

Chiffres clés en Île-de-France

Estimation du nombre cumulé de cas confirmés (du 18/05/2020 au 27/03/2022)



4 793 118 cas d'infection positifs* au SARS-CoV-2 par RT-PCR et Tests antigéniques

*y compris les cas possibles de réinfection (multi-testés positifs avec plus de 60 jours d'intervalle)

Surveillance virologique (SI-DEP)

	S10-2022 (07/03 au 13/03)	S11-2022 (14/03 au 20/03)	S12-2022 (21/03 au 27/03)	Tendance
Nombre de cas positifs enregistrés	50 998	85 022	151 316	↗
Taux de positivité	14,3 %	19,3 %	24,2 %	↗
Taux d'incidence brut (tous âges) pour 100 000 habitants	415	692	1 232	↗
Taux d'incidence (≥65 ans) pour 100 000 habitants	306	499	829	↗

Recours aux soins d'urgence

	S10-2022	S11-2022	S12-2022	Tendance
Activité aux urgences pour suspicion de COVID-19 Oscore®	0,7%	1,0%	1,5%	↗
Activité SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2,6%	2,9%	4,2%	↗

Surveillance hospitalière (SI-VIC)

Données du 30/03/2022

	S10-2022	S11-2022	S12-2022	Tendance
Nombre de nouvelles hospitalisations	732	804	1 013	↗
Nombre de nouvelles admissions en soins critiques	117	96	120	↗
Nombre de nouveaux décès hospitaliers	95	57	54	↘

Suivi de la vaccination

Données par lieu de
résidence cumulées au
28/03/2022

	Nombre de franciliens ayant reçu au moins une dose	Couverture vaccination au moins une dose (%)	Nombre de franciliens ayant reçu le schéma complet	Couverture vaccinale schéma complet (%)	Nombre de franciliens ayant reçu une dose de rappel	Couverture vaccinale dose de rappel
Population tous âges	9 354 937	76,2 %	9 241 568	75,3 %	6 596 529	53,7 %

Gain de couverture vaccinale (points en pourcentage)	S10-2022	S11-2022	S12-2022	Tendance
Au moins une dose	0	0	0	→
Schéma complet	0	0	0	→
Dose de rappel	0,2	0,1	0,1	→

En Île-de-France, la 5^{ème} vague épidémique de COVID-19 a débuté début novembre 2021 (S44-2021) avec un variant Delta encore majoritaire. A partir de la S45-2021, une explosion sans précédent des contaminations a été observée, liée majoritairement à l'introduction et à la diffusion rapide du variant Omicron, devenu majoritaire dans la région à partir de la S51. La circulation du variant Delta a néanmoins persisté pendant plusieurs semaines, avec un grand nombre de cas et d'hospitalisations hebdomadaires liés à ce variant au moins jusqu'en S02-2022. **Le pic épidémique de la 5^{ème} vague a été atteint en S01-2022 avec une incidence régionale de 4 149 cas pour 100 000 habitants**, équivalant à 509 469 personnes testées positives au SARS-CoV-2. Le taux de positivité était, lui, au plus haut en S02-2022, à 28 %.

La S09-2022 marquait la fin de la phase descendante de la vague, le taux d'incidence atteignant 305 cas pour 100 000 habitants avant de repartir à la hausse en S10-2022. **La 5^{ème} vague peut donc être délimitée entre les semaines 44-2021 et 09-2022**, avec un total de **2 894 649 personnes testées positives** au SARS-CoV-2 en Île-de-France au cours de cette période de 18 semaines, ce qui représente 62,4% des cas enregistrés depuis le 18/05/2020 (la date de mise en place de SI-DEP). Ceci rend cette 5^{ème} vague sans précédent en termes de nombre de cas documentés, principalement en raison de la forte contagiosité et de transmissibilité du variant Omicron, mais aussi grâce aux fortes capacités de dépistage déployées pendant cette période avec 17 666 956 personnes testées, ce qui représente 35,3% du total des personnes testées depuis le 18/05/2020.

Les dynamiques départementales lors de la 5^{ème} vague étaient globalement comparables, avec quelques particularités. La hausse de la circulation virale a été enregistrée dans un premier temps à Paris, suivi des autres départements. Le taux de dépistage était systématiquement plus élevé à Paris que dans les autres départements, et ce dans toutes les catégories d'âge, reflet d'une offre plus importante et d'un accès plus facile aux tests. Le taux de positivité tous âges à Paris était par conséquent parmi les plus faibles. La Seine-Saint-Denis était parmi les départements présentant les taux d'incidence les plus élevés au moment du pic. Ce département a ensuite amorcé avant les autres la phase descendante de l'incidence mesurée, le nombre de cas hebdomadaires détectés et le taux de positivité affichant une nette diminution. Ceci était remarquable, puisque lors de vagues précédentes la Seine-Saint-Denis était souvent parmi les départements les plus touchés par la COVID-19 et avec une décline plus lente. Un accès moindre aux tests des classes d'âges plus jeunes (possibilité ou volonté d'accès au dépistage, dans un département à la population jeune plus souvent pauci- ou asymptomatique) pourrait expliquer cette dynamique inattendue.

L'impact de cette 5^{ème} vague à l'hôpital reste, lui, comparable à celui des vagues précédentes en Île-de-France. Ceci est à mettre au crédit de la couverture et de l'efficacité vaccinale. Entre S44-22 et S09-21, **33 707 hospitalisations et 5 728 admissions en soins critiques ont été enregistrées** dans le système SI-VIC. Le nombre d'hospitalisations était supérieur à 37 000 pour la 1^{ère} et la 3^{ème} vague, pour une durée respective de 17 et 16 semaines. Le nombre d'admissions en soins critiques était supérieur à 7 000 lors de la 1^{ère} vague, et supérieur à 9 000 lors de la 3^{ème}. Ces valeurs étaient inférieures lors de la 2^{ème} et surtout de la 4^{ème} vague, avec des durées plus courtes. Au cours de cette 5^{ème} vague, des proportions parfois importantes (à la hauteur de 40%) des hospitalisations déclarées dans SIVIC concernaient des patients hospitalisés pour un autre motif que la COVID-19 mais qui ensuite été testés positifs. Ceci est liée à l'intense circulation du variant Omicron. Toutefois, le rôle d'un changement de pratique de codage n'est pas à exclure suite à des recommandations de vigilance initiées à la même période et relatives au renseignement de cette information dans SIVIC (tous les patients étant considérés par défaut comme hospitalisés pour maladie COVID-19 en l'absence d'une intervention active).

Au cours de la 5^{ème} vague, **les moins de 40 ans démarquaient avec plus d'hospitalisation**, mais sans répercussion flagrante sur les admissions en soins critiques, contrairement aux vagues précédentes. Aucune différence particulière entre les départements franciliens n'a été notée sur le taux d'incidence hebdomadaire des nouvelles hospitalisations.

L'activité SOS Médecins « pour suspicion de COVID-19 » était importante en 5^{ème} vague et comparable à la 2^{ème} vague. Depuis le début de l'épidémie, les parts d'actes SOS Médecins pour « suspicion de COVID-19 » étaient plus élevées chez les tranches d'âge les plus actives (15 à 64 ans) et donc les plus exposées aux infections SARS-CoV-2. Néanmoins, une augmentation remarquable de cette part d'activité a été notée chez les moins de 15 ans pendant les 4 semaines de pic de la 5^{ème} vague, probablement en raison de la couverture vaccinale plus faible chez les enfants.

En 5^{ème} vague, **l'activité des urgences hospitalières (Oscour) pour « suspicion de COVID-19 »** était comparable aux 3^{ème} et 4^{ème} vagues épidémiques. Depuis le début de l'épidémie, les parts des passages aux urgences hospitalières pour « suspicion de COVID-19 » étaient plus élevées chez la tranche d'âge des 65 ans et plus, plus vulnérable à la COVID-19, suivi des 15 à 64 ans, population plus active et donc plus exposée aux infections au SARS-CoV-2. Néanmoins, une augmentation forte de cette part d'activité chez les moins de 15 ans a été observée lors de la 5^{ème} vague épidémique, probablement liée à la forte circulation virale dans un contexte d'une couverture vaccinale plus faible dans cette tranche d'âge. En 5^{ème} vague, la part des passages aux urgences hospitalières pour « suspicion de COVID-19 » était plus marquée dans certains départements que d'autres, à savoir ; la Seine-Saint-Denis, le Val-D'oise, et le Val-de-Marne, puis l'Essonne et Paris, et à plus faible degré les autres départements franciliens. Aucune différence n'est observée sur la distribution de la part d'activité par classe d'âge par département.

La situation en EHPAD montrait une accentuation des infections au SARS-CoV-2 entre la S46 et la S01-2022, mais plus faible que dans la population générale. En effet, le nombre de nouveaux décès et hospitalisations déclarés en EHPAD était le plus bas lors de la 5^{ème} vague par rapport aux vagues précédentes. La proportion très élevée de personnes âgées de plus de 65 ans ayant reçu une dose de rappel est l'un des facteurs qui pourrait expliquer le nombre limité d'hospitalisations et décès en 5^{ème} vague en Île-de-France.

En ce qui concerne la mortalité, l'impact de la 5^{ème} vague semble avoir été moins sévère chez les personnes âgées de 65 ans et plus par rapport aux vagues 1 à 3. A l'inverse, les excès de mortalité chez les personnes de 15 à 64 ans ont semblé plus marqués que les vagues précédentes. Si les chiffres sur la mortalité permettent de suivre des tendances, ils restent encore imprécis pour connaître la mortalité due à la pandémie. Quatre sources de données sont actuellement utilisées pour suivre l'impact du SARS-CoV2 sur la mortalité.

La base de données Insee ou base de mortalité toutes causes (volets administratifs des certificats de décès) ; Des excès de décès sont estimés à partir de ces décès toutes causes (analyse géographique sur le département de décès). Des modèles statistiques permettent de corréliser la surmortalité avec le contexte sanitaire. En Île-de-France, 89% des décès font l'objet d'un envoi à l'Insee en temps réel, en format électronique. Les données Insee sont ensuite consolidées puis exploitables avec un délai moyen de 2 semaines, mais ne précisent pas la cause.

La base de données du CépIdc de l'Inserm, qui enregistre les causes médicales de décès. Pour le suivi de la pandémie, Santé publique France suit les certificats de décès reçus par voie électronique (dispositif E-Cert). Ces certificats transmis essentiellement par des hôpitaux et des Mairies sont analysés en recherchant la mention de COVID 19 parmi les causes médicales notifiées lors du constat de décès par un médecin. Le taux de couverture d'E-Cert est faible. Il n'est pas représentatif et a fortement varié au cours de la pandémie. En Île-de-France il est passé de 23% en mars 2020 à 38,6% en décembre 2021. La recherche de texte sur le mot COVID-19, n'implique pas que les personnes soient décédées de la COVID 19, ni même que la COVID 19 a eu un impact majeur sur le processus de morbidité. Cette méthode tend à surestimer le nombre de décès lié à la COVID 19.

Deux autres sources de données, plus spécifiques au suivi de la pandémie permettent de suivre les décès en lien avec la COVID-19. **Le système d'information pour le suivi des victimes SIVIC** enregistre toutes les hospitalisations en lien avec l'infection du SARS-CoV-2. Cependant, chez des patients présentant des comorbidités, notamment chez des jeunes enfants, il est parfois extrêmement difficile de définir à quelle maladie attribuer le décès.

Dans les EHPAD, un outil informatique dédié au suivi des résidents permet aux établissements de déclarer le nombre de décès en lien avec la COVID-19.

Si ces outils souffrent chacun de biais et de limites, ils permettent néanmoins de suivre les tendances en temps réel et de manière adéquate. En revanche, aucune source ne permet actuellement de suivre spécifiquement l'impact de la mortalité COVID 19 chez les personnes décédées à domicile (21% des décès en Île-de-France, 26% des décès en Seine-Saint-Denis en 2018 selon [l'Insee](#)).

En résumé...

En semaine 12 en Île-de-France, les indicateurs virologiques et hospitaliers poursuivaient leur hausse. La situation sanitaire continuait de se dégrader dans un contexte de levée des restrictions, de rassemblements en période électorale, d'une couverture vaccinale encore incomplète - notamment chez les enfants et chez les plus âgés - et de la forte contagiosité du variant Omicron, majoritaire en Île-de-France.

En S12, **le taux d'incidence brut régional se situait à 1 232 cas pour 100 000 habitants** (vs. 692 p. 100 000 en S11) et **augmentait** pour la troisième fois après 8 semaines consécutives de baisse. La même tendance s'observait pour le **taux de dépistage** sans effet de dilution puisque **le taux de positivité augmentait pour la quatrième semaine consécutive** pour atteindre **24,2%**. Ces trois indicateurs étaient globalement en hausse dans tous les départements franciliens et dans toutes les classes d'âge.

Le variant Omicron (21K, B.1.1.529) est majoritaire en Île-de-France depuis la S51. Depuis la S03, plus de 99% des résultats interprétables de tests de criblage rapportent des profils de mutation compatibles avec un variant Omicron. Les données de séquençage des enquêtes Flash confirmaient la forte diffusion du variant Omicron au niveau régional, avec une prédominance du sous-lignage BA.2 depuis le 28/02/2022. Une analyse de risque sur les variants est disponible sur [le site de Santé publique France](#).

Le recours aux soins primaires (**SOS Médecins**) pour « suspicion de COVID-19 » augmentait au cours des quatre dernières semaines en Île-de-France. Le recours aux services d'urgence (**Oscour®**) pour « suspicion de COVID-19 » augmentait en S12 pour la troisième semaine consécutive. Notons la co-circulation actuelle du virus de la grippe.

Au niveau hospitalier (**données SIVIC**), la hausse des nouvelles hospitalisations se confirmait en S12, avec une augmentation de +26% par rapport à la semaine précédente. La S12 marquait également l'interruption d'une séquence de 10 semaines de baisse continue des nouvelles admissions en soins critiques qui augmentaient de +25%. Si les décès hospitaliers liés à la COVID-19 poursuivaient leur décroissance (-5%) pour la 8^{ème} semaine consécutive, cette tendance baissière ralentissait en S12, et pourrait s'inverser dans les semaines à venir du fait de la hausse des deux autres indicateurs et du décalage temporel habituellement observé entre hospitalisation et décès.

En S12 en **ESMS**, le nombre de nouvelles déclarations d'épisodes de COVID-19 se stabilisait, tandis que le nombre de nouveaux cas déclarés chez les résidents et chez le personnel augmentait pour la 3^{ème} semaine consécutive. Dans les **EHPAD** particulièrement, le nombre de nouvelles déclarations d'épisodes de COVID-19 ainsi que le nombre de nouveaux cas déclarés chez les résidents et chez le personnel augmentaient également en S12.

Après 12 semaines consécutives de surmortalité et un pic de décès atteint en S02, **aucun excès significatif de décès toutes causes confondues et tous âges** n'a été observé en Île-de-France depuis 5 semaines.

La progression de la couverture vaccinale contre le SARS-CoV-2 demeurait faible en S12 en Île-de-France. Les données par lieu de résidence au 28/03/2022 indiquaient une **couverture vaccinale** tous âges à au moins 1 dose à 76,2% (vs. 76,2% en S11), à 75,3% pour le schéma complet (vs. 75,3% en S11) et à 53,7% pour la dose de rappel (vs. 53,6% en S11). Un Francilien âgé de plus de 75 ans ou plus sur 4 n'a toujours pas reçu de dose de rappel.

Face à la circulation virale élevée et à nouveau en hausse, **la vaccination de toutes les personnes éligibles reste primordiale et doit être associée à un haut niveau d'adhésion aux autres mesures de prévention**, notamment le respect des mesures barrières, la limitation des contacts à risque et le respect de l'isolement en cas de symptômes, d'infection confirmée ou de contact avec un cas confirmé. C'est la combinaison **des différentes mesures individuelles et collectives** qui contribue à la limitation de la transmission du SARS-CoV-2 et à la protection des personnes fragiles et peut être déterminante pour faire baisser la circulation virale (y compris chez les personnes vaccinées) et pour éviter les cas sévères, de nouvelles tensions hospitalières voire l'apparition de nouveaux variants.

Surveillance Virologique

La surveillance virologique du SARS-CoV-2 vise au suivi exhaustif de l'ensemble des personnes testées. Elle s'appuie actuellement sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage) : les données transmises concernent les tests RT-PCR et les tests antigéniques (TA) réalisés dans les laboratoires, cabinets, pharmacies et autres lieux de tests.

Taux d'incidence, Taux de positivité et Taux de dépistage

En S12, le **taux d'incidence brut régional** se situait à **1 232 cas pour 100 000 habitants** (vs. 692 pour 100 000 hab. en S11) et **augmentait pour la 3^{ème} fois après 8 semaines consécutives de baisses** (Figures 1 et 2). Ce taux dépasse désormais le pic des vagues 2-4. Le taux d'incidence régional restait légèrement inférieur au taux national (Île-de-France incluse) qui augmentait également en S12 pour atteindre 1 337 cas pour 100 000 habitants. Au niveau départemental, les taux d'incidence affichaient la même tendance haussière régionale. Le taux d'incidence le plus élevé était mesuré dans les Hauts-de-Seine (à 1 546 pour 100 000 hab.), tandis que le plus faible de cas détectés était mesuré en Seine-Saint-Denis (à 677 pour 100 000 hab.).

En S12, le **taux de dépistage (5 083 tests pour 100 000 habitants) et le taux de positivité (24,2%) augmentaient** au niveau régional et dans l'ensemble des départements (Figures 1 et 2). La hausse globale des indicateurs virologiques confirmait la reprise à la hausse de la circulation virale entamée en S10. La recherche du SARS-CoV-2 dans les eaux usées (Réseau Obépine) mettait également en évidence une augmentation de la biomasse virale enregistrée par toutes les stations d'eaux usées d'Île-de-France.

En Île-de-France, le **taux de positivité parmi les personnes symptomatiques augmentait** (49,7 % en S12 vs. 46,3 % en S11). **Chez les asymptomatiques**, ce taux affichait également une hausse (16,1 % en S12 vs. 13,1 % en S11). Parmi les personnes qui ont eu recours à un test RT-PCR ou un test antigénique - quel que soit le résultat - la proportion de personnes qui se sont déclarées symptomatiques augmentait en S12 à 26,2 % (vs. 22,7 % en S11).

La hausse des indicateurs virologiques à partir des niveaux déjà élevés invite à maintenir une grande vigilance, dans un contexte de levée des mesures restrictives, de regroupements en période électorale, de diffusion du sous-lignage BA.2 du variant Omicron, plus transmissible et d'une couverture vaccinale encore incomplète, y compris dans les classes d'âge les plus vulnérables.

Figure 1. Évolution du taux d'incidence brut, du taux de dépistage pour 100 000 habitants et du taux de positivité (%), depuis S21/2020 et jusqu'en S12/2022, Île-de-France (source SI-DEP au 30/03/2022)

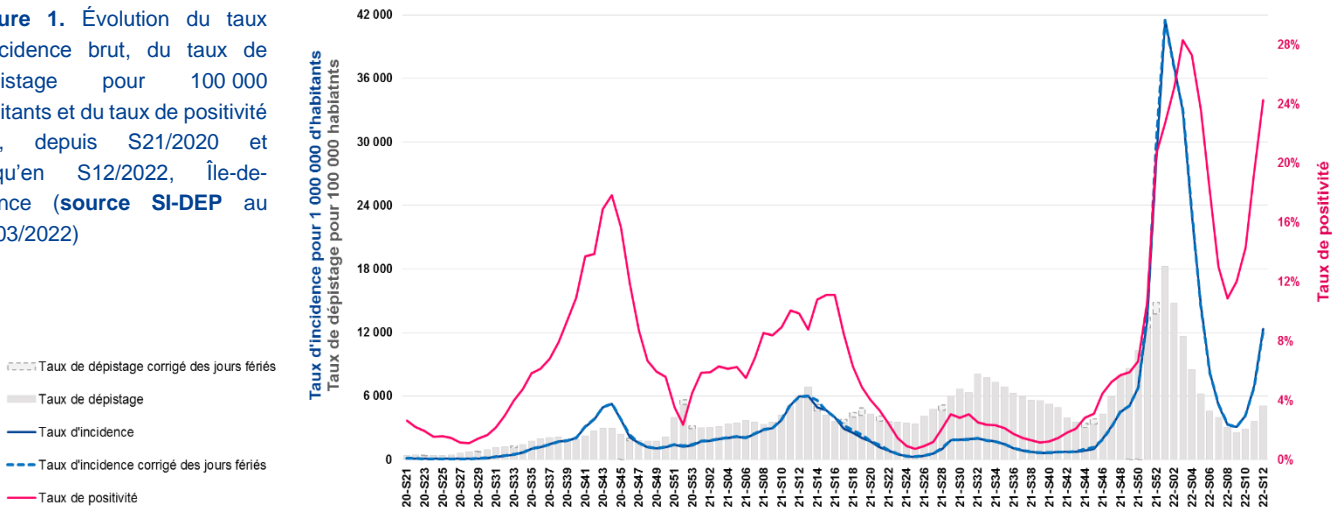


Figure 2. Évolution du taux d'incidence brut, du taux de dépistage pour 100 000 habitants et du taux de positivité (%), depuis S38/2021 et jusqu'en S12/2022, Île-de-France (source SI-DEP au 30/03/2022)

	Evolution relative du taux d'incidence (%)												Taux de positivité (%) et évolution			Taux de dépistage pour 100 000 hab. et évolution																			
	S38	S39	S40	S41	S42	S43	S44	S45	S46	S47	S48	S49	S50	S51	S52	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07	S08	S09	S10	S11	S12	S11 vs S10	S12 vs S11	S11	S12	S12 vs S11	S11	S12	S12 vs S11
75	76	71	75	85	87	87	114	140	268	449	607	660	1008	2072	3 265	4 131	3 559	3 238	2 282	1 439	856	588	452	448	612	962	1 520	57,2%	58,0%	16,8	19,8	3 point	5 733	7 695	34,2%
77	57	49	48	50	58	64	68	82	149	231	368	452	591	1022	2 785	4 104	3 819	3 433	2 517	1 634	899	523	286	243	317	572	1 145	80,4%	100,0%	22,9	29,9	7 point	2 499	3 831	53,3%
78	76	63	62	76	83	87	84	99	186	314	444	462	573	1015	2 604	3 631	3 649	3 676	2 748	1 756	991	619	377	331	453	793	1 452	74,9%	83,2%	26,3	31,4	5,1 point	3 011	4 625	53,6%
91	68	57	57	67	57	60	63	76	148	237	350	444	546	1042	2 866	4 343	3 767	3 285	2 367	1 533	827	498	299	261	345	607	1 219	75,9%	100,7%	24,0	30,6	6,5 point	2 528	3 987	57,7%
92	63	60	60	60	62	69	81	106	200	342	496	535	741	1498	3 043	3 921	3 602	3 514	2 532	1 550	863	558	366	355	511	893	1 546	74,8%	73,2%	21,5	25,1	3,6 point	4 159	6 159	48,1%
93	92	69	72	71	71	72	88	97	165	265	386	450	552	1115	3 068	4 372	3 650	2 796	1 735	1 062	601	367	230	211	252	387	677	53,9%	74,9%	12,5	16,9	4,4 point	3 097	4 000	29,2%
94	72	69	65	81	76	70	77	95	180	291	439	513	666	1348	3 253	4 190	3 724	3 124	2 145	1 359	785	497	309	285	398	649	1 151	62,9%	77,5%	18,0	23,7	5,7 point	3 609	4 861	34,7%
95	72	62	64	74	68	74	85	104	197	289	417	475	600	1110	3 216	4 582	3 984	3 364	2 267	1 376	757	456	280	241	328	534	1 020	62,9%	90,9%	19,5	25,4	6 point	2 744	4 013	46,2%
IDF	72	63	64	71	71	74	85	103	191	312	449	509	681	1329	3 026	4 149	3 702	3 293	2 315	1 457	822	516	332	306	415	692	1 232	66,9%	78,0%	19,3	24,2	4,9 point	3 580	5 083	42,0%



Echelles :	%	point de %
Baisse	< -5%	< -0,2
Variation légère	[-5% ; +5%]	[-0,2 ; +0,2]
Hausse	> +5%	> +0,2

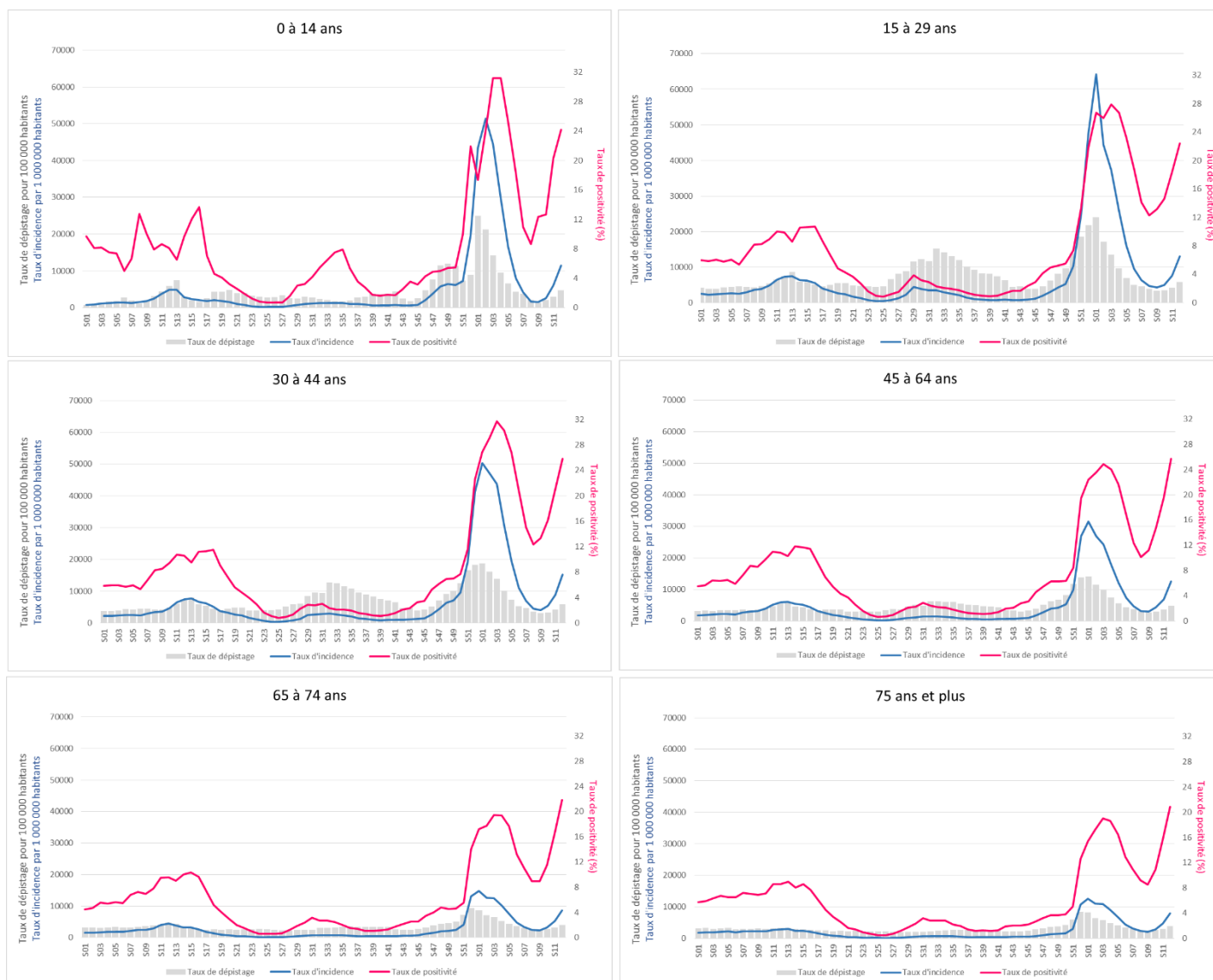
Surveillance Virologique - suite

Taux d'incidence, Taux de dépistage et Taux de positivité par classe d'âge en Île-de-France

En S12 en Île-de-France, **les taux d'incidence et de positivité poursuivaient leur forte hausse dans toutes les catégories d'âge pour la 3^{ème} semaine consécutive**, dans un contexte d'évolution à la hausse du taux de dépistage également (*Figure 3*). Les hausses les plus marquées des taux d'incidence et des taux de dépistage s'observaient chez les enfants de moins de 15 ans à +91% et +60% respectivement, sans effet de dilution lié à un dépistage accru (taux de positivité restant en hausse), tandis que la hausse la plus marquée du taux de positivité s'observait chez les 45-64 ans à +6,3 points.

La classe d'âge des franciliens de 30-44 ans présentait le taux d'incidence et le taux de positivité les plus élevés, à 1 517 cas pour 100 000 habitants et 25,8 %, respectivement.

Figure 3. Évolution des **taux d'incidence bruts pour 1 000 000 habitants**, des **taux de dépistage non corrigés pour 100 000 habitants** et des **taux de positivité (%)** en Île-de-France depuis S01/2021 et jusqu'en S12/2022 (vagues épidémiques 3, 4 et 5), par classe d'âge, en Île-de-France (source SI-DEP au 30/03/2022)



Surveillance de variants

La surveillance des variants repose sur l'identification de mutations d'intérêt (criblage) et sur une surveillance génomique. Le criblage est réalisé sur une proportion des prélèvements positifs à un premier test RT-PCR. Les données sur ces tests de criblage sont analysées par Santé publique France pour évaluer en temps quasi réel la circulation et l'émergence de certains variants porteurs de mutations d'intérêts dans un territoire donné.

Les enquêtes Flash font appel au séquençage du génome viral, sur une sélection aléatoire de prélèvements RT-PCR positifs du lundi. Ces enquêtes peuvent manquer de représentativité et le nombre de prélèvements analysés peut paraître faible au regard du nombre de cas quotidiens en Île-de-France. Leur finalité première est cependant de décrire la diversité des virus SARS-CoV-2 circulants plutôt que de donner une image précise des prévalences. Les données nationales de séquençage (y compris les données des enquêtes Flash) intègrent la base de données EMERGEN.

Résultats des tests de criblage saisis dans SI-DEP

En S12, la proportion des prélèvements où les mutations L452R et E484K n'étaient pas détectées (proxy pour présence d'Omicron) restait stable : Elle était de **99,6%** (vs 99,7% en S11), **confirmant la prédominance du variant Omicron en Île-de-France depuis la S51/2021**. Il faut toutefois noter qu'un résultat négatif à L452R et E484K au criblage n'est pas absolument synonyme de variant Omicron car d'autres variants très minoritaires présentent ce même profil de criblage.

La nouvelle stratégie de criblage permettant de rechercher la présence éventuelle de mutations spécifiques d'Omicron (la délétion 69/70, les substitutions K417N, S371L-S373P et Q493R) est actuellement largement déployée dans les laboratoires. La proportion de résultats où au moins une des mutations spécifiques d'Omicron était présente parmi les tests criblés où les mutations sont recherchées et interprétables était de **98,1%** en S12. La proportion de détection de la mutation L452R, présente majoritairement chez Delta, est aujourd'hui détectée à des niveaux très faibles (autour de 0,2%).

Si ces deux stratégies (absence des mutations L452R et E484K et recherche des mutations spécifiques Omicron) permettent de suspecter des infections au variant Omicron, un résultat de séquençage est nécessaire pour les confirmer.

Résultats de séquençage : Enquêtes Flash et données EMERGEN

En Île-de-France, on observe à partir des résultats de l'enquête Flash S50 une baisse de séquences du variant préoccupant Delta et une augmentation rapide des séquences du variant préoccupant **Omicron 21K** (Figure 4). Ce dernier était identifié dans quasiment **100%** des séquences des enquêtes FlashS03 (17/01/2022) à FlashS11 (14/03/2022, en cours de consolidation). L'enquête FlashS10 montrait que les infections Omicron sont causées majoritairement par le **sous-lignage BA.2 (77%)**, après avoir été majoritairement dues au sous-lignage BA.1. **Le sous-lignage BA.3** était identifié uniquement par **4 séquences** déposées dans la base EMERGEN (incluant les enquêtes Flash) et n'est plus détecté depuis FlashS05 (31/01/2022).

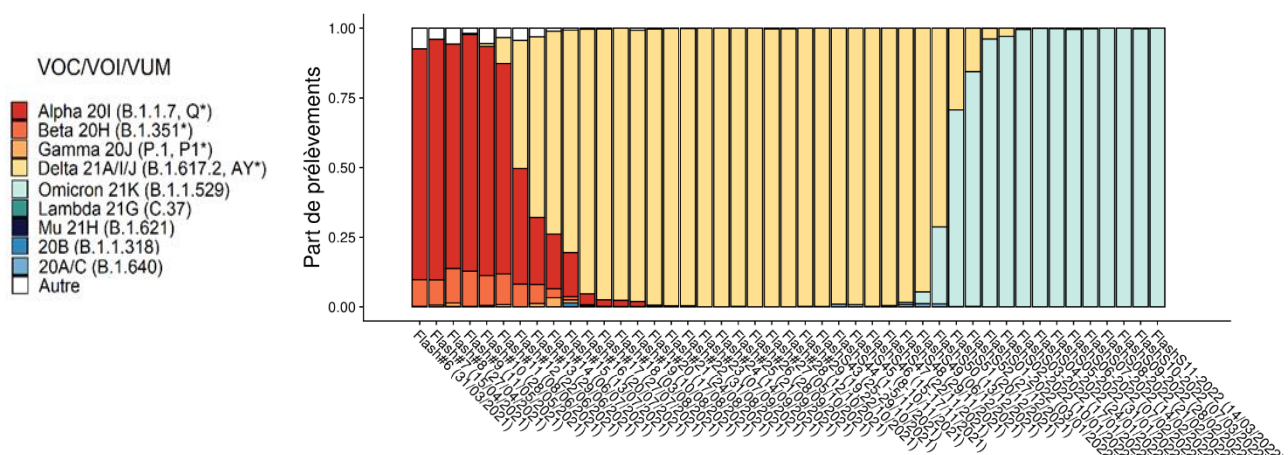
On identifie depuis le 18/02/2022 un **recombinant Delta/Omicron (AY.4/BA.1)**, auquel le nom de **lignage Pangolin XD** a été récemment assigné. La majorité de son génome correspond au variant Delta (sous-lignage AY.4), mais une large portion du gène S (codant pour la protéine Spike) correspond à celle du variant Omicron (sous-lignage BA.1). Par conséquent, il a été classé VUM et fait l'objet d'un suivi renforcé. Au 28/03, 44 séquences de ce recombinant ont été détectées en France, **dont 4 séquences en Île-de-France**. Ces cas remontent à début janvier 2022, ce qui suggère une circulation de ce variant à des niveaux faibles depuis plusieurs semaines. À ce jour, très peu de données sont disponibles sur les caractéristiques de ce virus Sars-CoV-2 recombinant et des investigations sont en cours.

[Une analyse de risque sur les variants est disponible sur le site de Santé publique France.](#)

Figure 4. Proportions des variants séquencés par enquêtes Flash en Île-de-France (données EMERGEN au 28/03/2022).

VOC : variant préoccupant ; VOI : variant d'intérêt ; VUM : variant sous surveillance.

NB : Flash S11 est en cours de consolidation



Surveillance du SARS-CoV-2 dans les ESMS

La surveillance des cas et des décès de COVID-19 en Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) parmi les résidents et le personnel est menée au niveau national par un dispositif de Santé publique France. Ce dispositif - qui concerne les EHPA¹ (dont les EHPAD), les HPH², les ASE³ et autres ESMS avec service d'hébergement - a été mis en place en Île-de-France le 1^{er} juillet 2020 et a évolué le 19 mars 2021. Le dispositif s'appuyant sur les déclarations d'épisodes de COVID-19 par les ESMS, la surveillance n'est donc pas exhaustive. La région Île-de-France compte un total de 703 EHPAD. Ce type d'établissement représente globalement une capacité d'accueil d'environ 51 367 résidents.

En Île-de-France, le nombre de nouveaux épisodes⁴ de COVID-19 déclarés par les ESMS restait relativement stable en S12. En revanche, le nombre total de nouveaux cas déclarés chez les résidents et chez le personnel augmentait légèrement (Figure 5).

En S12, 45 nouveaux épisodes ont été déclarés par des ESMS (vs. 50 en S11). Les nouveaux épisodes sont survenus en EHPAD¹ (27), en HPH² (15) et en autres EHPA¹ (3). Le nombre de nouveaux cas confirmés⁵ déclarés chez les résidents augmentait pour atteindre 363 nouveaux cas en S12 (vs. 300 en S11), reflet d'une hausse de l'indicateur en EHPAD et en EHPA. Chez le personnel, 118 nouveaux cas ont été déclarés en S12 (vs. 92 en S11).

Sur l'ensemble des ESMS, 8 hospitalisations ont été rapportées en S12 (vs. 1 en S11) et 1 décès a été déclaré (vs. 1 décès en S11).

Focus sur les EHPAD

Au cours de la S12, les EHPAD d'Île-de-France ont déclaré 27 nouveaux épisodes de COVID-19 (vs. 21 en S11). Le nombre de nouveaux cas déclarés chez les résidents (252 en S12 vs. 182 en S11) et chez le personnel (71 en S12 vs. 51 en S11) augmentait pour la deuxième semaine consécutive (Figure 6A). Le nombre de décès et d'hospitalisations déclarés par les EHPAD d'Île-de-France restait faible à ce stade (Figure 6B).

¹EHPA : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements EHPA, résidences autonomie, résidences seniors).

²HPH ou PH: Etablissements d'hébergement pour personnes handicapées [FAM, IME, autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficient auditifs et visuels)], autres établissements pour adultes (foyers de vie, foyers d'hébergement).

³ASE : Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS).

⁴Un signalement d'au moins un cas de COVID-19 confirmé.

⁵Cas COVID-19 confirmé: toute personne avec un prélèvement confirmant l'infection par le COVID-19 par test RT-PCR ou antigénique.

Figure 5. Nombre de nouvelles déclarations d'épisodes⁴ de COVID-19 par type de ESMS (EHPAD, HPH, ASE, autres EHPA, et autres ESMS) depuis S42/2020 et jusqu'en S12/2022, Île-de-France (source Voozanoo au 28/03/2022)

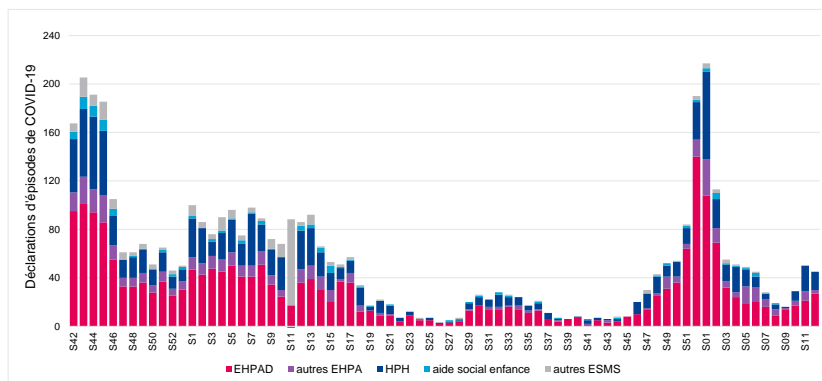
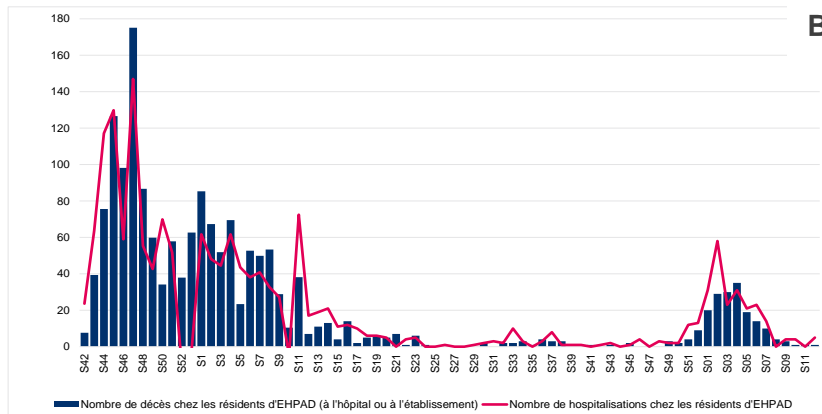
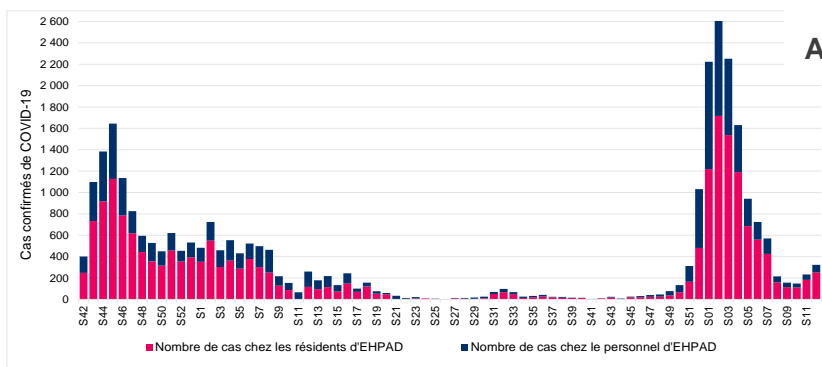


Figure 6. Nombre de nouveaux cas confirmés⁵ de COVID-19 chez les résidents et chez le personnel en EHPAD (A) et nombre de nouvelles hospitalisations et décès déclarés en EHPAD (B), depuis S42/2020 et jusqu'en S12/2022, Île-de-France (source Voozanoo au 28/03/2022)



Surveillance en ville : SOS Médecins

Nombre d'actes médicaux et la part d'activité pour « suspicion de COVID-19 » transmis par les associations SOS Médecins franciliennes. La région compte 6 associations SOS Médecins (SOS Grand Paris - qui intervient à Paris et dans une partie de sa petite couronne, c'est-à-dire dans les Hauts-de-Seine (92), dans une partie de la Seine-Saint-Denis (93) et dans le Val-de-Marne (94) - SOS Seine-et-Marne, SOS Melun, SOS Yvelines, SOS Essonne et SOS Val-d'Oise).

Au total, environ 350 médecins participent ou ont participé. Le taux de codage des diagnostics médicaux transmis par ces associations est supérieur à 97 %.

Actes / consultations pour suspicion de COVID-19 de SOS Médecins

En S12, en Île-de-France, la part des actes SOS Médecins pour « suspicion de COVID-19 » augmentait et représentait 4,2% de l'activité totale codée (vs. 2,9% en S11) (Figure 7).

Le nombre d'actes pour «suspicion de COVID-19» augmentait fortement (+55,1%) en S12, dans un contexte où le nombre d'actes toutes causes confondues augmentait de +7%. Cette augmentation concernait toutes les classes d'âge (Figure 7).

Santé publique France ne reçoit plus les données de la totalité des associations SOS Médecins depuis le 16 février. Cet incident fait suite à une opération de migration de serveurs à SOS Médecins. En Île-de-France et depuis la S07, seules les données de 4 sur les 6 associations franciliennes (80% des données reçues) sont intégrées dans le calcul des tendances.

En S12, les enfants de moins de 15 ans représentaient 30,5% de l'activité SOS Médecins pour « suspicion de COVID-19 », tandis que les personnes âgées de 15 à 44 ans, de 45 à 64 ans, et de 65 ans et plus représentaient 46,4%, 15,9%, et 7,3% des consultations, respectivement (Figure 8).

Figure 7. Nombre hebdomadaire d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 par classe d'âge et part d'activité (%) codée COVID-19 du 06/07/2020 au 27/03/2022, en Île-de-France.

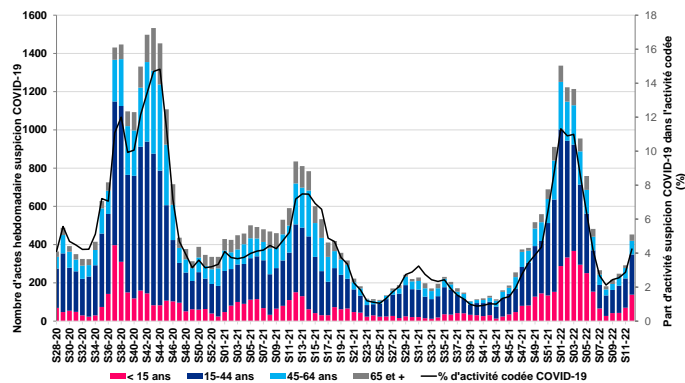
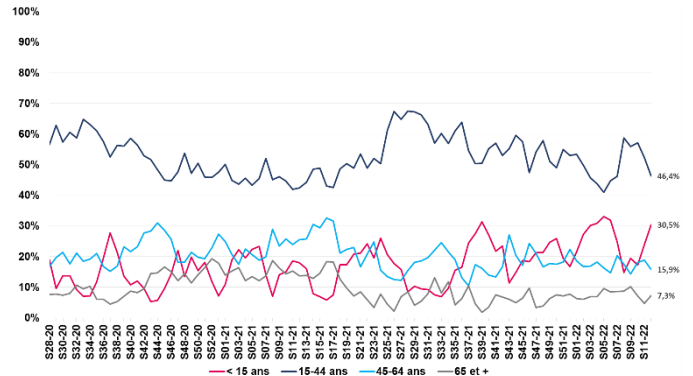


Figure 8. Evolution des proportions des classes d'âges parmi le nombre global hebdomadaire d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19, du 06/07/2020 au 27/03/2022, en Île-de-France.

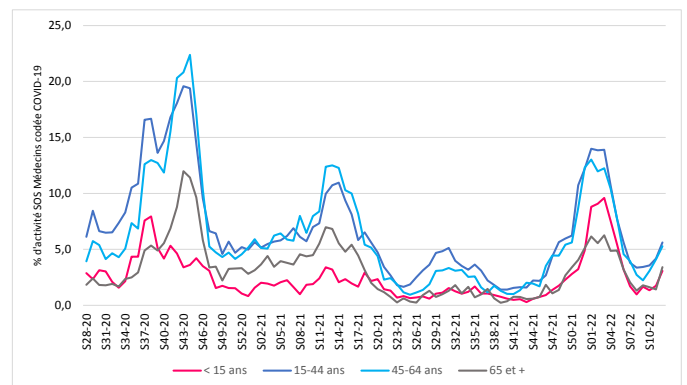


Part d'Actes SOS Médecins « pour suspicion de COVID-19 » par classe d'âge

En S12, la part (%) des actes SOS Médecins pour « suspicion de COVID-19 » par classe d'âge dans l'activité codée toutes causes confondues augmentait en S12 dans toutes les catégories d'âge. Cette part représentait 3,1% chez les moins de 15 ans, 5,6% chez les 15-44 ans, 5,3% chez les 45-65 ans et 3,4% chez les 65 ans et plus (Figure 9).

Depuis le début de l'épidémie, les parts d'actes SOS Médecins pour « suspicion de COVID-19 » sont plus élevées chez les tranches d'âge les plus actives (15 à 64 ans) et donc les plus exposées aux infections SARS-CoV-2. Néanmoins, une augmentation de cette part d'activité a été notée chez les moins de 15 ans au pic de 5^{ème} vague épidémique, dépassant les valeurs observées chez les plus de 65 ans (Figure 9), probablement en raison de la couverture vaccinale plus faible chez les enfants et la co-circulation du virus de la grippe.

Figure 9. Evolution de la part d'activité (%) SOS Médecins codée COVID-19 par classe d'âge du 06/07/2020 au 27/03/2022, en Île-de-France.



Nombre d'actes médicaux et part d'activité pour « suspicion de COVID-19 » parmi l'ensemble des diagnostics renseignés dans les services d'urgence hospitaliers franciliens participant au réseau Oscour®. En Île-de-France, 98 services d'urgence sont connectés et susceptibles de transmettre des Résumés de Passages aux Urgences (RPU) comportant les données médico-administratives relatives à chaque passage aux urgences.

Passages aux urgences hospitalières (Oscour®)

En S12, la part des passages aux urgences hospitalières pour « suspicion de COVID-19 » était en augmentation. Elle représentait 1,5% de l'activité totale codée dans les services d'urgences participants (vs. 1,0% en S11) (Figure 10).

Le nombre de passages aux urgences hospitalières pour « suspicion de COVID-19 » augmentait (+53%), tandis que le nombre de passages aux urgences, toutes causes confondues codés, restait stable. Cette tendance haussière concernait toutes les classes d'âge, et tous les départements franciliens (Figure 10).

En S12, les enfants de moins de 15 ans représentaient 16,8% du nombre global des passages aux urgences pour « suspicion de COVID-19 », tandis que les personnes âgées de 15 à 44 ans, de 45 à 64 ans, et de 65 ans et plus représentaient 39,8%, 16,8%, et 26,7% respectivement (Figures 10 et 11).

Le nombre d'hospitalisations après passage aux urgences pour « suspicion de COVID-19 » augmentait à 197 hospitalisations en S12 (vs. 141 en S11). Le pourcentage d'hospitalisation après passage aux urgences pour « suspicion de COVID-19 » diminuait à 19,0% en S12 (vs. 20,8% en S11). Les enfants de moins de 15 ans présentaient une proportion de 6,1% (N= 12 enfants) parmi les hospitalisations après passage aux urgences pour « suspicion de Covid-19 », tandis que les personnes âgées de 15 à 44 ans, de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus présentaient les proportions de 9,1% (N=18), 13,7% (N=27), et 71,1% (N=140), respectivement.

Passages aux urgences hospitalières (Oscour®) « pour suspicion de COVID-19 » par classe d'âge

En S12, la part (%) des passages aux urgences hospitalières pour « suspicion de COVID-19 » par classe d'âge dans l'activité codée toutes causes confondues augmentait chez les personnes âgées de 15 ans et plus. Elle représentait 0,8% chez les moins de 15 ans, 1,6% chez les 15-44 ans, 1,5% pour les 45-65 ans et 2,6% pour les 65 ans et plus.

Depuis le début de l'épidémie, les parts des passages aux urgences hospitalières pour « suspicion de COVID-19 » étaient plus élevées chez les 65 ans et plus, catégorie d'âge considérée comme plus vulnérable à la COVID-19, suivi des 15 à 64 ans, population plus active, et donc plus exposée aux infections SARS-CoV-2. Néanmoins, une augmentation forte de cette part d'activité chez les moins de 15 ans a été observée lors de la 5^{ème} vague épidémique (Figure 12), probablement liée à la couverture vaccinale plus faible dans cette tranche d'âge et une co-circulation du virus de la grippe.

Figure 10. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 par classe d'âge, et part d'activité (%) codée COVID-19 du 06/07/2020 au 27/03/2022, Île-de-France (source : Oscour®)

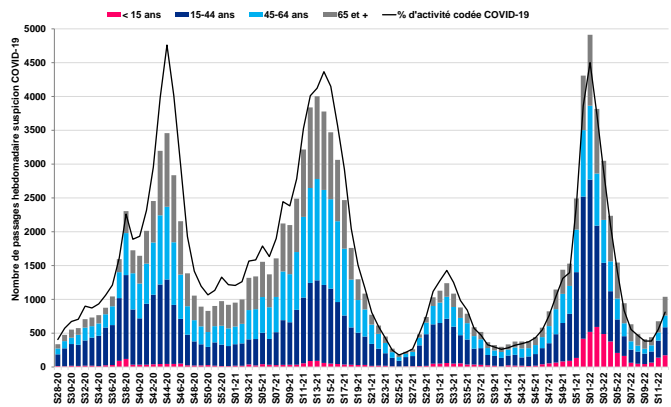


Figure 11. Evolution des proportions des classes d'âges parmi le nombre global hebdomadaire des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19, du 06/07/2020 au 27/03/2022, en Île-de-France (source : Oscour®).

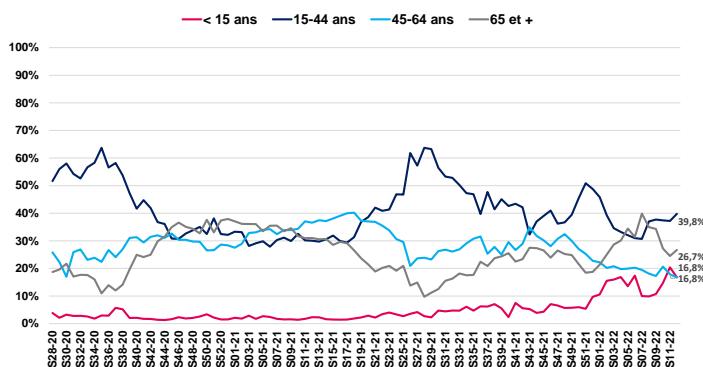
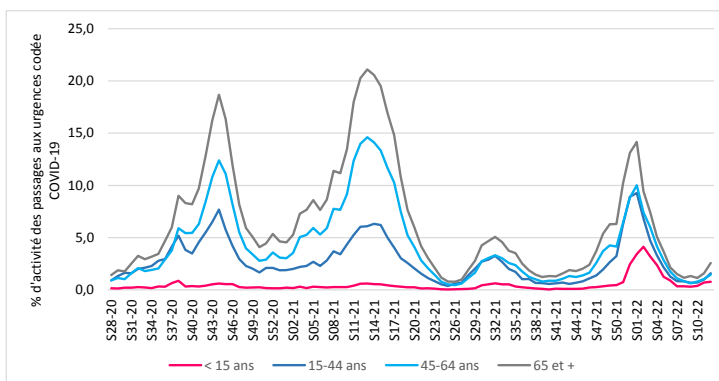


Figure 12. Evolution de la part (%) des passages aux urgences hospitalières pour « suspicion de COVID-19 » par classe d'âge du 06/07/2020 au 27/03/2022, en Île-de-France.



Surveillance à l'hôpital : SI-VIC

SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) a été déployé dans les hôpitaux depuis le 13 Mars 2020. Les données remontées dans SI-VIC par les établissements hospitaliers permettent de recueillir l'information sur le nombre de patients COVID-19 hospitalisés, sur le nombre admis en services critiques (c'est-à-dire en réanimation, en soins intensifs ou en unités de surveillance continue), ainsi que sur les décès survenus à l'hôpital.

Indicateurs hospitaliers - données par date d'admission

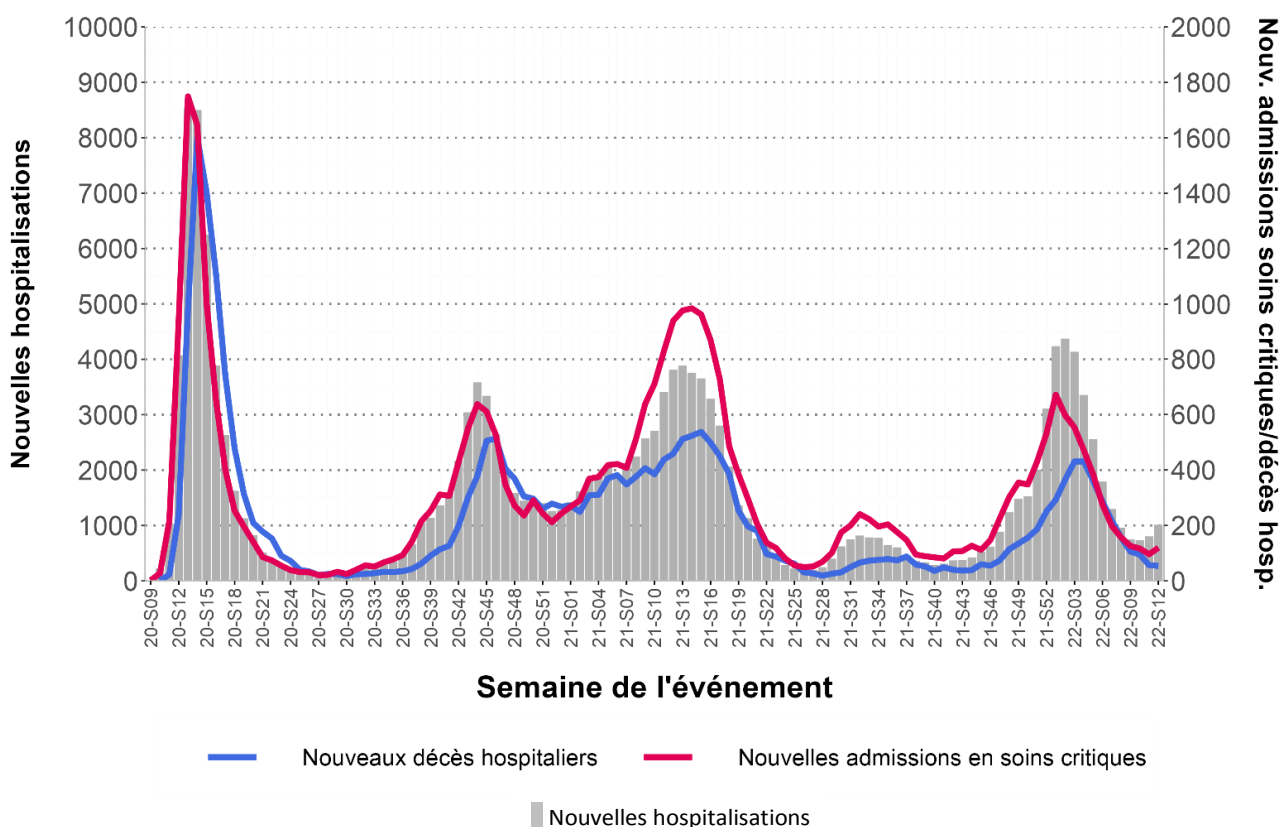
Les données présentées correspondent exclusivement aux données par date d'admission des patients à l'hôpital. Ces données nécessitent un délai de consolidation mais fournissent une description plus fidèle de la situation épidémiologique. Les données les plus récentes présentées sur cette page sont donc susceptibles d'être légèrement corrigées au cours des prochaines publications.

La semaine 12 confirmait la hausse des nouvelles hospitalisations hebdomadaires en Île-de-France qui concerne désormais les soins critiques. En S12, les **nouvelles hospitalisations augmentaient de 26%** (soit 209 hospitalisations de plus qu'en S11) (Tableau 1 et Figure 14). La proportion de patients avec SARS-CoV-2 parmi ces hospitalisations déclarées mais hospitalisés pour un autre motif était stable en S12 à 44% (vs. 44% en S11, 40% en S10, 36% en S09, 34% en S08, 37% en S07). Les **nouvelles admissions en soins critiques augmentaient de 25%**, interrompant 10 semaines de baisse continue. Concernant les admissions en soins critiques, la proportion de patients avec SARS-CoV-2 mais admis pour une autre cause ne permettait pas l'identification d'une tendance (effectifs faibles). Cette proportion était de 24% en S11 (vs. 35% en S10, 27% en S09, 35% en S08, 24% en S07). **Les décès hospitaliers liés à la COVID-19 ralentissent à leur tour de -5% mais les effectifs étaient faibles** et un décalage temporel entre admission à l'hôpital et décès est généralement observé (Tableau 1 et Figure 14).

Tableau 1. Évolution du nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19, de nouvelles admissions en soins critiques et de décès hospitaliers en Île-de-France, sur les 3 dernières semaines (S10 à S12). **Données par date d'admission. Extraction du 30/03/2022.**

	S10-2022 (07/03 au 13/03)	S11-2022 (14/03 au 20/03)	S12-2022 (21/03 au 27/03)	Evolution S12 vs S11	Evolution S11 vs S10
Nombre de nouvelles hospitalisations	732	804	1 013	+26%	+10%
Nombre de nouvelles admissions en soins critiques	117	96	120	+25%	-18%
Nombre de nouveaux décès hospitaliers	95	57	54	-5%	-40%

Figure 14. Évolution du nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19, de nouvelles admissions en services de soins critiques et de nouveaux décès à l'hôpital en Île-de-France, entre les semaines S09-2020 et S12/2022. **Extraction du 30/03/2022.**



Surveillance à l'hôpital : SI-VIC (suite)

Nouvelles hospitalisations et admissions en soins critiques par classe d'âge - données par dates d'admission

Au cours de la 5^{ème} vague (remplacement variant Delta par Omicron), les moins de 40 ans se démarquaient avec plus d'hospitalisation mais sans répercussion flagrante sur les admissions en soins critiques, contrairement aux vagues précédentes (Figure 15). Aucune différence entre les départements franciliens n'a été notée en S12 sur le taux d'incidence hebdomadaire des nouvelles hospitalisations (Figure 16).

Figure 15. Évolution hebdomadaire du nombre de nouvelles hospitalisations (A) et des nouvelles admissions en soins critiques (B) avec un test positif pour Sars-CoV2, par date d'admission et par classe d'âge, Île-de-France, données SI-VIC au 30/03/2022

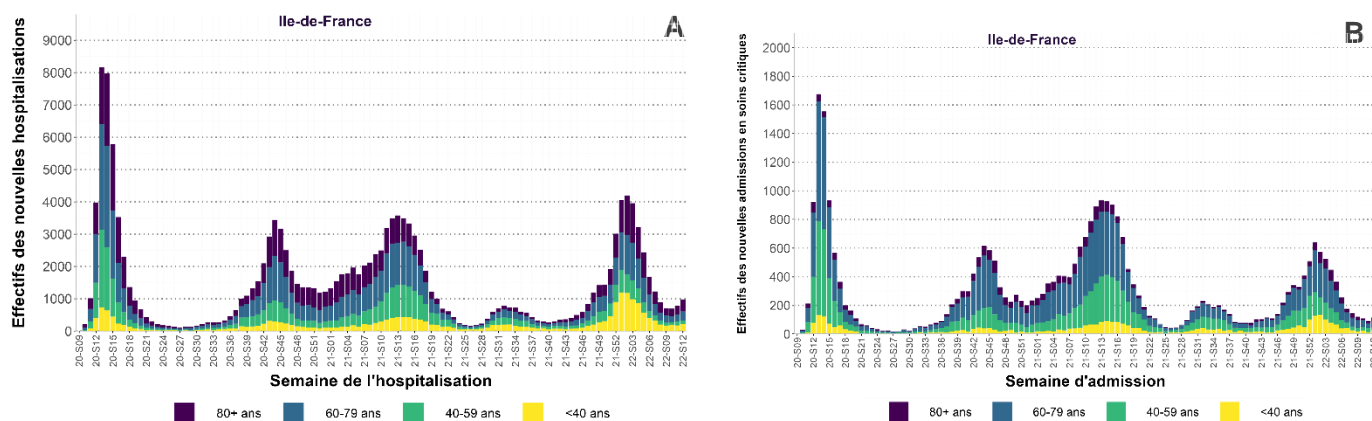
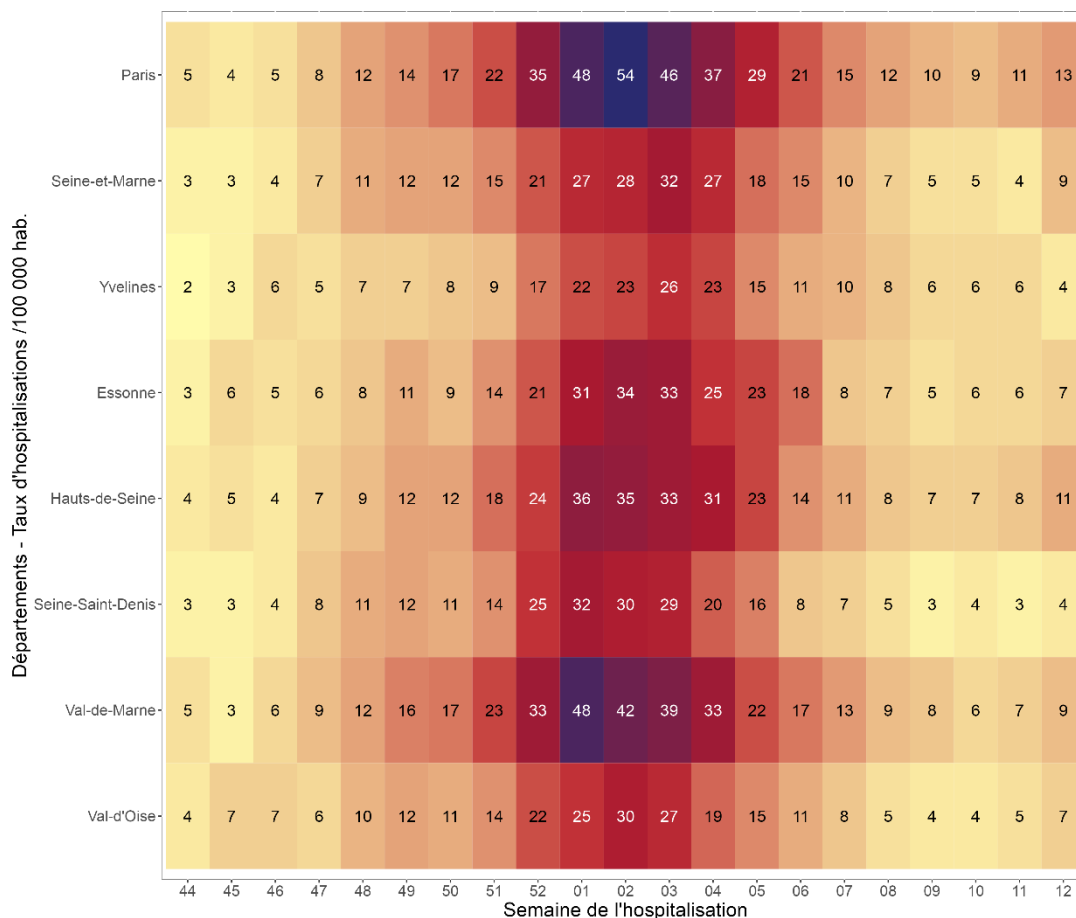


Figure 16. Évolution hebdomadaire du taux d'incidence nouvelles hospitalisations par semaine d'admission et département avec un test positif pour SARS-CoV-2, Île-de-France, données SI-VIC au 30/03/2022



Surveillance de la mortalité

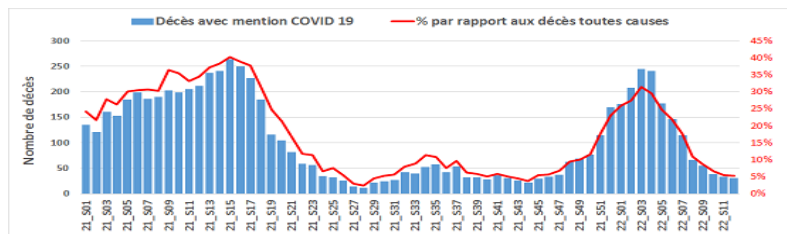
Une description des sources de données de mortalité et de leurs limites est présentée page 3 de ce PER.

Mortalité spécifique au COVID-19 (Mortalité issue de la certification électronique des décès)

Source : Inserm-CépiDC au 30/03/2022 à 14h

La dématérialisation des certificats de décès permet de connaître les causes médicales de décès. Depuis la surveillance de la COVID-19, le taux de certificats de décès certifiés électroniquement en Ile-de-France est passé de 21 % (janvier 2020) à 39,5% (février 2022). Sont surveillés ici les certificats de décès avec la mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès depuis le 1^{er} mars 2020.

Figure 14. Nombre et pourcentage des décès certifiés par voie électronique avec mention COVID-19 (depuis janvier 2021) en Île-de-France.



Nombre cumulé de certificats de décès avec mention de COVID-19 depuis mars 2020 :
12 822 dont 1 528 depuis le 1^{er} janvier 2022

Nouveaux décès en S11 : + 31 décès

Les décès avec mention de COVID 19 continuent de baisser et représentent 5% des certificats électroniques en S12.

Mortalité toutes causes Insee

Source : Insee au 30/03/2022 à 14h.

L'analyse de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données d'état-civil d'environ 370 communes franciliennes, enregistrant près de 90 % de la mortalité régionale. Du fait des délais habituels de transmission, les données récentes sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines.

Au niveau régional, aucun excès significatif de décès toutes causes confondues et tous âges n'a été observé depuis 5 semaines.

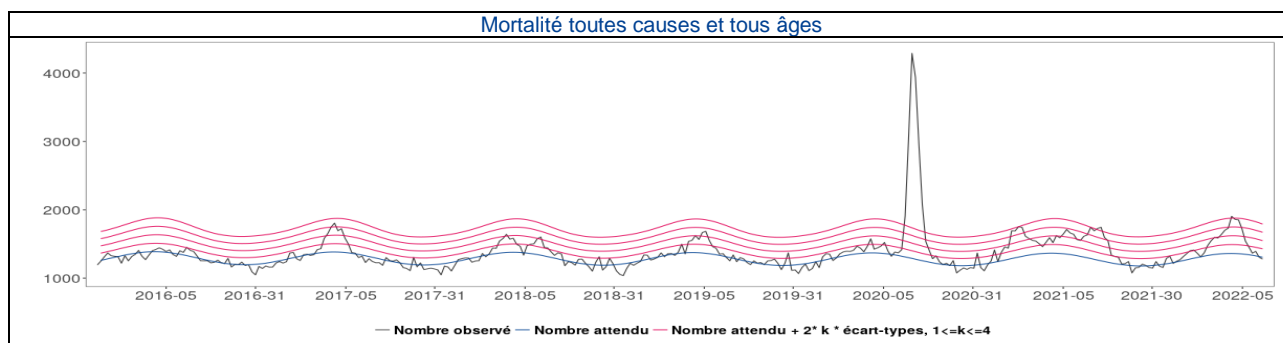
Au niveau départemental, aucun excès significatif de décès toutes causes et tous âges n'a été observé depuis 4 semaines. (Tableau 2). Le dernier excès toutes causes et tous âges était estimé dans l'Essonne en S07.

Tableau 2. Niveau d'excès de la mortalité toutes causes et tous âges, par département en Île-de-France, S08 à S11-2022 (Source : Santé publique France, Insee, au 30/03/2022). Les données de la semaine S11 ne sont pas encore consolidées.

Département	Semaine 08		Semaine 09		Semaine 10		Semaine 11	
	Excès en %	Z-score	Excès en %	Z-score	Excès en %	Z-score	Excès en %	Z-score
75 - Paris	7,3%	1,0	7,1%	0,9	-12,9%	-1,8	1,5%	0,2
77 - Seine-et-Marne	-3,9%	-0,3	-3,8%	-0,3	5,9%	0,5	2,8%	0,2
78 - Yvelines	2,2%	0,2	0,0%	0,0	-2,2%	-0,2	0,4%	0,0
91 - Essonne	9,7%	0,8	11,3%	0,9	17,5%	1,4	-2,8%	-0,2
92 - Hauts-de-Seine	3,4%	0,3	0,7%	0,1	-2,8%	-0,3	-13,3%	-1,3
93 - Seine-St-Denis	-10,0%	-1,0	12,3%	1,2	4,7%	0,5	3,7%	0,4
94 - Val-de-Marne	10,8%	1,0	2,2%	0,2	2,8%	0,3	-2,4%	-0,2
95 - Val-d'Oise	-12,0%	-1,2	7,9%	0,8	0,9%	0,1	-7,8%	-0,8
Ile-de-France	2,3%	0,5	4,9%	1,1	-0,8%	-0,2	-2,2%	-0,5

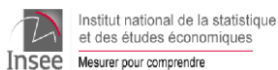
L'excès de mortalité est caractérisé par le Z-score, l'indicateur standardisé qui permet de comparer les excès de décès d'une zone géographique à une autre. Il est par définition centré sur 0. On considère que la mortalité observée est conforme à la mortalité attendue lorsque le Z-score fluctue entre -2 et 2. Un excès de mortalité devient significatif lorsque la valeur du Z-score est supérieure à 2.

Figure 15. Mortalité toutes causes et tous âges jusqu'à la semaine S12-2022 (Source : Santé publique France, Insee, au 30/03/2022). Les données des deux dernières semaines représentées sur les graphes (S11 et S12) ne sont pas consolidées.



En collaboration avec

Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France, Médecins libéraux, SAMU Centre 15, SOS Médecins, médecins urgentistes, réanimateurs, laboratoires hospitaliers de biologie médicale (APHP et hors APHP), laboratoires de biologie médicale de ville, Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence



Missions de Santé publique France

Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. En région, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide à la décision.

INFORMATION CORONAVIRUS COVID-19

QUE FAIRE DÈS LES PREMIERS SIGNES ?

Si vous avez de la fièvre, de la toux, mal à la gorge, le nez qui coule ou une perte du goût et de l'odorat :

- Consultez rapidement votre médecin pour qu'il décide si vous devez être testé
- En attendant les résultats, restez chez vous et évitez tout contact

GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS 0 800 130 000 (appel gratuit)

INFORMATION CORONAVIRUS COVID-19

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
- Porter correctement un masque quand la distance ne peut pas être respectée et dans les lieux où cela est obligatoire
- Respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres
- Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)
- Eviter de se toucher le visage
- Aérer les pièces 10 minutes, 3 fois par jour
- Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades

Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS 0 800 130 000 (appel gratuit)

Rédacteur en chef
Arnaud TARANTOLA

Equipe de rédaction
Santé publique France
Île-de-France

Anne ETCHEVERS
Nelly FOURNET
Yves GALLIEN
Mohamed HAMIDOUCHE
Lucile MIGAULT
Gabriela MODENESI
Annie-Claude PATY
Yassoung SILUE
Bérénice VILLEGAS-RAMIREZ
Aurélien ZHU-SOUBISE
Mervine GOWRY

Direction des régions (DiRe)

En collaboration à Santé publique France avec la Direction des maladies infectieuses (DMI), la Direction appui, traitements et analyse de données (Data)

Contact presse
presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion Santé publique France
12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
www.santepubliquefrance.fr

Date de publication
31 Mars 2022

Numéro vert 0 800 130 000
7j/7 24h/24 (appel gratuit)

Sites associés :

- ▶ [SurSaUD@](#)
- ▶ [OSCOUR@](#)
- ▶ [SOS Médecins](#)
- ▶ [Réseau Sentinelles](#)
- ▶ [SI-VIC](#)
- ▶ [CépiDC](#)



World Health Organization



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

