er} mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Soins Critiques		Décès	
	N	%	N	%	N	%
Total	28 570		5 090		69 320	
Classes d'âge *						
Total	28 306		5 033		68 955	
0-14 ans	69	<1	11	<1	5	<1
15-44 ans	1 604	6	321	6	474	<1
45-64 ans	6 378	23	1 888	38	5 395	8
65-74 ans	6 799	24	1 935	38	11 441	17
75 et+	13 456	48	878	17	51 640	75
Régions *						
Total	28 510		5 072		69 293	
Métropole						
Auvergne-Rhône-Alpes	3 337	12	510	10	9 913	14
Bourgogne-Franche-Comté	1 220	4	154	3	4 098	6
Bretagne	742	3	108	2	1 314	2
Centre-Val de Loire	1 063	4	161	3	2 220	3
Corse	136	<1	13	<1	168	<1
Grand Est	2 508	9	446	9	8 829	13
Hauts-de-France	3 486	12	654	13	7 241	10
Île-de-France	7 325	26	1 525	30	16 683	24
Normandie	1 435	5	187	4	2 607	4
Nouvelle-Aquitaine	1 188	4	220	4	3 160	5
Occitanie	1 646	6	320	6	3 572	5
Pays de la Loire	907	3	133	3	2 259	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 165	11	527	10	6 649	10
Outre-mer						
La Réunion	171	<1	59	1	124	<1
Martinique	61	<1	19	<1	51	<1
Mayotte	36	<1	15	<1	120	<1
Guadeloupe	66	<1	15	<1	197	<1
Guyane	18	<1	6	<1	88	<1

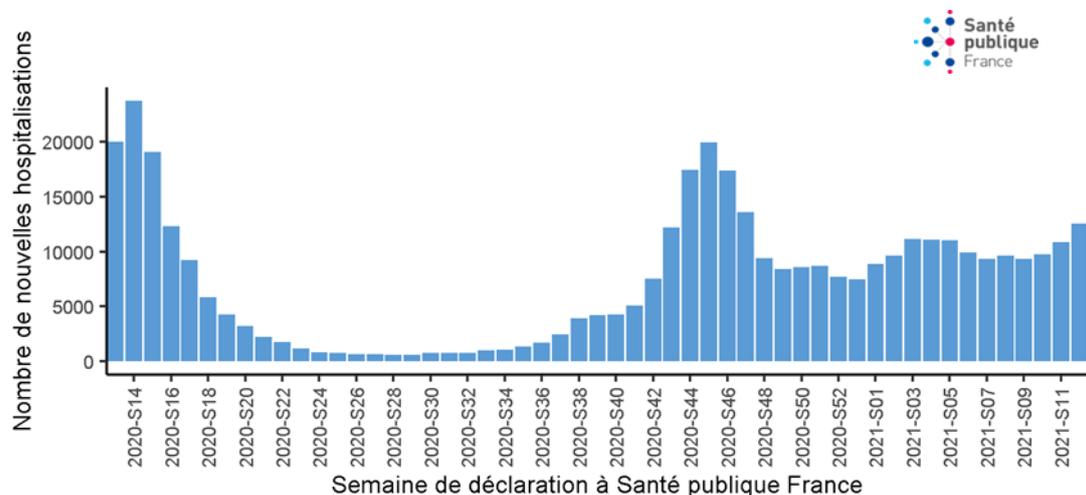
* L'information sur l'âge ou sur la région n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Source : SI-VIC

Nouvelles hospitalisations et nouveaux décès

● L'augmentation des **déclarations de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19** observée depuis S10 s'est poursuivie en S12 : **12 572** en S12 contre 10 881 en S11, soit **+16%** (Figure 26). En S12, 90% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

Figure 26. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 28 mars 2021)

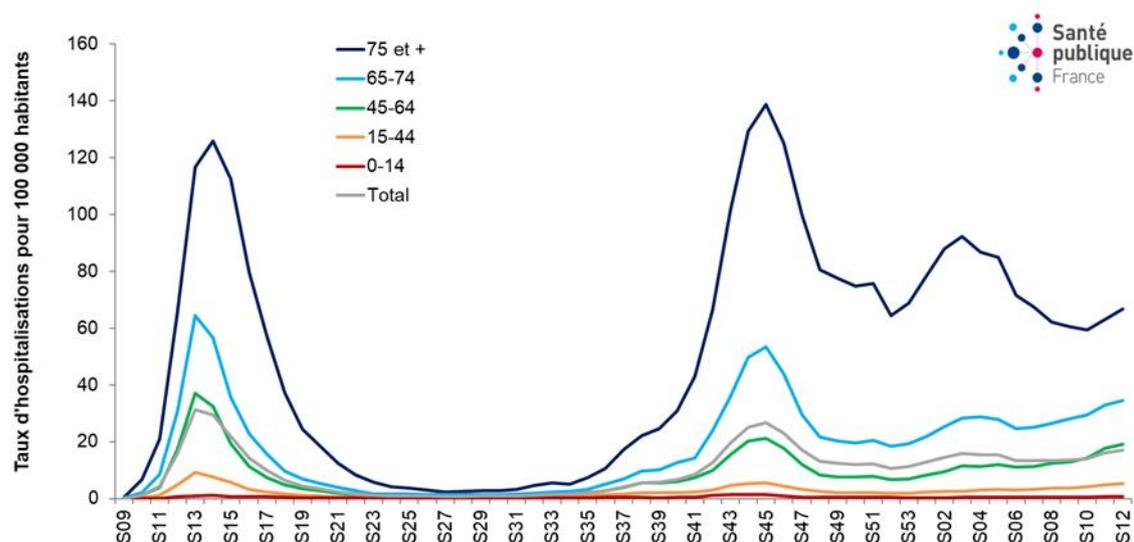


Source : SI-VIC

● Après consolidation, les **données par date d'admission à l'hôpital** montrent que le nombre de nouvelles hospitalisations avait continué d'augmenter en S11 (+13% par rapport à S10). Les données de S12 ne sont pas encore consolidées mais on note cependant une augmentation de +7% entre S11 et S12.

● Le taux d'hospitalisation par date d'admission a **augmenté dans toutes les classes d'âge** entre les semaines **01 et 03**. Il a continué à augmenter chez les 15-74 ans jusqu'en S12. **Chez les 75 ans et plus**, il avait nettement **diminué** entre **S03 et S10** (de 92,2 pour 100 000 en S03 à 59,3 en S10) et a de nouveau **augmenté** en **S11 et S12** (66,6 en S12, données non consolidées) (Figure 27).

Figure 27. Taux de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés par semaine et par classe d'âge selon la date d'admission, depuis le 02 mars 2020, France (données au 30 mars 2021)



S12 : données non consolidées

Source : SI-VIC

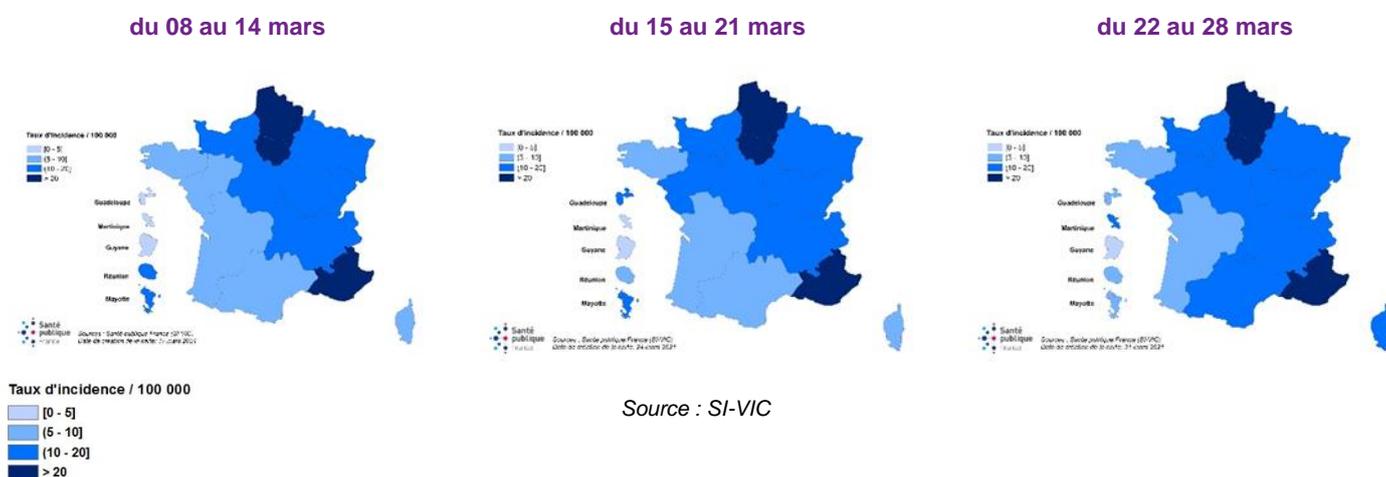
- En S12, le **taux hebdomadaire** d'hospitalisation par date de déclaration était de **18,7/100 000 habitants** contre **16,2** en S11.

- **En France métropolitaine, le taux hebdomadaire d'hospitalisation** était en augmentation **dans toutes les régions**. Les **plus fortes augmentations** étaient observées en **Corse** (+79%, soit +22 hospitalisations), en **Occitanie** (+51%), en **Bretagne** (+33%) et en **Auvergne-Rhône-Alpes** (+30%).

- Les **taux d'hospitalisation les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Île-de-France** (29,8/100 000 habitants), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (26,7/100 000 habitants) et **Hauts-de-France** (25,4/100 000 habitants). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 18,3 pour 100 000 habitants (Figure 28).

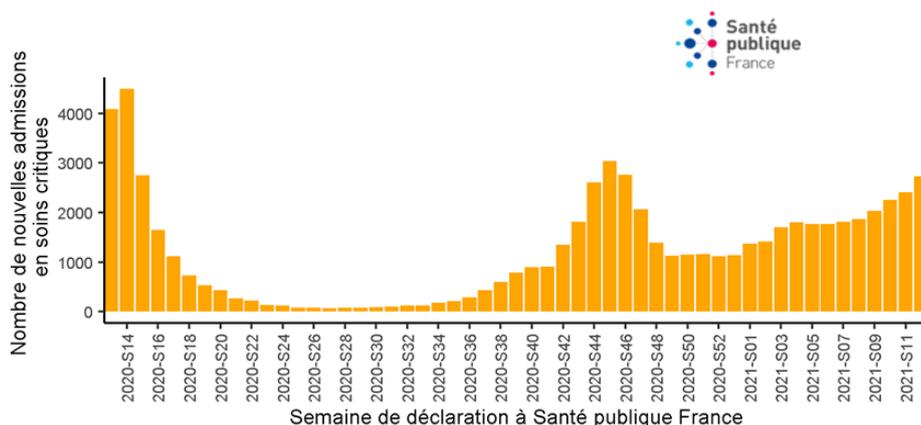
- **En Outre-mer, le plus fort taux d'hospitalisation** en S12 était encore observé en **Martinique** avec 10,0/100 000 habitants, en forte hausse par rapport à S11 (260%, soit +26 hospitalisations). Le taux d'hospitalisation était aussi en hausse en **Guyane** (+63%, soit + 5 hospitalisations). Il était en diminution à **Mayotte** (-63%, soit -27 hospitalisations) et en **Guadeloupe** (-32%, soit -15 hospitalisations). Il était stable à la **Réunion**.

Figure 28. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisation de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 08 au 28 mars 2021 (S10 à S12, date de déclaration), France



- L'augmentation du nombre de déclarations de **nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19** observée depuis S08 s'est poursuivie en S12 : **2 732** en S12 contre 2 411 en S11, soit **+13%** (Figure 29). Parmi ceux-ci :
 - 96% des patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19 ;
 - le nombre de nouvelles déclarations d'admissions en services de réanimation était de 1 890 (vs 1 636 en S11, soit +16%).

Figure 29. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques, selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 28 mars 2021)

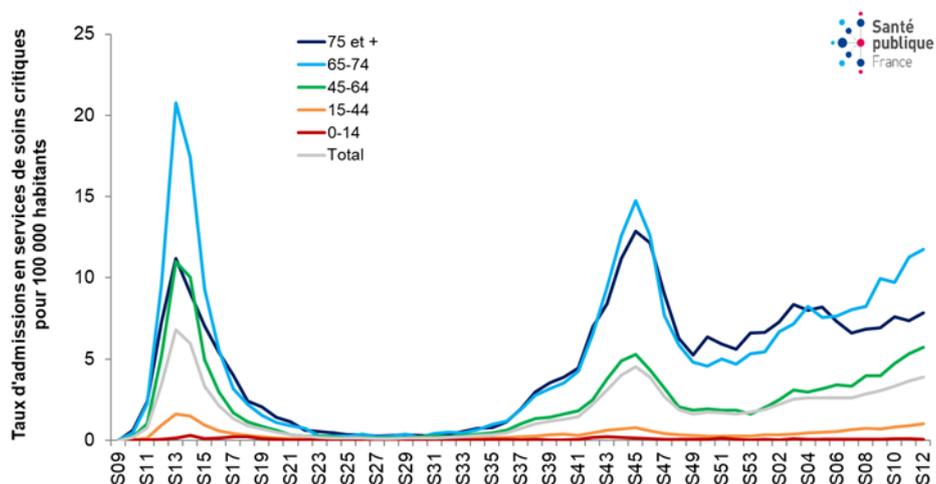


- Après consolidation, les **données par date d'admission en services de soins critiques** montrent que le nombre de nouvelles admissions avait continué d'augmenter en S11 (+10% par rapport à S10). Malgré la non-consolidation des données en S12, on note une augmentation de +7% entre S11 et S12.

- **Chez les 75 ans et plus**, après une **diminution entre S03 et S07 des taux d'admission en soins critiques** par date d'admission, une augmentation de ces taux était observée entre S07 et S12 (de 6,6 en S07 à 7,9 en S12 ; données non consolidées en S12).

Dans **les autres classes d'âge de 15 ans à 74 ans**, on constate **une augmentation des taux d'admission en soins critiques depuis la semaine 03** (Figure 30).

Figure 30. Taux d'admission 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 30 mars 2021)



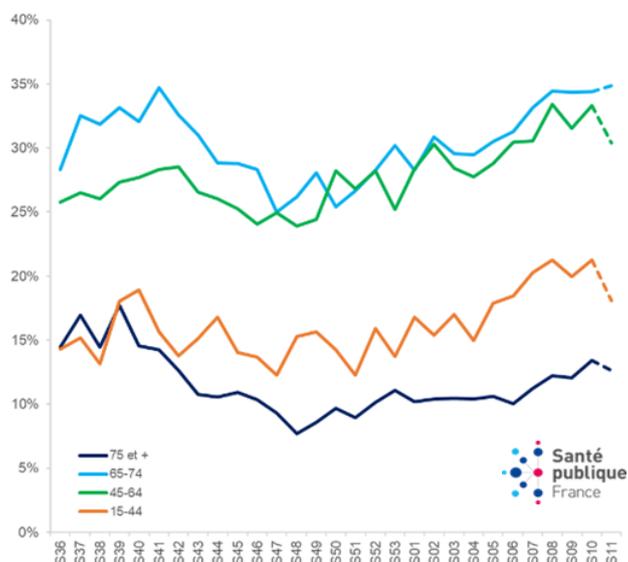
S12 : données non consolidées

Source : SI-VIC

- La proportion de patients hospitalisés en services conventionnels, transférés (ou directement admis) en service de soins critiques montre depuis début décembre 2020 une tendance à **l'augmentation du risque d'être admis en soins critiques**. Cette tendance pourrait témoigner d'une plus grande sévérité des cas. L'augmentation tend à se stabiliser chez les 15-74 ans depuis S08 (Figure 31). Sur cette figure, du fait du délai de quelques jours entre l'hospitalisation et l'admission en services de soins critiques, les données de S11 ne sont pas encore consolidées.

- Parmi les patients admis en services de soins critiques, **55%** ont été **directement admis**, sans hospitalisation conventionnelle préalable. **Cette proportion est similaire pour toutes les classes d'âges.**

Figure 31. Évolution hebdomadaire de la proportion (%) de patients hospitalisés en services conventionnels qui ont été transférés (ou directement admis) en service de soins critiques entre les semaines 36-2020 et 11-2021



S11 : données non consolidées

Source : SI-VIC

● Le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques par date de déclaration était de **4,1/100 000 habitants** en S12 contre **3,6** en S11.

● En France métropolitaine, le **taux d'admission en services de soins critiques** en S12 était en **augmentation** dans toutes les régions, **excepté** en **Bourgogne-Franche-Comté** (-15%), en **Nouvelle-Aquitaine** (-6%) et en **Corse** (-50%, soit -3 admissions).

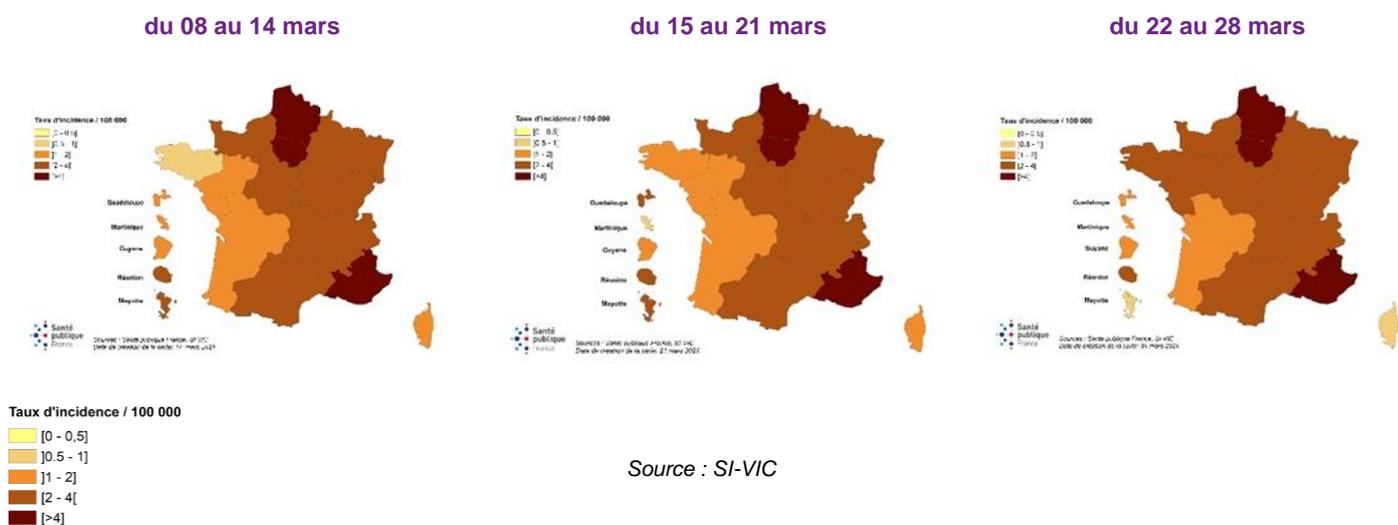
Une part de l'augmentation des admissions en services de soins critiques dans les régions **Pays de la Loire** (+46%), **Occitanie** (+37%) et **Bretagne** (+33%), est attribuable aux **évacuations sanitaires** en provenance de **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, **Hauts-de-France** et **Île-de-France**.

● Les **plus forts taux hebdomadaires d'admission en services de soins critiques** en métropole étaient encore rapportés en **Île-de-France** (7,4/100 000 habitants), **Hauts-de-France** (5,8), et **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (5,3). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 4,1 pour 100 000 habitants (Figure 32).

● En **Outre-mer**, le **plus fort taux hebdomadaire d'admission en services de soins critiques** en S12 était observé à **La Réunion**, en légère **augmentation** par rapport à S11 (3,0/100 000 habitants vs 2,8, soit +2 admissions). Il était aussi en augmentation en **Martinique** (2,0 en S12 vs 0,8 en S11 soit +4 admissions). À **Mayotte**, il poursuivait sa **diminution** observée depuis S08 (0,7/100 000 habitants en S12 vs 2,1 en S11, soit -4 admissions). Il était également en diminution en Guadeloupe (1,3 en S11 vs 2,7 en S11 soit -5 admissions).

Les effectifs réduits des admissions en services de soins critiques en Guyane ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

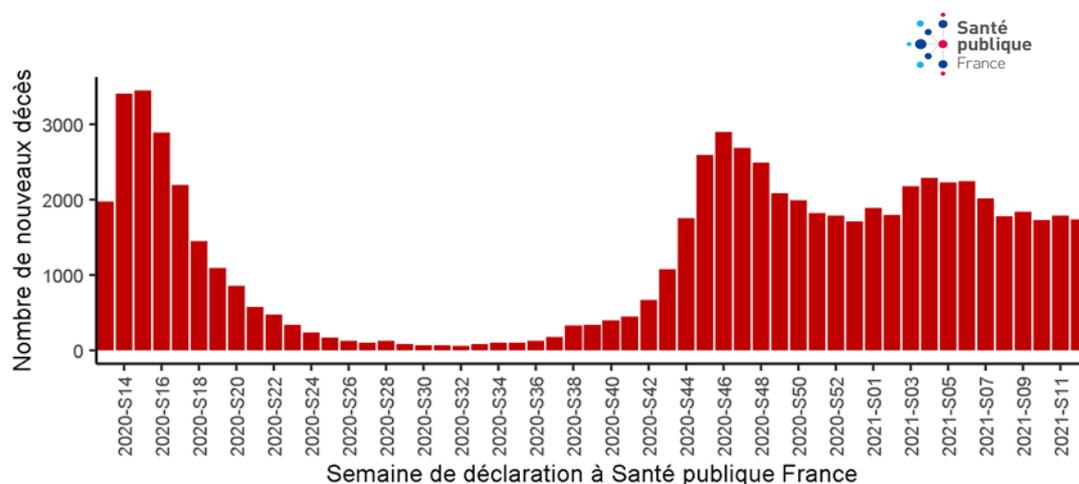
Figure 32. Évolution du **taux hebdomadaire d'admission en réanimation de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 08 au 28 février 2021 (S06 à S08, par date de déclaration), France**



- Après avoir diminué en S07 et S08, le nombre de **déclarations de décès** de patients COVID-19 survenus au cours d'une hospitalisation semble s'être stabilisé depuis S09 : **1 738** décès en S12 contre **1 789** en S11 (soit -3%). En S12, 87% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19. (Figure 33).

- Après consolidation, les **données par date de survenue du décès à l'hôpital** montrent que le nombre de décès **s'est stabilisé** en S11 (+4% par rapport à S10). Les données de S12 ne sont pas encore consolidées (-5% entre S11 et S12).

Figure 33. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 28 mars 2021)



Source : SI-VIC

- Le **taux hebdomadaire** de décès de patients COVID-19 était de **2,6/100 000 habitants** en S12, contre 2,7 en S11.

- Le **taux hebdomadaire de décès** en S12 était en augmentation en **Corse** (+75% soit +3 décès), en **Bretagne** (+26%), en **Grand-Est** (+16%) et en **Normandie** (+9%). Il était stable ou en diminution dans les autres régions de France métropolitaine.

- Les **plus forts taux hebdomadaires de décès** en métropole étaient encore rapportés en **Hauts-de-France** (3,9 pour 100 000 habitants), **Grand Est** (3,7), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (3,6) et **Île-de-France** (3,5). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 3,1 pour 100 000 habitants.

- **En Outre-mer, les plus forts taux hebdomadaires de décès** en S12 étaient observés à **La Réunion** (1,6/100 000 habitants), en **diminution** par rapport à S11 (2,6 en S11, soit -8 décès). Il était aussi en diminution à **Mayotte** (0,4 en S12 vs 4,7 en S11, soit -12 décès). Il était stable dans les autres régions d'outre-mer.

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

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

- Entre le 05 octobre 2020 et le 30 mars 2021, parmi les **9 255 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19, 70% étaient des hommes**. Cette proportion a diminué entre les périodes septembre-décembre 2020 et janvier-mars 2021 (72% vs 68%, $p < 0,001$). **L'âge médian des patients était également en légère diminution entre ces deux périodes, passant de 68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]) **à 67 ans** (IIQ : [57-74]) ($p < 0,001$). **La proportion de patients âgés de 65 ans et plus a diminué de façon significative** (63% vs 56%, $p < 0,001$). Au total, 130 étaient des professionnels de santé.

- **89% des patients admis en réanimation en septembre-décembre 2020 présentaient au moins une comorbidité contre 87% en janvier-mars 2021** ($p < 0,05$). Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient, **pour les deux périodes, l'hypertension artérielle, l'obésité (IMC $\geq 30 \text{ kg.m}^{-2}$) et le diabète** (Tableau 7).

- Parmi les 7 166 patients pour lesquels l'information était renseignée, **47% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour**. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 7 447 patients : **46% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 42% d'une ventilation invasive et 3% d'une assistance extracorporelle (ECMO/ECCO₂R) au cours de leur séjour en réanimation**. La comparaison de ces deux indicateurs par période est à ce jour peu informative du fait du nombre important de signalements toujours en cours pour lesquels ces indicateurs n'ont pas encore été renseignés.

- **1 795 décès** ont été rapportés à ce jour (dont neuf professionnels de santé) : 1 176 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 et 619 parmi les patients admis en janvier-mars 2021. **L'âge médian des personnes décédées était de 73 ans** (IIQ : [67-79]) ; **81% étaient âgées de 65 ans et plus et 95% présentaient au moins une comorbidité**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient **l'hypertension artérielle (54%), l'obésité (41% des cas décédés dont l'IMC était renseigné) et les pathologies cardiaques (38%)**. Un recul insuffisant ne permet pas à ce jour de comparer, entre les deux périodes d'étude, les caractéristiques des patients décédés.

- Entre le 05 octobre 2020 et le 30 mars 2021, **5 576 sorties de réanimation** ont été rapportées, 3 346 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 et 2 230 parmi ceux admis en janvier-mars 2021.

Tableau 7. Âge et comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 30 mars 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France

Classe d'âge	Septembre-Décembre 2020 (n=5 090)		Janvier-mars 2021 (n=4 165)	
	n	%	n	%
0-14 ans	11	<1	13	<1
15-44 ans	284	6	301	7
45-64 ans	1 583	31	1 510	37
65-74 ans	1 908	38	1 462	35
75 ans et +	1 277	25	846	20
Non renseigné	21		33	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	550	11	513	13
Au moins une comorbidité	4 410	89	3 531	87
Hypertension artérielle	2 273	46	1 888	47
Obésité (IMC>=30) ³	2 006	45	1 763	47
Diabète	1 564	32	1 153	29
Pathologie cardiaque	1 245	25	919	23
Pathologie pulmonaire	1 057	21	820	20
Pathologie rénale	442	9	337	8
Immunodépression	378	8	215	5
Cancer	361	7	265	7
Pathologie neuromusculaire	164	3	147	4
Pathologie hépatique	119	2	85	2
Autre	786	16	541	13
Non renseigné	130		121	

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

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

³ La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients dont l'IMC est renseigné (n=4 447 sur la période septembre-décembre 2020 et n=3 744 sur la période janvier-mars 2021).

SURVEILLANCE DES CAS DE COVID-19 CHEZ LES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Mise en place le 22 avril 2020, cette surveillance a pour objectif de recenser les professionnels salariés d'un établissement de santé (PES) d'hospitalisation, public ou privé, ayant été infectés par le SARS-CoV-2 depuis le 1^{er} mars 2020. Ces données sont déclarées chaque semaine par un référent de chaque établissement, et susceptibles d'être corrigées a posteriori au cours de la période de surveillance.

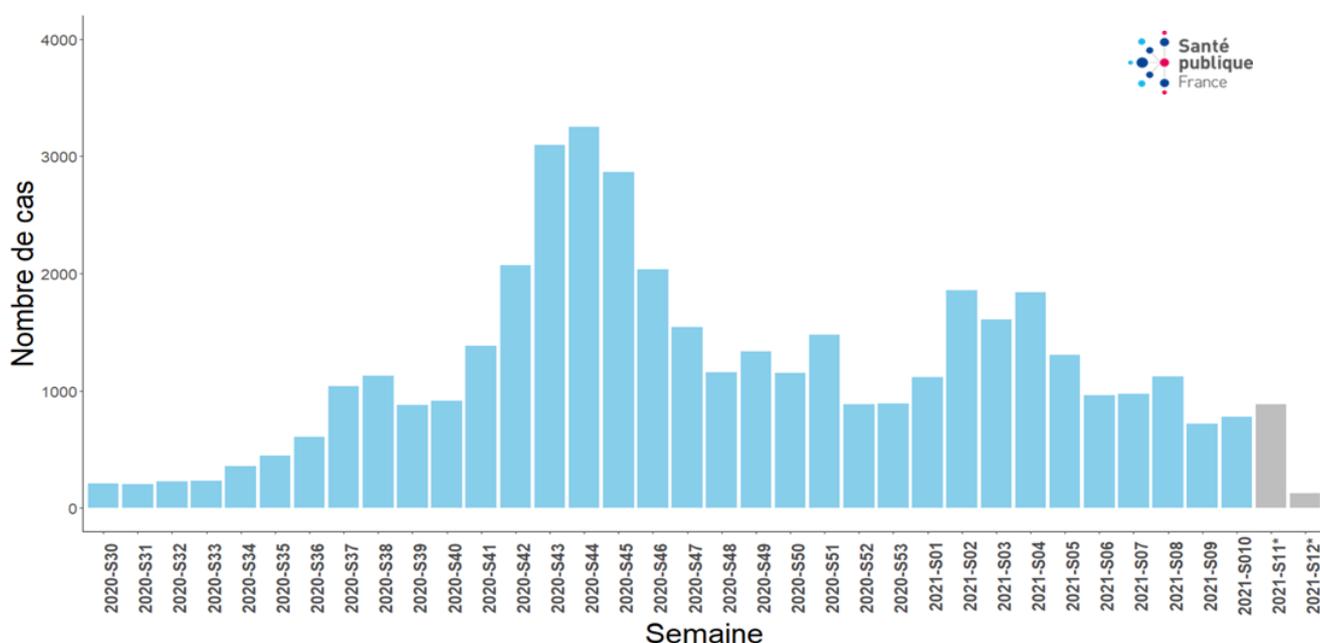
- Depuis le dernier bilan publié le 11 mars 2021, 3 257 cas supplémentaires ont été déclarés, portant à **76 089 le nombre de professionnels en établissement de santé (PES) infectés pour la période allant du 1^{er} mars 2020 au 29 mars 2021**. La répartition actualisée du nombre hebdomadaire de cas déclarés montre, après une relative stabilisation entre S08 et S10-2021, **une tendance à l'augmentation du nombre de cas à partir de S11**. Ces données sont à interpréter avec précaution, en raison d'une diminution du nombre d'établissements participants à partir de la semaine 08-2021. Les données des semaines 11 et 12 ne sont pas consolidées (Figure 34).

- Aucun décès supplémentaire lié à la COVID-19 n'a été déclaré depuis le dernier bilan. Au total, **19 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2** ont été enregistrés depuis le 1^{er} mars 2020, survenus chez cinq médecins, cinq aides-soignants, un infirmier, deux professionnels de santé classés « autres » et six professionnels non soignants. Parmi les décès déclarés, aucun n'est survenu depuis mi-décembre 2020.

- À partir du 13 avril 2020, il était demandé de renseigner la catégorie de service où avaient travaillé les professionnels dans les 15 jours précédant les symptômes. Cette donnée était disponible pour 36 423 PES parmi les 51 856 PES infectés recensés entre le 13 avril 2020 et le 29 mars 2021. La majorité de ces PES avait travaillé dans des services de médecine hors réanimation (N=13 475, 26%) (tableau 8).

- Depuis le début de l'épidémie, les établissements rapportant des cas de PES contaminés par le SARS-CoV-2 étaient en majorité des centres hospitaliers et hôpitaux locaux (N=32 252, 42%) et des centres hospitaliers régionaux/centres hospitalo-universitaires ou hôpitaux inter-armées (N=27 578, 36%) (tableau 9)

Figure 34. Nombre de PES atteints de COVID-19 déclarés dans les établissements de santé, par semaine, depuis le 13 avril 2020 (N=51 856), France (données au 29 mars 2021)



* Les données pour S11 et S12 sont en cours de consolidation.

Note. Les cas antérieurs au 13 avril 2020 (N=24 233) ont été signalés à Santé publique France de manière rétrospective et agrégée sans précision sur leur semaine de signalement.

Tableau 8 : Répartition par service des PES déclarés infectés par le SARS-CoV-2, depuis le 13 avril 2020 (données au 29 mars 2021, N=51 856), France

Service	Nombre de PES infectés	%
Médecine hors réanimation	13 475	26,0
Chirurgie	2 934	5,7
Obstétrique	781	1,5
Réanimation	1 315	2,5
SSR	3 605	7,0
SLD	2 464	5,1
Médico-technique	5 147	9,9
Autre	6 702	12,9
Inconnu	15 433	29,8
Total	51 856	100,0

SSR : soins de suite et réadaptation

SLD : soins de longue durée

Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : [SAE, données 2019](#)

Tableau 9 : Répartition par type d'établissement des PES déclarés infectés par le SARS-CoV-2, depuis le 1er mars 2020 (données au 29 mars 2021, N=76 089), France

Type d'établissement	Nombre de PES infectés	%
CH/Hôpital local	32 252	42,4
CHR/CHU/HIA	27 578	36,2
ES privés de soins de courte durée	7 343	9,7
CLCC	975	1,3
ES Psychiatrie	4 168	5,5
SSR-SLD	2 571	3,3
Soins ambulatoires ou à domicile	475	0,6
Inconnu	727	1,0
Total	76 089	100

CH : centre hospitalier

CHR : centre hospitalier régional

CHU : centre hospitalier universitaire

HIA : hôpital d'instruction des armées

ES : établissement de santé

CLCC : centre de lutte contre le cancer

SSR: soins de suite et réadaptation

SLD : soins de longue durée

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

► Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

- En raison du déploiement en cours de la nouvelle application pour le signalement des cas et des décès de COVID-19 en ESMS (*lire le chapitre « Surveillance dans les établissements sociaux et médico-sociaux »*), **les données de mortalité en ESMS sont incomplètes pour les semaines 11 et 12.**

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 30 mars 2021, **95 364 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **69 320** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **26 044** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 28 mars 2021).

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

- Au niveau national, **le nombre hebdomadaire de décès était stable en semaine 11**, avec 1 832 décès contre 1 811 en S10 (+1,2%, données non consolidées pour les ESMS). En semaine 12, **1 840** décès ont été recensés (données non consolidées pour les ESMS).

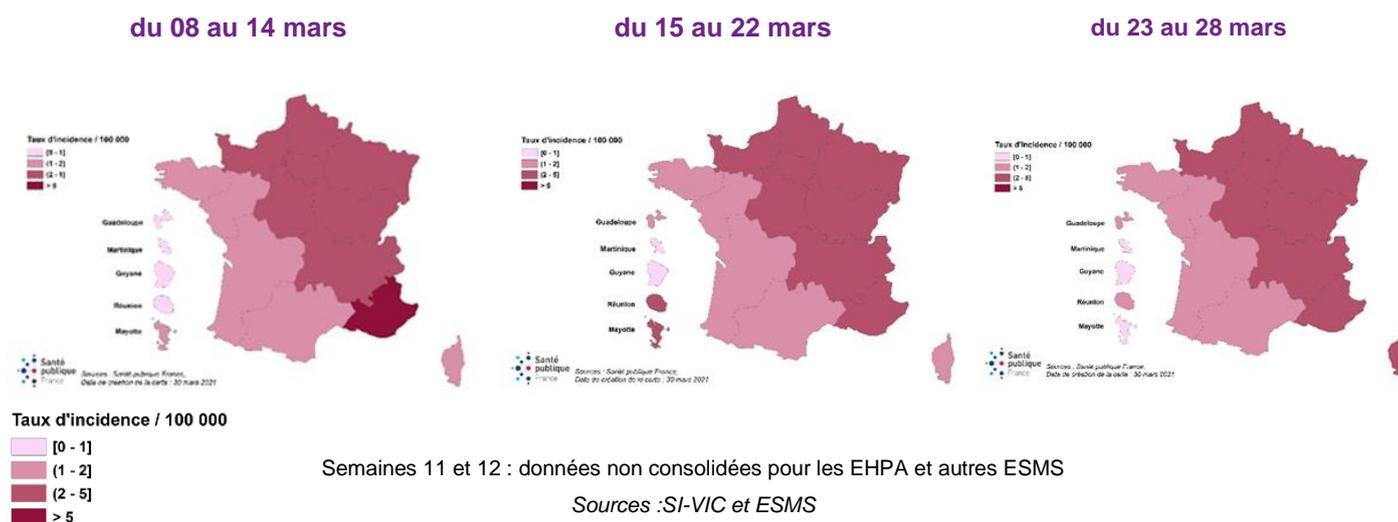
- En ESMS : les données en S11 et S12 n'étant pas complètes, les tendances ne peuvent pas être interprétées.

- En hospitalisation : **une tendance à la stabilisation** est observée depuis la semaine 08 (+4% entre S11 et S10 et -3% entre S12 et S11).

- À l'échelle nationale, le **taux hebdomadaire de décès en S11 et en S12** était de **2,7 pour 100 000 habitants** (données non consolidées pour les ESMS).

- En semaine 12 (données non consolidées pour les ESMS), les **plus forts taux de décès** par région rapportés à la population étaient observés en **Hauts-de-France** (3,9/100 000 habitants), **Grand Est** (3,9), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (3,7) et **Île-de-France** (3,5) (Figure 35).

Figure 35. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 08 au 28 mars 2021 (S10 à S12), 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, 41 502 certificats contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 10).

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

- Des comorbidités étaient renseignées pour 27 031 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 35% de ces décès et d'hypertension artérielle pour 22%.

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

- Pour la **semaine 12** (du 22 au 28 mars 2021), **934 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 23,1% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 36). Ce nombre de décès était **en légère diminution de 5,6% par rapport à la semaine précédente** (soit -55 décès). La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 59,2%.

- Parmi les 934 personnes décédées au cours de la semaine écoulée avec une mention de COVID-19 dans le certificat, 682 (73%) étaient âgées de 75 ans et plus, 180 (19%) de 65 à 74 ans et 68 (7%) de 45 à 64 ans. Quatre personnes décédées étaient âgées de 15 à 44 ans. La diminution des effectifs sur la semaine écoulée est observée dans toutes les classes d'âge.

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 28 mars 2021, France (données au 30 mars 2021)

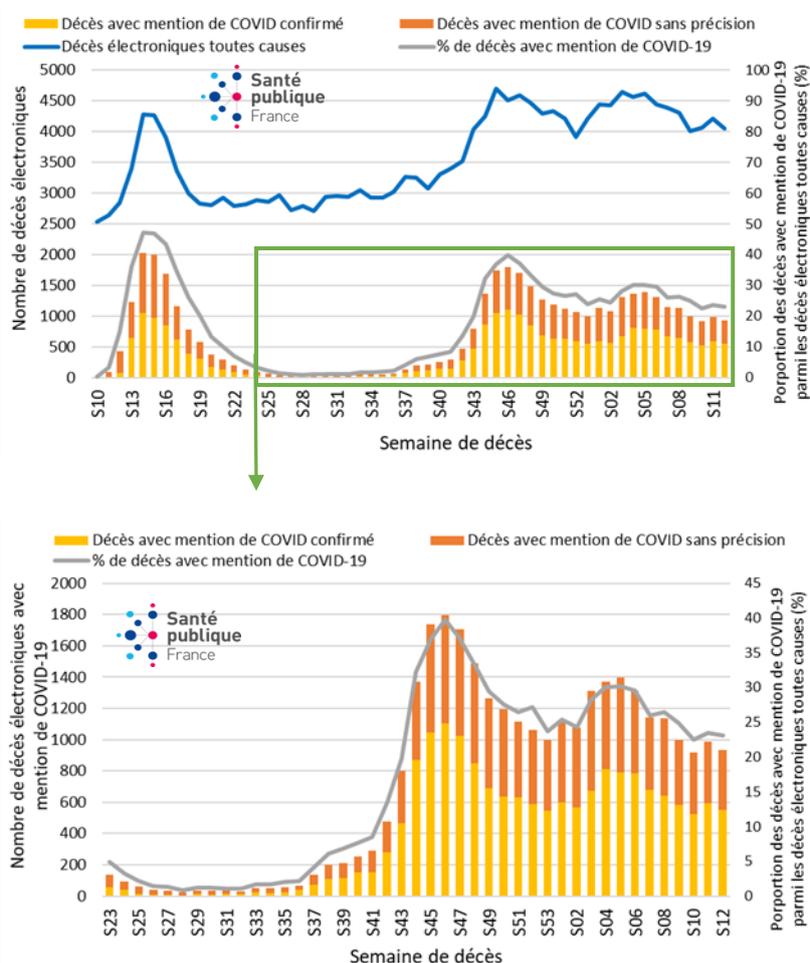


Tableau 10. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 29 mars 2021, France (données au 30 mars 2021)

Sexe	n	%
Hommes	22 677	55
Femmes	18 824	45

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	1	20	4	80	5	0
15-44 ans	78	33	162	68	240	1
45-64 ans	771	28	1 978	72	2 749	7
65-74 ans	1 808	30	4 260	70	6 068	15
75 ans ou plus	11 813	36	20 627	64	32 440	78
Tous âges	14 471	35	27 031	65	41 502	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	9 554	35
Hypertension artérielle	5 990	22
Diabète	4 335	16
Pathologie respiratoire	3 571	13
Pathologie rénale	3 565	13
Pathologies neurologiques *	2 341	9
Obésité	1 561	6
Immunodéficience	609	2

* Ce groupe inclut les pathologies neurovasculaires et neuromusculaires

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

► Mortalité toutes causes

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

● **Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis S40-2020 (du 28 septembre au 04 octobre 2020) jusqu'en S11-2021 (du 15 au 21 mars 2021).** Les effectifs avaient atteint un premier pic en semaines 45 et 46-2020 (atteignant respectivement +33% et +31% par rapport à la mortalité attendue) puis un deuxième, de moindre amplitude, en semaine 03-2021 (atteignant +22%). **En semaine 11, le nombre de décès repartait en légère hausse, après une diminution observée depuis la semaine 04** (Tableau 11 et Figure 37).

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

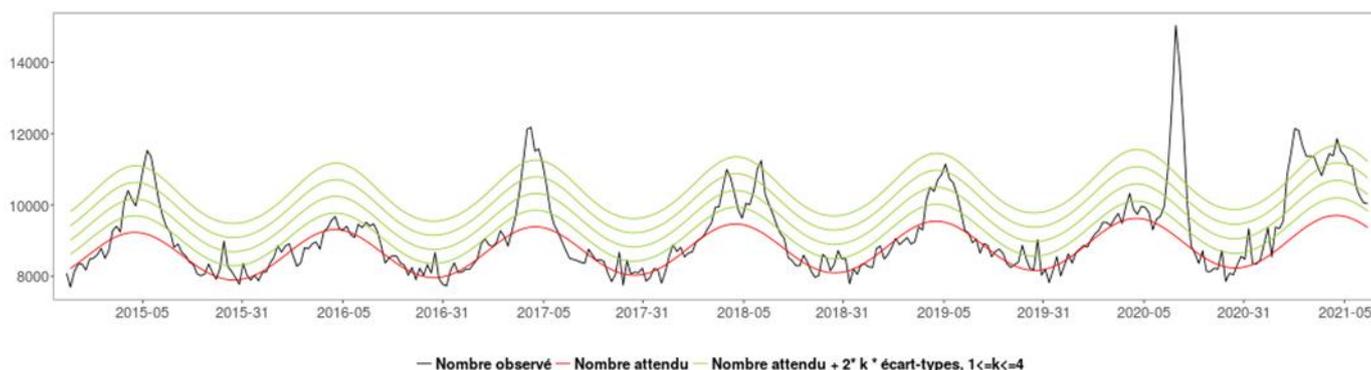
Tableau 11. Estimation de la proportion (%) de l'excès de décès par rapport à la mortalité attendue, tous âges confondus, dans un échantillon de 3 000 communes, de la semaine 01 à la semaine 10-2021, France

Semaine	2021									
	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07	S08	S09	S10
%	+18	+17	+22	+18	+17	+15	+15	+10	+8	+7

Estimations non consolidées pour les semaines 08 à 10

Sources : Santé publique France, Insee

Figure 37. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 35-2014 à la semaine 11-2021, France



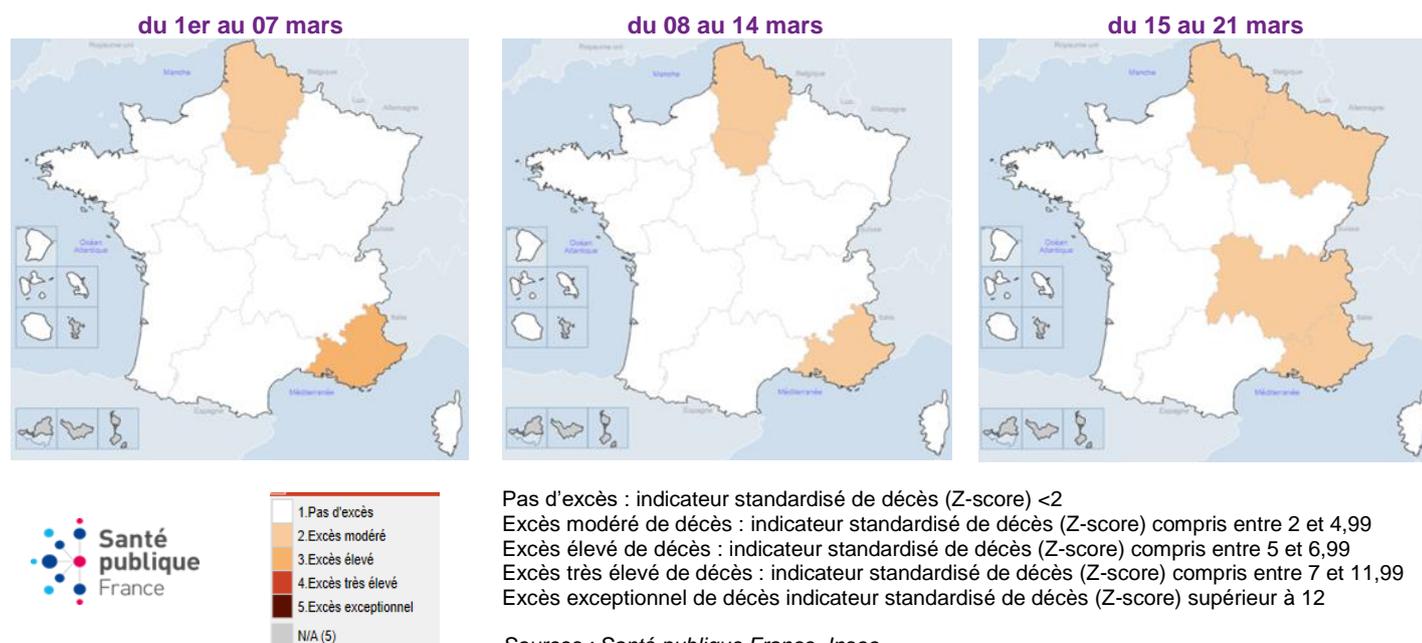
Sources : Santé publique France, Insee

● Au niveau régional, le nombre de décès toutes causes confondues repartait à la hausse de façon marquée en Provence-Alpes-Côte d'Azur et de façon plus modérée en Auvergne-Rhône-Alpes et Grand Est. Dans les Hauts-de-France et en Île-de-France, le nombre de décès restait stable et significativement supérieur à celui attendu jusqu'en semaine 11. Ces dynamiques restent à confirmer avec la consolidation des données.

● Au total, **le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en S08 dans cinq régions, en S09 et S10 dans trois régions, en S11 dans cinq régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Grand-Est, Hauts-de-France, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur** (Figure 38).

NB. Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes, en particulier sur les semaines 07 à 10-21, et seront consolidées dans les prochaines semaines. **En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer la part de la mortalité attribuable à l'épidémie de COVID-19.**

Figure 38. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues pour les semaines 09, 10 et 11-2021, par région, France (données au 30 mars 2021)



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

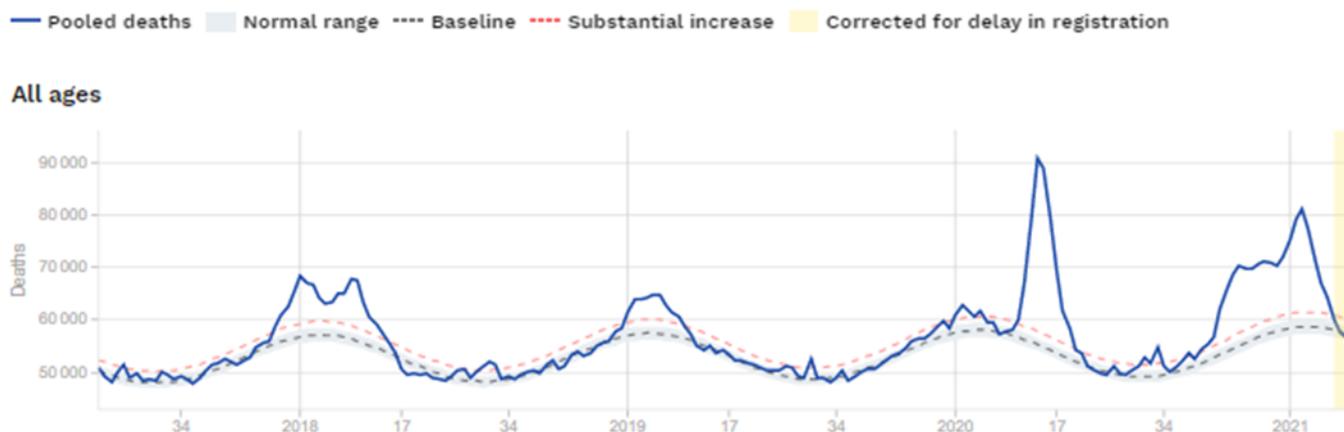
Pour en savoir + sur les évolutions de la mortalité toutes causes, consulter la page des [Bulletins SurSaUD®](#)

► Mortalité à l'échelle européenne

- Parmi les 27 pays ou régions qui participent au [consortium EuroMOMO](#) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité était notée depuis le début du mois d'octobre 2020, qui s'était accrue à partir de S43 jusqu'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 s'observe depuis la semaine 04 jusqu'à revenir dans les marges de fluctuation habituelles de la semaine 08 à la semaine 11. Cette dynamique reste à confirmer avec la consolidation des données de chaque pays/région** (Figure 39).

- En semaines 09 et 10, seuls la France, l'Italie, l'Espagne, le Portugal et Israël observaient des excès de mortalité, à des niveaux modérés.

Figure 39. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 27 pays/régions européens, de la semaine 17-2017 à la semaine 11-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 24 mars 2021)



Source : EuroMOMO

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Elle est désormais ouverte à l'ensemble des personnes appartenant [aux catégories suivantes](#) : les personnes de 70 ans et plus (depuis le 27 mars) ; les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), en unités de soins de longue durée (USLD) ou hébergées en résidences autonomie et résidences services ; les personnes ayant une pathologie à un très haut risque de développer une forme grave de COVID-19 ([liste des pathologies](#)) ; les personnes en situation de handicap hébergées en maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou en foyers d'accueil médicalisés (FAM) ; les personnes de 50 à 69 ans inclus souffrant d'au moins une comorbidités ([liste des comorbidités](#)) (depuis le 25 février) ; les résidents de 60 ans et plus dans les foyers de travailleurs migrants (FTM). Sont également concernés les professionnels du secteur de la santé et du secteur médico-social avec notamment : les professionnels de santé, professionnels des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux (les personnels employés par l'établissement et les personnels d'entreprises prestataires), les professionnels des résidences services, les professionnels des centres d'hébergement spécialisés pour les personnes atteintes de la Covid-19, les professionnels de l'aide à domicile et les salariés du particulier employeur intervenant auprès de personnes âgées et handicapées vulnérables (recevant l'APA ou la PCH), les sapeurs-pompiers professionnels et volontaires ([liste complète](#)). Cette liste suit les recommandations vaccinales émises par la Haute autorité de santé dans ses avis du [27 novembre 2020](#) et du [02 février 2021](#).

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

► En population générale

- Le 30 mars 2021, **8 284 391 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France et **2 778 546 personnes ont reçu deux doses** (données par date d'injection). Il est ainsi estimé qu'à cette date, 12,3% de la population en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (vs 9,9% le 23 mars 2021) et 4,1% a reçu deux doses (Tableau 12).

Tableau 12. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 30 mars 2021, par région, France

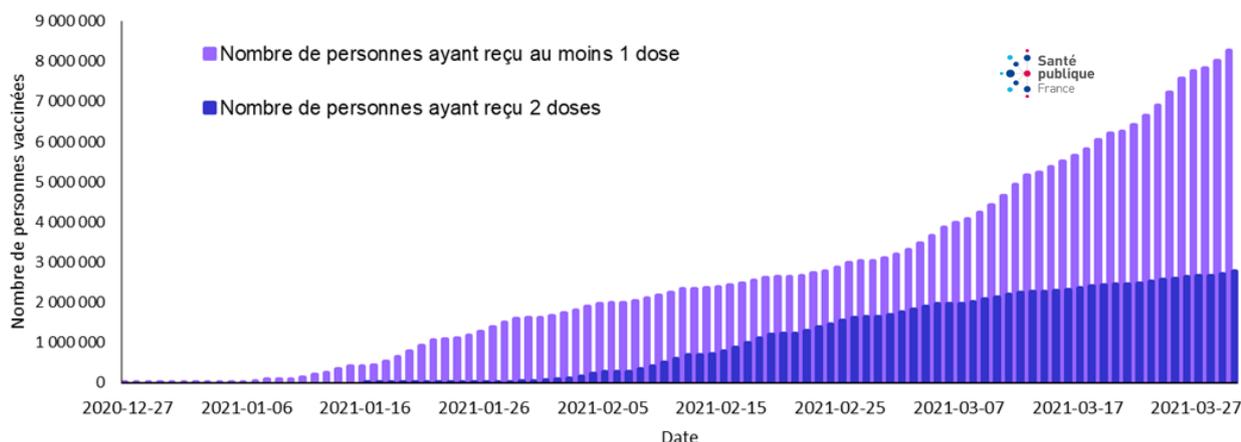
Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	976 956	12,2	328 189	4,1
Bourgogne-Franche-Comté	398 807	14,3	146 860	5,3
Bretagne	445 812	13,3	163 531	2,6
Centre-Val de Loire	306 922	12,0	123 495	4,8
Corse	58 113	16,9	21 678	6,3
Grand Est	747 109	13,6	254 195	4,6
Hauts-de-France	784 381	13,2	205 383	3,4
Île-de-France	1 307 707	10,7	364 794	3,0
Normandie	451 480	13,7	151 110	4,6
Nouvelle-Aquitaine	834 210	13,9	301 472	5,0
Occitanie	761 465	12,9	285 808	4,8
Pays de la Loire	432 897	11,4	156 381	4,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	700 938	13,9	239 967	4,7
France métropolitaine	8 206 797	12,6	2 742 863	4,2
Guadeloupe	9 201	2,4	3 473	0,9
Guyane	9 096	3,1	4 011	1,4
La Réunion	36 433	4,2	18 619	2,2
Martinique	12 400	3,5	4 757	1,3
Mayotte	8 834	3,2	4 066	1,5
Saint-Barthélemy	582	5,8	200	2,0
Saint-Martin	1044	3,0	555	0,0
Non précisé	4	non applicable	2	non applicable
France entière	8 284 391	12,3	2 778 546	4,1

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

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

● **En une semaine (depuis le 23 mars 2021), plus de 1,6 millions de personnes ont reçu leur première dose de vaccin.** On observe une augmentation des vaccinations réalisées à compter du 04 mars 2021, particulièrement visible sur les nombres de personnes ayant reçu au moins une dose (Figure 40).

Figure 40. Nombres cumulés de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19, par jour de vaccination, France (données du 27 décembre 2020 au 30 mars 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 13) du fait du ciblage prioritaire des personnes âgées par la campagne de vaccination, comme recommandé par la Haute Autorité de santé (HAS) : résidents en Ehpad ou USLD, personnes de 70 ans et plus et, personnes de 50 à 69 ans atteintes d'une ou plusieurs comorbidités.

Les couvertures vaccinales ont particulièrement augmenté chez les personnes les plus âgées : 80 ans et plus : 58,5% (vs 51,0% le 23 mars 2021), 75-79 ans : 62,0% (vs 51,9%) et 70-74 ans : 30,5% (vs 25,7%).

Tableau 13. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 30 mars 2021, par classe d'âge, France

Classes d'âge	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Deux doses de vaccin (N)	Couverture vaccinale deux doses (%)
18-24	70 895	1,3	10 723	0,2
25-29	106 133	2,9	24 367	0,7
30-39	286 505	3,5	81 225	1,0
40-49	416 092	4,8	130 268	1,5
50-59	1 041 305	11,8	331 974	3,8
60-64	725 087	17,7	152 867	3,7
65-69	767 669	19,7	123 760	3,2
70-74	1 060 023	30,5	157 826	4,5
75-79	1 375 831	62,0	570 337	25,7
80 ans et +	2 433 385	58,5	1 194 887	28,7
inconnu*	1 466	non applicable	312	non applicable
France	8 284 391	12,3	2 778 546	4,1

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

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

● Les couvertures vaccinales pour au moins une dose sont de 11,1% pour les hommes et de 13,5% pour les femmes.

Accès aux données en population générale (Géodes)

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

Les nombres quotidiens sont également disponibles.

► Résidents en Ehpad ou en USLD

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

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

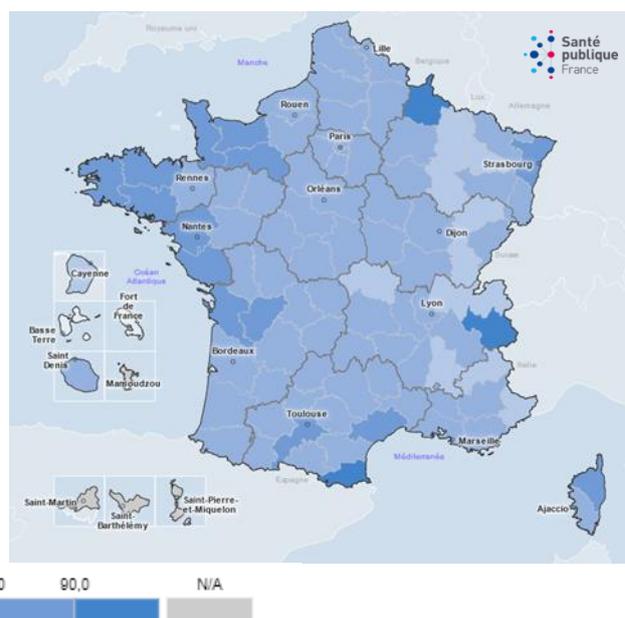
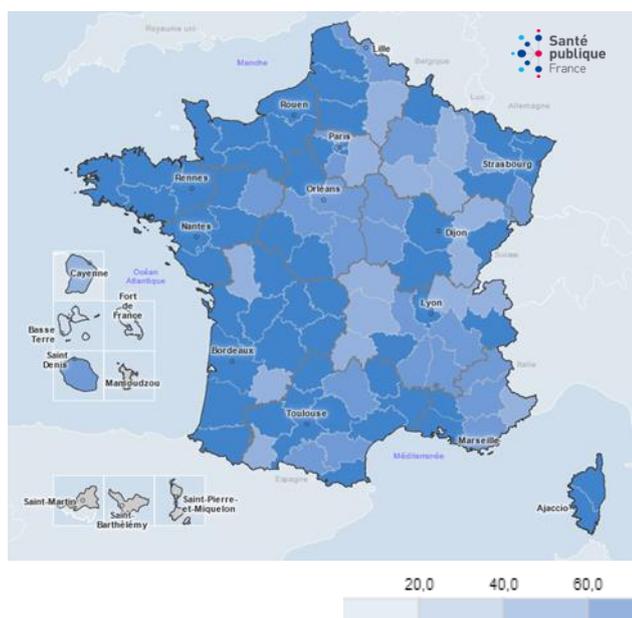
● Au 30 mars 2021, **581 496 résidents en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France (vs 571 432 le 23 mars 2021). Il est ainsi estimé que **92,8% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19 (vs 91,2% le 23 mars 2021).

● Les couvertures vaccinales régionales de la première dose varient entre 86,9% et plus de 99,0% en France métropolitaine. Les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions et départements, notamment dans ceux présentant des défauts de saisie dans Vaccin Covid (Figure 41).

● Il est estimé que **453 391 résidents des Ehpad et USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, ce qui correspond à 72,3% de ces résidents en France (Figure 42).

Figure 41. Couverture vaccinale des résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (% des résidents), par département, au 30 mars 2021, France

Figure 42. Couverture vaccinale des résidents en Ehpad ou en USLD ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des résidents), par département, au 30 mars 2021, France



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

● Les évolutions des couvertures vaccinales au moins une dose et deux doses pour les résidents en Ehpad ou USLD sont présentées dans la Figure 45.

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

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

► Professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD

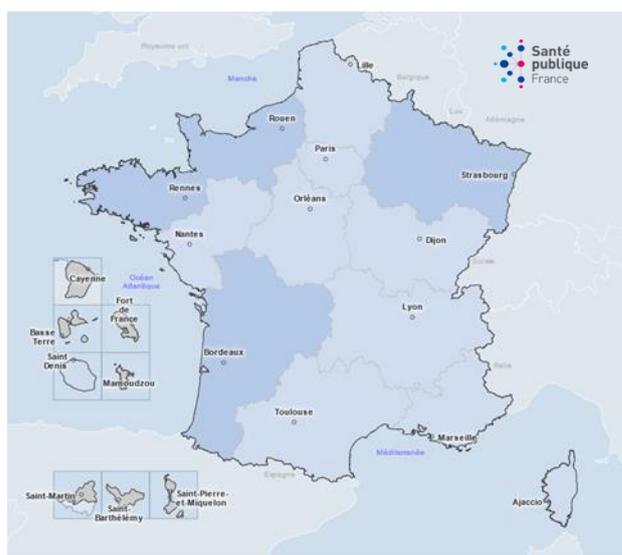
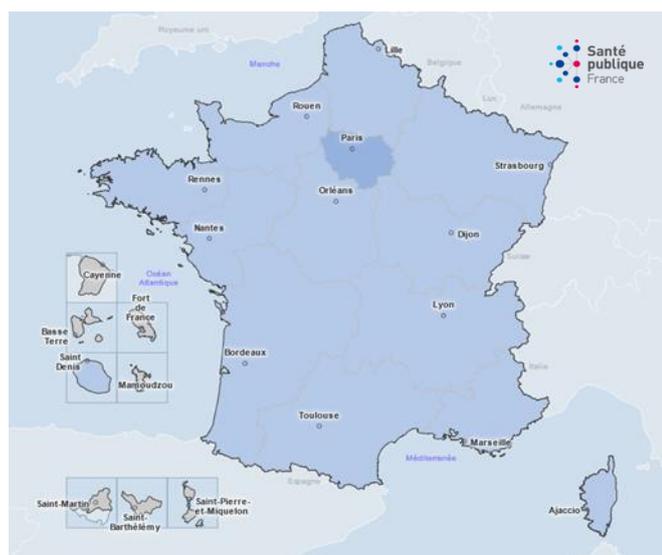
Sont inclus les professionnels travaillant en Ehpad ou en USLD, qu'ils soient professionnels de santé ou non. Les [définition, modalité de constitution et limites des indicateurs](#) sont disponibles sur le site de Santé publique France. Les couvertures vaccinales des professionnels en Ehpad ou en USLD 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 30 mars 2021, **250 142 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin** contre la COVID-19 en France (données par date d'injection). Il est ainsi estimé que **53,5% des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu une première dose de vaccin**. Les couvertures vaccinales de la première dose varient selon les régions métropolitaines entre 41,2% et 63,2% (Figure 43). Cependant, les nombres de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales peuvent être sous-estimés dans plusieurs régions, notamment celles présentant des défauts de saisie dans Vaccin Covid.

- Il est estimé que **171 943 professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu les deux doses de vaccin**, correspondant à 36,8% de ces professionnels en France (Figure 44).

Figure 43. Couverture vaccinale des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par région, 30 mars 2021, France

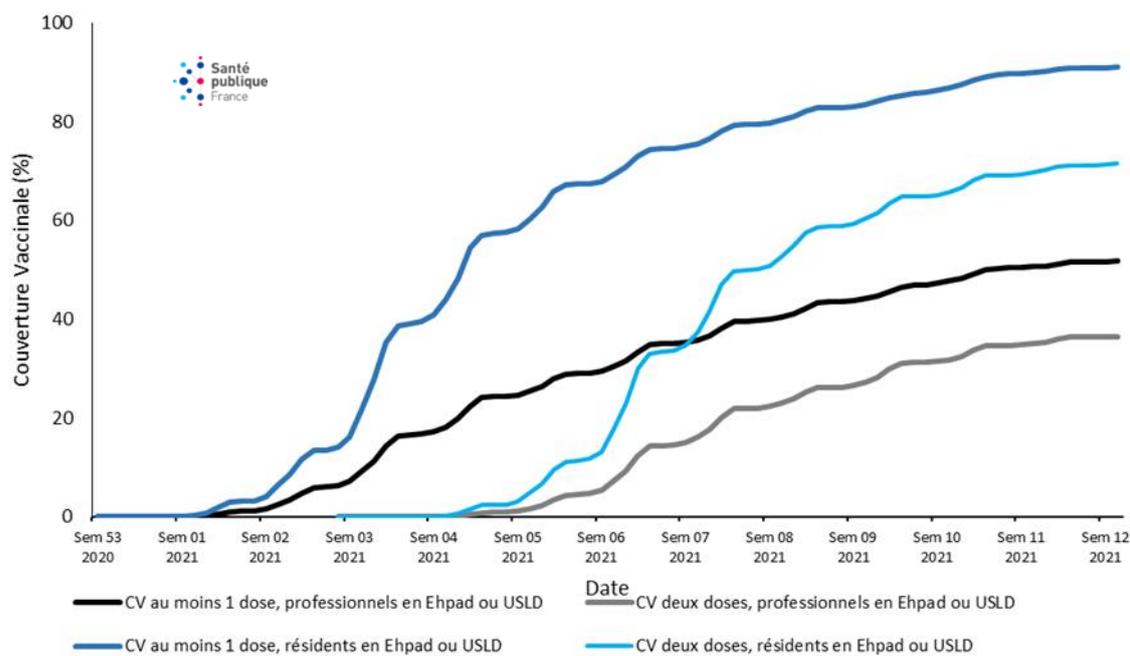
Figure 44. Couverture vaccinale des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par région, 30 mars 2021, France



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

- Les évolutions des couvertures vaccinales au moins une dose et deux doses pour les professionnels exerçant en Ehpad ou USLD sont présentées dans la figure 45.

Figure 45. Couvertures vaccinales pour les résidents et les professionnels des Ehpad ou USLD en fonction du nombre de doses de vaccin contre la COVID-19 au 30 mars 2021, par jour de vaccination, France



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

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

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

► Personnes de moins de 65 ans présentant des comorbidités

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

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

• Au 29 mars 2021 (données par date d'injection), **776 791 personnes présentant une ou des comorbidités ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France, et 142 163 en ont reçu deux** (Tableau 14). Il est ainsi estimé que **23,1% des personnes présentant des comorbidités ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19 et 4,0% en ont reçu deux. Les répartitions des personnes ayant été vaccinées (au moins une dose et deux doses) sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 14. Nombres de personnes de moins de 65 ans ayant des comorbidités ayant reçu au moins une dose et deux doses de vaccin contre la COVID-19 en France, par région, au 29 mars 2021, France

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Deux doses de vaccin (N)
Auvergne - Rhône - Alpes	85 325	14 760
Bourgogne - Franche-Comté	34 248	6 476
Bretagne	40 245	7 873
Centre-Val de Loire	26 165	6 055
Corse	5 168	1 100
Grand - Est	79 603	14 258
Hauts-de-France	95 097	12 660
Ile de France	128 751	19 538
Normandie	43 108	7 444
Nouvelle - Aquitaine	72 979	14 521
Occitanie	63 754	14 118
Pays de la Loire	37 947	7 508
Provence-Alpes-Côte d'Azur	56 694	12 641
France métropolitaine	769 084	138 952
Guadeloupe	919	304
Guyane	1 102	480
La Réunion	4 238	1 888
Martinique	1 036	322
Mayotte	241	154
Saint-Barthélemy	60	16
Saint-Martin	111	47
Non précisé	0	0
France entière	776 791	142 163

• Parmi les personnes présentant des comorbidités, certaines sont particulièrement [vulnérables](#) car présentent des pathologies à fort risque de complication pour la COVID-19. Des analyses spécifiques sont réalisées pour ces personnes.

Au 29 mars 2021 (données par date d'injection), 147 360 personnes particulièrement vulnérables ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France (soit une couverture vaccinale de 25,9%) et 32 533 en ont reçu deux (soit une couverture vaccinale de 5,7%).

Accès aux données des personnes présentant des comorbidités (Géodes)

[Nombre cumulé de personnes présentant des comorbidités \(au moins 1 dose\)](#)

[Nombre cumulé de personnes avec comorbidité selon l'âge : ex : 40-49 ans ; 50 – 59 ans](#)

[Nombre cumulé de personnes avec comorbidités vaccinées deux doses ; selon l'âge ex : 40-49 ans ; 50 – 59 ans](#)

[Nombre quotidien de personnes vaccinées \(au moins 1 dose\), selon l'âge : ex : 40-49 ans ; 50 – 59 ans](#)

[Nombre quotidien de personnes vaccinées selon l'âge \(2 doses\) : ex : 40-49 ans ; 50 – 59 ans](#)

Personnes particulièrement vulnérables :

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

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

► Professionnels de santé

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

● **Au 30 mars 2021** (données par date d'injection) **1 189 719 professionnels de santé ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 591 415 en ont reçu deux.** Il est ainsi estimé que **53,5% des professionnels de santé ont reçu une première dose de vaccin** contre la COVID-19 (vs 47,5% le 23 mars 2021) et 26,6% en ont reçu deux (Figures 46 et 47).

● Selon les tranches d'âge, les professionnels de santé les plus nombreux à se faire vacciner étaient les 50-59 ans (354 096, soit 29,8% des premières doses chez les professionnels de santé) et les 40-49 ans (259 241, soit 21,8%).

● Concernant la répartition par sexe, parmi l'ensemble des professionnels de santé ayant reçu au moins une dose de vaccin, 845 831 étaient des femmes (71,1%) et 342 465 des hommes (28,8%) (1 423 données manquantes).

Figure 46. Couverture vaccinale des professionnels de santé ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par département, au 30 mars 2021, France

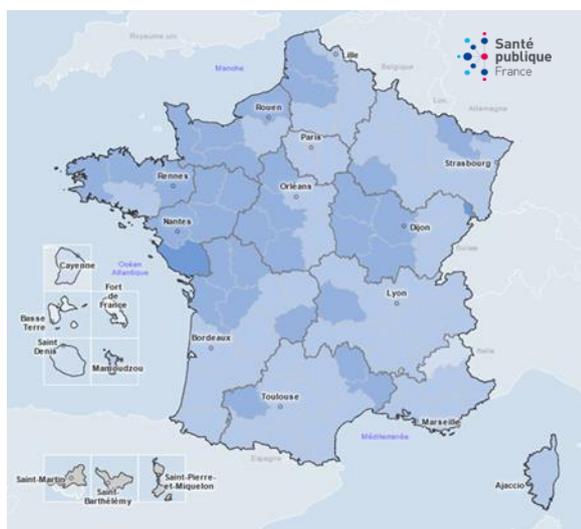


Figure 47. Couverture vaccinale des professionnels de santé ayant reçu deux doses de vaccin contre la COVID-19 (% des professionnels), par département, au 30 mars 2021, France



Accès aux données des professionnels de santé (Géodes)

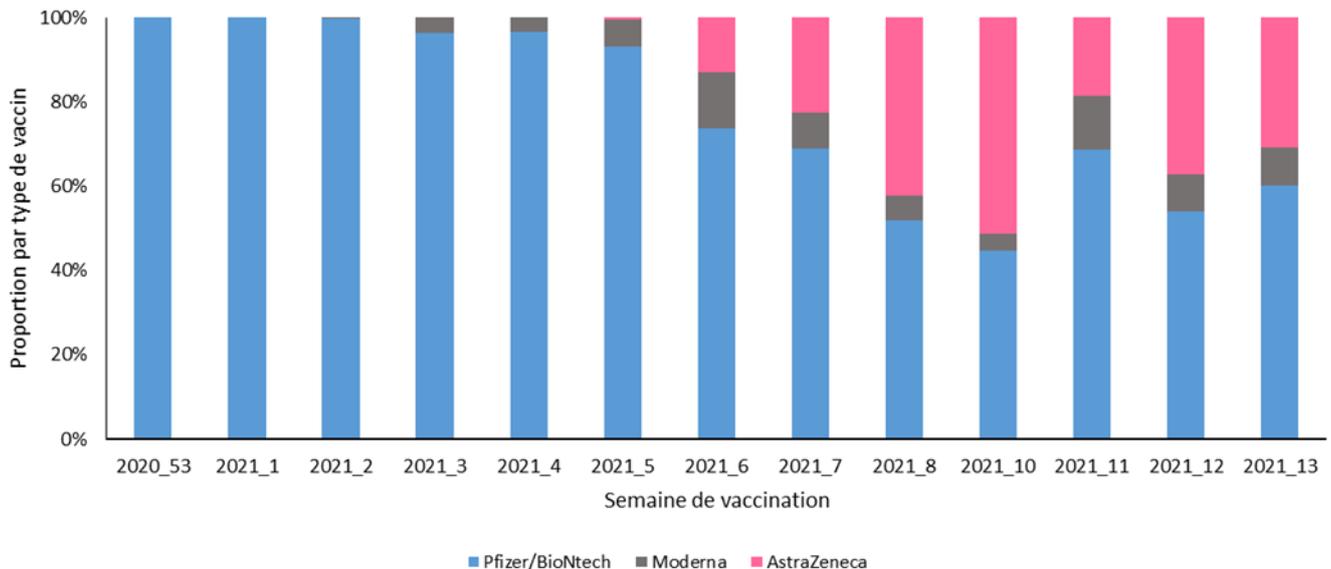
- [Nombre cumulé de PS vaccinés \(au moins 1 dose\)](#)
- [Nombre cumulé de PS vaccinés selon le sexe \(au moins 1 dose\)](#) : [homme](#) [femme](#)
- [Nombre cumulé de PS vaccinés selon l'âge \(au moins 1 dose\)](#) : ex : [40-49 ans](#) ; [50 – 59 ans](#)
- [Nombre cumulé de PS vaccinés \(2 doses\)](#)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

Les nombres quotidiens sont également disponibles.

► Par type de vaccin

- La majorité des personnes vaccinées l'ont été avec le vaccin Pfizer-BioNTech, qui a été distribué dès le début de la campagne vaccinale en France (Figure 45). Pour les premières doses : 65,4% des vaccinations ont été réalisées avec le vaccin Pfizer/BioNtech, 6,8% Moderna et 27,9% AstraZeneca.
- Du fait du signal de pharmaco-vigilance concernant le vaccin AstraZeneca et de la suspension temporaire de son utilisation, suivie d'une restriction d'utilisation aux sujets de 55 ans et plus, la proportion de personnes vaccinées pour la première dose avec le vaccin AstraZeneca a fortement diminué en semaine 11.

Figure 48. Proportion de personnes vaccinées par type de vaccin pour la première dose en France (données du 27 décembre 2020 au 30 mars 2021)



Données des semaines 12 et 13 non consolidées

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

Accès aux données par type de vaccin (Géodes)

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

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

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

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

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

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

Une nouvelle enquête est programmée du **19 au 21 avril 2021**. Les résultats seront présentés dans le Point épidémiologique de la semaine suivante.

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

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

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

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

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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



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



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



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



Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)



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



Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

SITUATION INTERNATIONALE

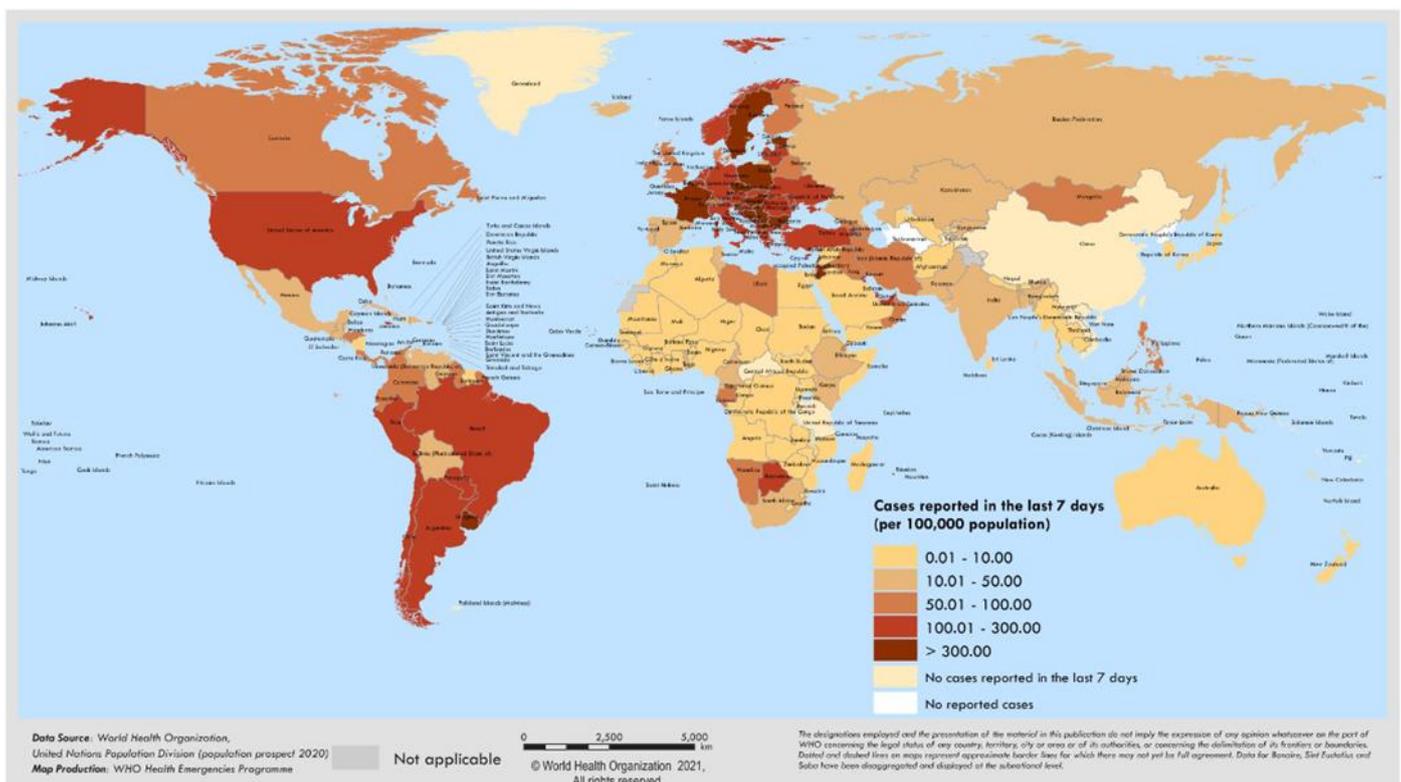
Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **127 349 248 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés **dans le monde – dont 2 787 539 décès** – au 31 mars 2021. En semaine 12, plus de 3,8 millions de nouveaux cas ont été signalés, soit une **hausse** par rapport à la semaine précédente (**+14%**) observée pour la cinquième semaine consécutive. Le nombre de décès, s'élevant à 64 187, était également en hausse (+5%).

► Foyers majeurs

- Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans les zones **Europe** (1 641 672 cas et 23 778 décès rapportés en semaine 12) et **Amériques** (1 306 017 cas et 32 176 décès). Ces régions étaient à l'origine de 43% et 34% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 37% et 50% des nouveaux décès en S12 (Figure 49, Tableau 15).

- Les pays qui signalaient les plus grands nombres de nouveaux cas en S12 étaient : le Brésil (+533 024 nouveaux cas), les États-Unis (+421 936), l'Inde (+372 494), la France (+258 830) et la Pologne (+192 441).

Figure 49. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 12 (du 22 au 28 mars 2021)



Source : OMS

► Tendances

• En semaine 12, le nombre de nouveaux cas était en hausse par rapport à la semaine précédente dans toutes les régions OMS (Tableau 15). Les régions signalant les augmentations les plus importantes étaient, pour la seconde semaine consécutive, l'Asie du Sud-Est (+46%) et le Pacifique occidental (+32%). Le nombre de nouveaux décès augmentait dans trois régions OMS : l'Asie du Sud-Est (+21%), l'Europe (+7%), et le Pacifique Occidental (+7%).

Tableau 15. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 12 (du 22 au 28 mars 2021) et évolution par rapport à la semaine précédente

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+62 286	+1 306 017	+437 060	+1 641 672	+270 884	+84 395
Tendance	+22%	+11%	+46%	+11%	+7%	+32%
Décès rapportés	+1 340	+32 176	+2 947	+23 778	+3 428	+518
Tendance	-6%	+4%	+21%	+7%	+5%	+7%

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

Source : OMS

► Par région

• La région **Europe** a enregistré une nouvelle hausse du nombre de cas pour la quatrième semaine consécutive et comptait plus de 1,6 million de nouveaux cas en S12. Le nombre de décès a également augmenté avec un peu moins de 24 000 nouveaux décès. Les pays de la région Europe ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient la France, qui rapportait 258 830 nouveaux cas, soit 386 cas/100 000 habitants (+20%), la Pologne avec 192 441 nouveaux cas, soit 509 cas/100 000 habitants (+27%) et la Turquie avec 186 421 cas, soit 221 cas/100 000 habitants (+47%). Les plus grands nombres de décès ont été signalés en Italie (2 994 décès ; +8%), en Russie (2 710 ; -8%) et en Pologne (2 584 ; +22%). Pour plus de détails sur la région Europe, [cliquez ici](#).

• La région des **Amériques** a enregistré près de 1,3 million de nouveaux cas en S12, et plus de 32 000 nouveaux décès. La tendance du nombre de nouveaux cas est à la hausse depuis les cinq dernières semaines. Les pays rapportant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient le Brésil avec 533 024 nouveaux cas, soit 250 cas/100 000 habitants (+5% par rapport à S11), les États-Unis avec 421 936 nouveaux cas, soit 128 cas/100 000 habitants (+13%) et le Pérou, avec 60 739 nouveaux cas, soit 184 cas/100 000 habitants (+24%). Les pays connaissant le plus grand nombre de nouveaux décès étaient le Brésil, qui a enregistré 16 798 nouveaux décès (+10%), les États-Unis, avec 6 995 nouveaux décès (-7%), et le Mexique, avec 3 643 nouveaux décès (+8%). Pour plus de détails sur la région Amériques, [cliquez ici](#).

• En région **Afrique**, plus de 62 000 nouveaux cas et 1 300 décès ont été rapportés en S12. Les trois pays ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Éthiopie avec 13 153 cas, soit 11 cas/100 000 habitants (+14% par rapport à la semaine 11), le Kenya avec 9 167 cas, soit 17 cas/100 000 habitants (+25%) et le Cameroun avec 8 681 cas, soit 36 cas/100 000 habitants (évolution non connue car aucun cas signalé en S11). Les pays rapportant le plus grand nombre de décès étaient l'Afrique du Sud (566 décès ; -31%), l'Éthiopie (137 ; -28%) et le Cameroun (133 ; absence de décès rapportés en S11). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

● En région **Asie du Sud-Est**, le nombre de cas était en très forte hausse en semaine 12 avec plus de 437 000 nouveaux cas. Près de 85% de ces nouveaux cas étaient portés par l'Inde, qui comptait 372 494 cas, soit 27 cas/100 000 habitants (+55% par rapport à la semaine 11). Les autres pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés étaient l'Indonésie avec 36 214 cas, soit 13 cas/100 000 habitants (-12%) et le Bangladesh avec 23 100 cas, soit 14 cas/100 000 habitants (+85%). Le nombre de décès était en augmentation pour la deuxième semaine consécutive avec 3 000 nouveaux décès enregistrés. Les trois pays cumulant le plus de décès étaient l'Inde (1 797 décès ; +57%), l'Indonésie (917 ; -18%) et le Bangladesh (201 ; +43%). Pour plus de détails sur la région Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

● En région **Méditerranée orientale**, un peu plus de 271 000 nouveaux cas et un peu plus de 3 400 décès ont été signalés en semaine 12. Le nombre de cas était en hausse pour la septième semaine consécutive. Les pays comptant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient la Jordanie avec 55 467 cas, soit 544 cas pour 100 000 habitants (-4%), l'Iran avec 53 118 cas, soit 63 cas/100 000 habitants (-2%), et l'Irak avec 37 767 cas, soit 94 cas/100 000 habitants (+8%). Les plus grands nombres de décès ont été observés en Jordanie (684 décès ; +36%), en Iran (584 ; 0%), et au Pakistan (359 ; +11%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

● En région **Pacifique occidental**, le nombre de cas a augmenté en semaine 12 de manière très importante avec plus de 84 000 nouveaux cas rapportés, soit le nombre hebdomadaire de cas le plus élevé depuis le début de la pandémie. Les trois pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient les Philippines avec 56 380 cas, soit 52 cas/100 000 habitants (+43%), le Japon avec 11 211 cas, soit 9 cas/100 000 habitants (+28%), et la Malaisie avec 8 929 cas, soit 28 cas/100 000 habitants (-4%). En semaine 12, la région comptait plus de 500 décès. Les pays signalant le plus grand nombre de décès étaient les Philippines (229 ; +40%), le Japon (219 décès ; -13%), et la Corée du Sud (26 ; -4%). Pour plus de détails sur la région Pacifique occidental, [cliquez ici](#).

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

Pour en savoir + sur la situation internationale :

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

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

► Variants préoccupants (VOC) du SARS-CoV-2 au niveau international

Plusieurs variants du SARS-CoV-2 ont émergé au cours des derniers mois, quatre d'entre eux étant qualifiés de variants préoccupants (VOC) en raison de leur transmissibilité augmentée et du risque d'échappement à la réponse immunitaire. Les variants 20I/501Y.V1, identifié pour la première fois au Royaume-Uni, 20H/501Y.V2, repéré pour la première fois en Afrique du Sud, et 20J/501Y.V3, ayant émergé au Brésil, font l'objet d'une attention particulière du fait de leur circulation importante à l'échelle internationale. Le quatrième variant préoccupant, VOC 202102/02, a été identifié pour la première fois au Royaume-Uni et n'a été détecté que de manière sporadique aux États-Unis et au Pays-Bas.

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

- Ce variant est associé à une transmissibilité accrue (de 36 à 75%) et possiblement à une forme plus sévère de la maladie, à un plus haut risque d'hospitalisation et à une mortalité plus élevée. Il ne semble pas associé à une réduction de l'efficacité des vaccins Pfizer-BioNTech, Oxford/AstraZeneca, Moderna, Novavax et Bharat.
- Dans le monde, au 30 mars 2021, la présence du variant 20I/501Y.V1 a été rapportée dans **130 pays** par l'OMS, soit **cinq pays de plus** que la semaine précédente.

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

- Des études préliminaires suggèrent que ce variant est associé à une transmissibilité plus élevée de 50% et un risque plus élevé d'échappement immunitaire et de réinfection. Certaines recherches indiquent un risque accru de décès à l'hôpital. Le vaccin Oxford/AstraZeneca aurait une efficacité réduite sur ce variant.
- Dans le monde, au 30 mars 2021, la présence du variant 20H/501Y.V2 a été rapportée dans **80 pays** selon l'OMS, soit **cinq pays de plus** que la semaine précédente.

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

- Plusieurs études montrent une transmissibilité plus importante par rapport aux souches autres que variantes. De plus, ce variant aurait la capacité d'échapper à la réponse immunitaire induite par un premier contact avec des souches d'origine, et pourrait par conséquent accroître le risque de réinfection. L'impact de la vaccination sur ce variant est en cours d'étude.
- Dans le monde, au 23 mars 2021, la présence du variant 20J/501Y.V3 a été rapportée dans **45 pays**, soit **quatre pays** de plus que la semaine précédente.

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

► Autres variants en cours d'étude

La surveillance de l'émergence de variants du SARS-CoV-2 est réalisée de manière continue au niveau international. Huit variants ont été déclarés en France comme variants à suivre, et cinq sont en cours d'évaluation. Plus de détails sur la page [circulation des variants du SARS-CoV-2](#) de Santé publique France.

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

Pour en savoir + sur ces variants du SARS-CoV-2 : [Weekly Epidemiological Update](#) de l'OMS du 30 mars 2021

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 12 (du 22 au 28 mars 2021), tous les indicateurs épidémiologiques, déjà à un niveau élevé, étaient en nette augmentation. L'incidence augmente dans toutes les classes d'âge, plus particulièrement chez les 0-14 ans chez qui le dépistage progresse fortement. La dégradation de la situation sanitaire est observée dans toutes les régions métropolitaines et la tension sur le système hospitalier, déjà très forte, s'est accentuée. Avec la dynamique actuelle (taux de reproduction de 1,18), cette tension va s'accroître. Chez les 75 ans et plus, après une amélioration à partir de la semaine 05, les indicateurs sont en augmentation depuis deux semaines. L'adhésion aux mesures de prévention individuelles, le respect des mesures de freinage collectives ainsi que l'accélération de la vaccination sont des enjeux majeurs pour faire face au haut niveau de circulation du virus et à la forte pression hospitalière. Dans ce contexte dégradé, des mesures supplémentaires de réduction des contacts sont nécessaires sur l'ensemble du territoire.

Au niveau national, la **forte augmentation de l'incidence**, observée depuis la semaine 10, se poursuit en semaine 12 (+22% par rapport à S11), avec **258 830 nouveaux cas confirmés**, soit presque **37 000 cas en moyenne chaque jour**. Les taux d'incidence (386/100 000 habitants) et de positivité (8,2%) étaient en augmentation par rapport à ceux de la semaine précédente, de même que le taux de dépistage (4 698/100 000 habitants).

La forte **augmentation de l'incidence** est observée dans **toutes les classes d'âge**, même si l'augmentation pour les 75 ans et plus (196/100 000 habitants vs 174 en S11, soit +13%) est moins marquée que pour les autres classes d'âge. En semaine 12, la plus forte augmentation était de nouveau observée chez les 0-14 ans (+31%), dans un contexte d'augmentation du taux de dépistage (+30%), en partie liée aux campagnes de dépistage organisées dans les établissements scolaires.

En semaine 12, l'accélération de l'épidémie est observée dans les indicateurs **d'identification des contacts**, avec une **forte augmentation** du nombre de nouveaux cas (+22%) et du nombre de nouvelles personnes-contacts à risque (+21%). Cette accélération de l'épidémie impacte l'efficacité du suivi des contacts, puisqu'on observe une **baisse de la proportion de cas et personnes-contacts investigués**, ainsi que de la proportion de cas précédemment connus comme personnes-contacts. De plus, une part croissante de personnes-contacts à risque n'avait pas été contactée par téléphone mais par internet, ce qui peut diminuer leur adhésion à l'isolement (et induire une augmentation du nombre de personnes-contacts par cas).

Le nombre de personnes-contacts à risque par cas reste à un niveau élevé. Ce nombre est même supérieur aux valeurs observées lors du deuxième confinement. Cela signifie que les contacts à risque, notamment hors foyer, restent trop fréquents, alors même que les indicateurs épidémiologiques sont à des niveaux proches de ceux de la seconde vague de l'automne.

En semaine 12, la diminution de la proportion des personnes-contacts devenant cas (pouvant signifier un dépistage moindre des personnes-contacts) et de la proportion des cas anciennement connus comme personnes-contacts sont synonymes de chaînes de transmission moins bien connues.

Au cours de la semaine 12, le nombre de cas ayant fréquenté le milieu scolaire restait élevé, ce qui suggère de nombreuses contaminations en lien avec les établissements scolaires et/ou une bonne identification de ces cas en lien avec les dépistages mis en œuvre dans ces établissements.

En médecine ambulatoire, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était en **augmentation** par rapport à celui de la semaine précédente (131/100 000 habitants en S12 vs 88 en S11).

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était en **nette augmentation** en S12 (+27% par rapport à S11). Cette hausse était observée dans toutes les classes d'âge et plus marquée chez les 0-14 ans (+32%) et les 15-64 ans (+28%). La part du **nombre d'actes pour suspicion de COVID-19** dans l'activité totale était supérieure aux valeurs observées depuis le début de l'année 2021.

En semaine 12, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** était en **augmentation** pour la troisième semaine consécutive (+20% en S12 par rapport à S11). Cette hausse était observée dans toutes les classes d'âge.

Les admissions de patients COVID-19 ont augmenté pour la troisième semaine consécutive (+16% par rapport à S11). L'augmentation du taux d'admission en services de soins critiques, observée depuis S08, s'est poursuivie en S12 (+13% par rapport à S11).

Ces tendances se sont accompagnées d'une **augmentation du nombre de personnes en cours d'hospitalisation**, avec 28 570 personnes hospitalisées au 30 mars (vs 26 818 le 23 mars, soit +7%) dont 5 090 patients en soins critiques (vs 4 655 le 23 mars, soit +9%).

En France métropolitaine, les **estimations du R-effectif calculées à partir des trois sources de données** : virologiques, (tests RT-PCR et tests antigéniques, SI-DEP) (1,18), passages aux urgences (OSCOUR®) (1,18) et hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC) (1,09), **étaient significativement supérieures à 1**.

Le nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 hospitalisés en semaine 12 était comparable à celui de la semaine précédente (1 738 décès en S12 vs 1 789 en S11, soit -3%). En raison du déploiement en cours de la nouvelle application pour le signalement des cas et des décès de COVID-19 en ESMS, les données de mortalité en ESMS sont incomplètes pour les semaines 11 et 12.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis la semaine 40-2020 et ce jusqu'à la semaine 10-2021 (+7%). En semaine 11, **le nombre de décès repart en légère hausse**, après une diminution observée depuis la semaine 04, cette hausse étant plus marquée chez les personnes de 65-84 ans. **Le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en S11 dans cinq régions** : Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur (contre trois régions en S09 et S10).

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

En semaine 12, l'augmentation du taux d'incidence concernait l'ensemble des régions métropolitaines (augmentations régionales allant de +14% à +37% par rapport à S11), et la quasi-totalité des départements : seuls trois départements n'étaient pas en augmentation en S11 (l'Ardèche, La Charente-Maritime et la Haute-Corse). Les **régions les plus touchées** en semaine 12 étaient toujours **l'Île-de-France**, les **Hauts-de-France** et **Provence-Alpes-Côte d'Azur**. Ces régions présentaient les **plus forts taux d'incidence** (supérieurs à 450/100 000 habitants), d'hospitalisation et d'admission en services de soins critiques.

En **Île-de-France**, le **taux d'incidence était de 672/100 000 habitants** vs 573 en S11, soit +17% par rapport à la semaine précédente, **supérieur au taux d'incidence observé lors du pic de la deuxième vague** (525 en S44-2020). Le taux de positivité est à 11% et est le plus élevé du territoire. Le taux d'incidence le plus élevé était observé dans le Val d'Oise (822/100 000 habitants, +19% par rapport à S11). Les taux d'incidence étaient en **augmentation dans tous les départements franciliens** : les plus fortes augmentations étaient observées en Seine-et-Marne (730, +22%), Val-de-Marne (717, +20%), Val-d'Oise (822, +19%), Essonne (616, +18%) et Hauts-de-Seine (554, +17%). **Ces taux étaient supérieurs à ceux observés lors de la deuxième vague dans tous les départements**. Les **taux d'hospitalisation et d'admission en service de soins critiques** en Île-de-France étaient en augmentation en comparaison de la semaine précédente, à respectivement 29,8/100 000 (+18%) et 7,4 (+15%). Lors de la deuxième vague de l'épidémie, les pics des taux d'hospitalisation et d'admission en services de soins critiques avaient été observés en S45-2020 et étaient respectivement de 31/100 000 habitants et 5,2/100 000 habitants. En semaine 12, le taux de décès de patients COVID-19 hospitalisés était de 3,5/100 000 habitants.

Dans les **Hauts-de-France**, le **taux d'incidence a continué d'augmenter** (521/100 000 habitants vs 446 en S11, soit +17%). L'incidence la plus élevée était observée dans l'Oise (568/100 000, +25%) et les taux d'incidence étaient en **augmentation dans tous les départements de la région** (Oise, +25%, Aisne +24%, Somme +23%, Nord +14%, Pas-de-Calais +13%). Le taux d'hospitalisation était de 25,4/100 000 habitants (+4%) et celui d'admission en services de soins critiques de 5,8 (+7%). **Le taux de décès à l'hôpital** était de 3,9/100 000 habitants.

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le **taux d'incidence était en forte augmentation** (466/100 000 habitants vs 353 en S11, soit +32%), après plusieurs semaines de relative stabilité. Les taux d'incidence ont augmenté dans tous les départements, et de manière très marquée en Hautes-Alpes (+69%), Alpes-de-Haute-

Provence (+42%), Bouches-du-Rhône (+41%) et Vaucluse (+38%). **Le taux d'hospitalisation était en augmentation** (26,7/100 000 habitants, +8%) en S12, de même que le taux d'admission en services de soins critiques (5,3 soit +11%). Le **taux de décès** à l'hôpital était de 3,6/100 000 habitants. Le nombre de décès toutes causes confondues repartait à la hausse de façon marquée en Provence-Alpes-Côte d'Azur en semaine 11.

En **Normandie**, après six semaines consécutives d'augmentation, le taux d'incidence atteignait 344/100 000 habitants en S12 (+18% par rapport à S11). Le taux d'hospitalisation était de 18,3/100 000 habitants (+23% par rapport à S11) et celui d'admission en services de soins critiques était de 3,0/100 000 habitants (+24% par rapport à S11). Le **taux de décès** à l'hôpital était de 3,1/100 000 habitants.

En **Occitanie**, une augmentation importante de certains indicateurs était observée en S12 : hausse des taux d'incidence (280/100 000 habitants, +37%), d'hospitalisation (12,8/100 000, +51%) et d'admission en services de soins critiques (1,3/100 000, +37%).

Une hétérogénéité était observée au niveau départemental : 12 départements présentaient des taux d'incidences supérieurs à 500/100 000 habitants (dont huit étaient en Île-de-France). De fortes augmentations du taux d'incidence (supérieures à +40%) étaient observées dans 20 départements (dont trois en Provence-Alpes-Côte d'Azur) : 15 de ces départements atteignaient un taux d'incidence supérieur à 250/100 000 habitants.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

À **Mayotte**, l'ensemble des indicateurs étaient en diminution. Le **taux d'incidence a fortement chuté** depuis la mise en place des mesures restrictives (68/100 000 habitants en S12 vs 895 en S06). Les taux d'hospitalisation et d'admission en services de soins critiques étaient toujours en diminution : ils étaient respectivement de 5,7 et 0,7/100 000 habitants en S12.

À **La Réunion**, les indicateurs étaient **en augmentation** avec un taux d'incidence de 129/100 000 habitants (+11%) et un nombre de patients hospitalisés et de patients admis en services de soins critiques en légère augmentation.

En **Martinique**, les indicateurs étaient **en augmentation** avec un taux d'incidence de 171/100 000 habitants (+48% par rapport à S11), un taux d'hospitalisation à 10,0/100 000 habitants (contre 2,8 en S11) et un taux d'admission en services de soins critiques à 2,0/100 000 habitants (contre 0,8 en S11).

En **Guadeloupe**, les indicateurs (taux d'incidence, d'hospitalisation et d'admission en services de soins critiques) étaient **en diminution**.

En **Guyane**, le taux d'incidence était **en hausse** pour la seconde semaine consécutive mais restait à un taux faible de 60/100 000 habitants et les indicateurs hospitaliers se maintenaient à un niveau peu élevé.

Pour en savoir + Les données régionales détaillées sont accessibles sur GEODES et sont mises en perspective dans les points épidémiologiques régionaux

► Variants préoccupants (VOC) du SARS-CoV-2

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

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

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

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

Au niveau national en S12, parmi les tests positifs criblés dont les résultats étaient disponibles dans SI-DEP (52,3 de l'ensemble des tests de première intention positifs), **79,9% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 (UK) et 4,4% de variant 20H/501Y.V2 (ZA) ou 20J/501Y.V3 (BR)** (vs respectivement 76,3% et 4,7% en S11).

Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les 95 départements métropolitains présentant des données interprétables, la proportion du variant 20I/501Y.V1 (UK) était supérieure à 80% dans 54 départements et supérieure à 90% dans six d'entre eux.

L'enquête Flash#5, conduite le 16 mars 2021 (semaine 11) sur des prélèvements positifs au SARS-CoV-2 par RT-PCR quel que soit le résultat de criblage, **a inclus près de 3 000 prélèvements positifs** au SARS-CoV-2 provenant de 12 régions de France métropolitaine. Parmi les 2 479 prélèvements analysés, le **variant 20I/501Y.V1 était prédominant** (82,6% des séquences interprétables) ; les variants 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3 étaient également détectés mais en proportion plus faible (respectivement 6,1% et 0,5% des séquences interprétables). D'autres lignages circulant également sur le territoire font l'objet d'une surveillance ([Santé publique France - Coronavirus : circulation des variants du SARS-CoV-2](#)).

Les résultats des Enquêtes Flash successives permettent de suivre l'évolution de la circulation des variants et clades sur le territoire : ce suivi montre une forte augmentation de la proportion du variant préoccupant 20I/501Y.V1 au cours du temps. La proportion du variant préoccupant 20H/501.V2 est également en légère augmentation alors que les autres clades/variants sont stables ou en diminution. Ces résultats seront à confirmer lors des prochaines enquêtes Flash.

Variant de clade 20C ayant émergé en Bretagne

[Un cluster d'infections par un variant de clade 20C](#) (« variant 20C/655Y » ou B.1.616), a été détecté dans un hôpital des Côtes d'Armor, avec des cas survenus entre janvier et mars 2021. La particularité associée aux premiers cas confirmés d'infections à ce variant est la possibilité de présenter des symptômes évocateurs de la COVID-19 avec une RT-PCR négative sur les prélèvements naso-pharyngés habituels. Le virus est néanmoins détectable par les techniques de PCR habituelles mais semble être retrouvé de manière préférentielle dans les voies aériennes basses. À ce jour, il n'est pas démontré que ce variant serait plus transmissible ni qu'il entraînerait de formes plus sévères.

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

Selon les informations disponibles à ce jour, les résultats des investigations épidémiologiques et des indicateurs de surveillance en population ne montrent **pas de transmission communautaire**, en dehors des chaînes de transmission identifiées et reliées à l'hôpital des Côtes d'Armor.

► Surveillances spécifiques et populationnelles

Parmi les 9 255 patients recensés par la surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation depuis le 05 octobre 2020, 70% étaient des hommes. Depuis janvier 2021, un rajeunissement de la population admise en réanimation est observé, la part de patients âgés de 65 ans et plus ayant significativement diminué. La part des patients admis en réanimation sans comorbidité a légèrement augmenté depuis janvier 2021. Les comorbidités les plus fréquentes restaient l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète. Un recours à la ventilation invasive a été nécessaire pour 42% des patients hospitalisés en réanimation pour COVID-19.

La surveillance spécifique des **professionnels travaillant dans les établissements de santé**, mise en place depuis le 1^{er} mars 2020, rapportait **76 089** cas d'infection au SARS-CoV-2 au 08 mars 2021. Parmi ces cas, 19 étaient décédés en lien avec leur infection à SARS-CoV-2. Après une stabilisation du nombre de cas entre les semaines 08 et 10-2021, on observe **une tendance à l'augmentation du nombre de cas à partir de S11**, tendance qui pourrait être sous-estimée par la diminution observée de la participation des établissements. La catégorie de service rapportant le plus de professionnels en établissement de santé infectés était la médecine hors réanimation. Depuis le début de l'épidémie, les établissements rapportant la majorité du nombre de cas de professionnels en établissement de santé contaminés par le SARS-COV2 étaient les CH/Hôpitaux locaux et les CHR/CHU/HIA.

Il est important que les établissements continuent à participer, afin que les cas recensés soient le plus exhaustifs possibles. Les professionnels de santé libéraux peuvent, s'ils ont été atteints par la COVID-19, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#), ouverte à tous les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, et visant à documenter les circonstances de leur contamination.

Le dispositif de surveillance des cas et des décès de COVID-19 en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) parmi les résidents et le personnel a évolué et une nouvelle application de signalement des épisodes de COVID-19 à Santé publique France est opérationnelle depuis le **19 mars 2021**. Le changement d'application a entraîné une sous-déclaration en S11, probablement rattrapée en S12 : les tendances des semaines 11 et 12 ne sont pas interprétables.

Les personnes les plus fragiles face à cette épidémie restent celles âgées de 65 ans et plus, ainsi que celles présentant des comorbidités. Après une amélioration des indicateurs chez les 75 ans et plus, observée à partir de la semaine 05, les indicateurs sont en augmentation depuis deux semaines. Pour cette classe d'âge, le taux d'incidence ainsi que les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 augmentaient depuis S10, et le taux d'hospitalisation augmentait également depuis S11.

► Santé mentale

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

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

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

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

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

► Prévention

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

Concernant la vaccination contre la COVID-19, on dénombrait au 30 mars 2021, **8 284 391 personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 2 778 546 personnes ont reçu deux doses**, soit respectivement **12,3% et 4,1% de la population** en France. Au cours de la semaine 12, plus d'1,6 million de personnes ont reçu leur première dose de vaccin.

Les résidents en Ehpad ou en unité de soins de longue durée (USLD) et les professionnels travaillant dans ces structures comptent parmi les personnes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19. Au 30 mars 2021, il est estimé que **92,8% des résidents d'Ehpad ou d'USLD ont reçu une première dose de vaccin et 72,3% ont reçu deux doses**.

Parmi les personnes prioritaires ciblées par les campagnes de vaccination, **776 791 personnes de moins de 65 ans avec comorbidités** avaient reçu une première dose de vaccin au 29 mars 2021, soit une estimation de 23,1% de cette population. Il est également estimé que 25,9% des **personnes particulièrement vulnérables** pour la COVID-19 avaient reçu une première dose de vaccin.

Enfin, **53,5% de l'ensemble des professionnels de santé ont reçu au moins une dose de vaccin**.

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

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

SOURCES DES DONNÉES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

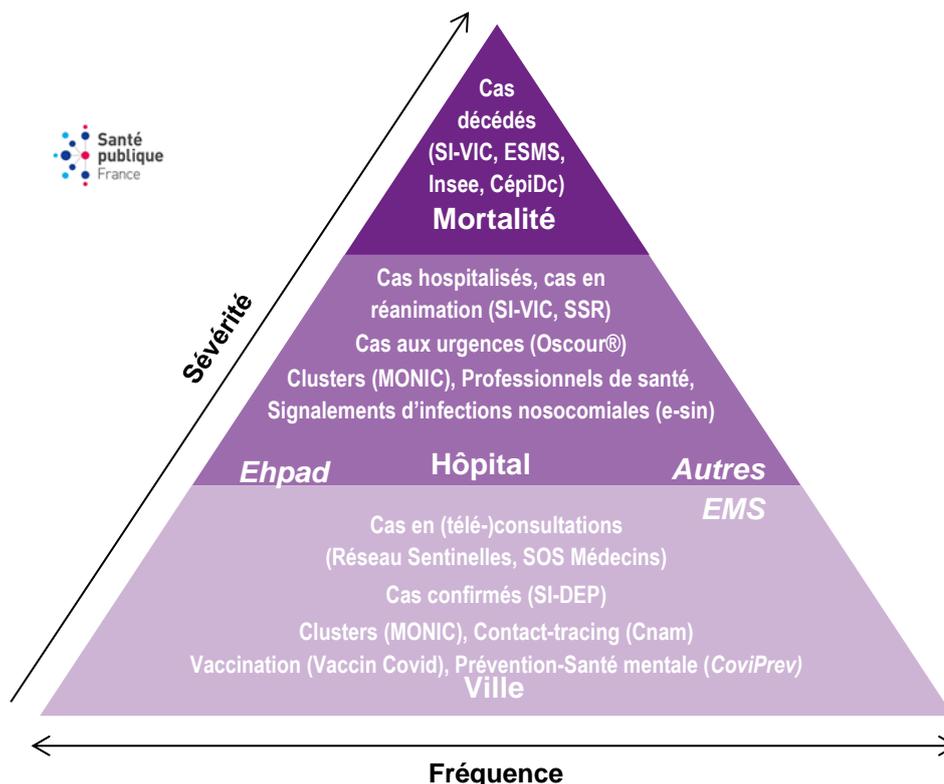
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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

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

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

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



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

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

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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



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



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



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



Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)



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



Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

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

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

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Fanny Chereau, Christine Campèse, Nicolas Méthy, Léa Manchec, Bruno Coignard

Systèmes de surveillance : Jonathan Bastard, Ghaya Ben Hmidene, Anne Berger-Carbonne, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Céline Caserio-Schönemann, Edouard Chatignoux, Bruno Coignard, Mélanie Colomb-Cotinat, Kostas Danis, Jean-Claude Desenclos, Julien Durand, Myriam Fayad, Adeline Feri, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Laurence Guldner, Katia Hamdad, Eline Hassan, Marion Hulin, Yu Jin Jung, Yann Le Strat, Christophe Léon, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Michael Padget, Juliette Paireau, Gaëlle Pédrone, Camille Pelat, Alessandro Pini, Elisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Cécile Sommen, Sophie Vaux, Florian Verrier.

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

Contact presse

Vanessa Lemoine

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

Diffusion

Santé publique France

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

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

Date de publication

1^{er} avril 2021