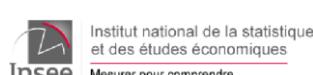


COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire n° 62 du 06 mai 2021

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 05 mai 2021.

► Points clés

En semaine 17, diminution des indicateurs épidémiologiques, restant à des niveaux toujours élevés, avec une persistance de la tension hospitalière

- Diminution du taux d'incidence pour la troisième semaine consécutive dans toutes les classes d'âge
- Diminution des nouvelles hospitalisations et des admissions en soins critiques
- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée
- Métropole : régions Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Hauts-de-France les plus touchées
- Outre-mer : augmentation du taux d'incidence à La Réunion, stabilisation en Guyane et en Guadeloupe

Variants

- Proportions de suspitions de variants préoccupants (VOC) par RT-PCR de criblage :
 - suspitions de variant 20I/501Y.V1 majoritaires en métropole à 80,8%
 - suspitions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 à 5,5%, avec des hétérogénéités au niveau départemental

Prévention

- Vaccination : 16 470 369 personnes ayant reçu au moins une dose, couverture vaccinale de 24,5%
7 306 862 personnes complètement vaccinées, couverture vaccinale de 10,9%
- Résultats de l'enquête CoviPrev du 21 au 23 avril :
 - tendance à la hausse de l'adoption des mesures de limitation des contacts
 - maintien à un niveau élevé des états anxieux et dépressifs
- Importance de l'adoption systématique des mesures barrières et de la limitation des contacts et des déplacements
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 17 (du 26 avril au 02 mai 2021)

	S17	S16*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	150 275	202 939	NI**
Taux d'incidence (pour 100 000 habitants) des cas de COVID-19 (SI-DEP)	241***	302	-20%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	7,4%	9,9%	- 2,5 points
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	1 984	2 402	-17%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	8 654	10 666	-19%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	10 748	12 397	-13%
Nombre de nouvelles admissions en soins critiques de patients COVID-19 (SI-VIC)	2 440	2 971	-18%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres ESMS)	1 995	2 132	Non consolidée

* Données consolidées

** Non interprétable : l'évolution entre ces semaines n'est pas interprétable du fait de la baisse de l'activité de dépistage en lien avec le samedi férié de la semaine 17.

*** Taux d'incidence corrigé prenant en compte le samedi férié de la semaine 17.

Du 1^{er} mars 2020 au 04 mai 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	105 416
---	---------

► Point de situation en semaine 17 (du 26 avril au 02 mai 2021)

En semaine 17 (du 26 avril au 02 mai 2021), une diminution de l'ensemble des indicateurs épidémiologiques était observée, mais l'épidémie reste à un niveau toujours élevé, supérieur à celui observé une semaine avant la levée du deuxième confinement. Le ralentissement de la circulation virale se confirme avec des R-effectifs significativement inférieurs à 1 en métropole pour la troisième semaine consécutive. Si les admissions en services de soins critiques étaient également en baisse depuis cette semaine, la pression hospitalière reste importante. La couverture vaccinale des personnes complètement vaccinées était en progression, pour atteindre près de 11% de la population. En semaine 16, un peu plus de la moitié (56%) des personnes non encore vaccinées indiquaient vouloir le faire dès que possible. Dans ce contexte, le maintien d'un haut niveau d'adhésion aux mesures individuelles de prévention et la progression rapide de la vaccination sont essentiels pour permettre un assouplissement prochain des mesures collectives, maintenir à la baisse la dynamique observée et préserver les capacités hospitalières.

Au niveau national, 150 275 nouveaux cas ont été confirmés, soit environ 21 500 cas en moyenne chaque jour. Le taux d'incidence corrigé pour prendre en compte le samedi férié de la semaine 17 était en diminution (241 pour 100 000 habitants, soit -20% par rapport à la semaine 16) pour la troisième semaine consécutive. Une augmentation du taux de dépistage corrigé était observée (3 266/100 000 habitants, soit +7%), tandis que le taux de positivité diminuait à 7,4% en S17.

Le taux hebdomadaire de nouvelles hospitalisations a diminué en semaine 17, pour la troisième semaine consécutive, mais le nombre de patients COVID-19 hospitalisés s'est maintenu à un niveau élevé, avec 28 487 personnes hospitalisées au 04 mai 2021. Le taux d'admissions en services de soins critiques en S17 diminuait également, le nombre de personnes hospitalisées dans ces services restant néanmoins élevé avec 5 520 patients au 04 mai.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était toujours significativement supérieur à celui attendu au niveau national, et dans neuf régions, en semaine 16. Le nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 hospitalisés en semaine 17 était en diminution. Le nombre de décès en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) restait faible, traduisant l'impact de la vaccination.

L'analyse des résultats de criblage des tests RT-PCR positifs indique une prédominance nette de la proportion de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1, qui représentait 80,8% des tests criblés en S17 en France. La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 était de 5,5% au niveau national (contre 5,0% en S16), avec des hétérogénéités départementales.

En semaine 06-2021 (du 08 au 14 février 2021), la proportion de personnes séropositives pour le SARS-CoV-2 (séroprévalence) était estimée à 13,2% [intervalle de crédibilité à 95% : [10,8-15,6], soit 8 832 000 [7 217 000-10 426 000] personnes séropositives. Cette séroprévalence est en progression régulière mais le niveau atteint confirme que seule une vaccination de masse permettra d'atteindre rapidement une immunité collective susceptible d'influencer très favorablement la dynamique de l'épidémie.

Au 04 mai 2021, 16 470 369 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 7 306 862 sont complètement vaccinées, soit respectivement 24,5% et 10,9% de la population. L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la population adulte (âgée de 18 ans ou plus) était de 31,3% pour au moins une dose et 13,9% pour une vaccination complète.

La vague 23 (21-23 avril) de l'enquête CoviPrev indique que le respect de l'ensemble des mesures de distance physique et de confinement à la maison a augmenté par rapport à la vague précédente. Concernant l'intention vaccinale, 56% des personnes interrogées non vaccinées étaient en faveur de se faire vacciner dès que possible, résultat similaire à la vague précédente. Les indicateurs d'altération de la santé mentale restent stables à un niveau élevé (22% pour les états dépressifs et anxieux).

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

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	16
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	21
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19 (Réseau OSCOUR®)	23
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	24
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	26
SURVEILLANCE DES CAS DE COVID-19 CHEZ LES PROFESSIONNELS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	34
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	36
ESTIMATION DE LA SÉROPRÉVALENCE DES INFECTIONS À SARS-CoV-2.....	42
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	44
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE	49
SITUATION INTERNATIONALE.....	56
SYNTHÈSE	59
SOURCES DES DONNÉES.....	65

Retrouvez les dernières données concernant :

- les **signalements d'infections nosocomiales à SARS-CoV-2** dans le [PE n° 59 du 15 avril 2021](#) ;
- les **variants préoccupants (VOC) du SARS-CoV-2 au niveau international** dans le [PE n° 60 du 22 avril 2021](#) ;
- la **surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques** dans le [PE n° 61 du 29 avril 2021](#) ;
- la **surveillance génomique du SARS-CoV-2** (enquêtes Flash) dans le [PE n° 61 du 29 avril 2021](#)

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

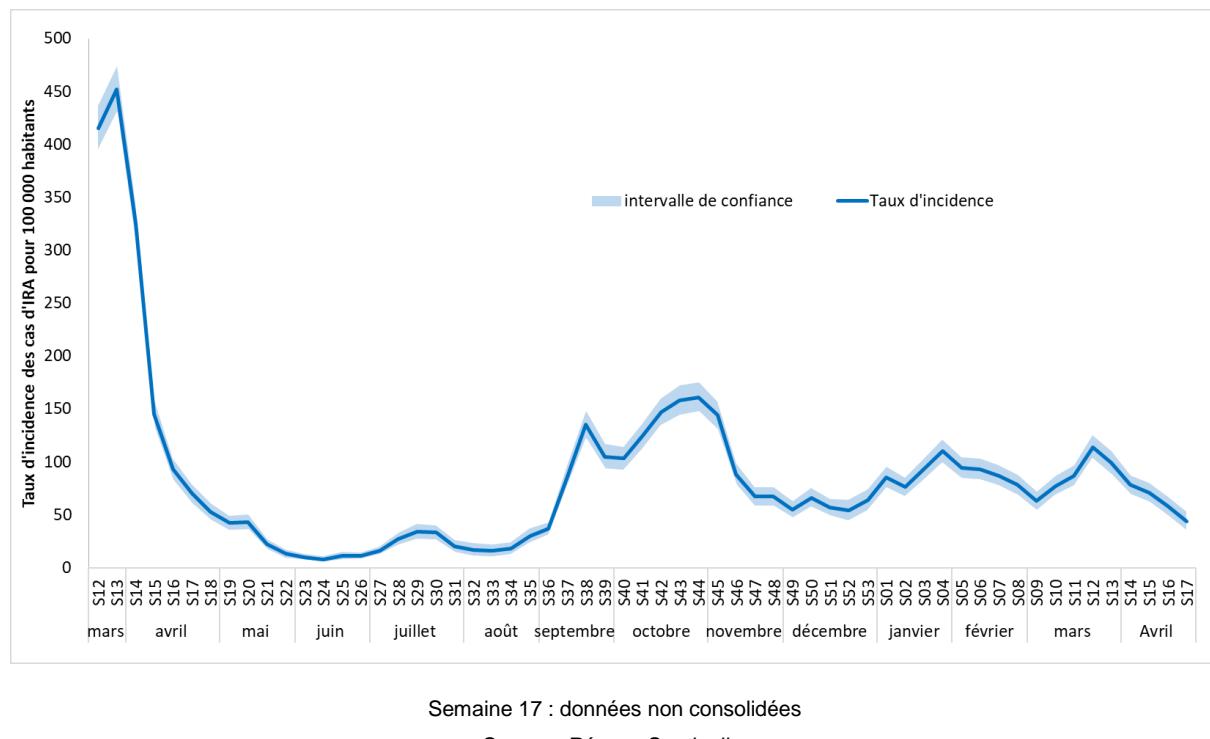
SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► 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 17 (du 26 avril au 02 mai 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 44 pour 100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [35-53] en France métropolitaine, en diminution par rapport à la semaine 16 : 58/100 000 habitants (IC95% : [49-67]) (Figure 1).
- Sur les 11 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA en S17, trois se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2 et deux pour un rhinovirus.
- Depuis la semaine 37-2020, sur les 1 116 prélèvements naso-pharyngés effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés, 315 (28%) étaient positifs pour un rhinovirus, 151 (14%) pour le SARS-CoV-2, 64 (6%) pour un métapneumovirus et 59 (5%) pour un virus respiratoire syncytial (VRS). Deux prélèvements se sont avérés positifs pour un virus grippal de type B/Victoria en semaine 49-2020 et en semaine 02-2021.

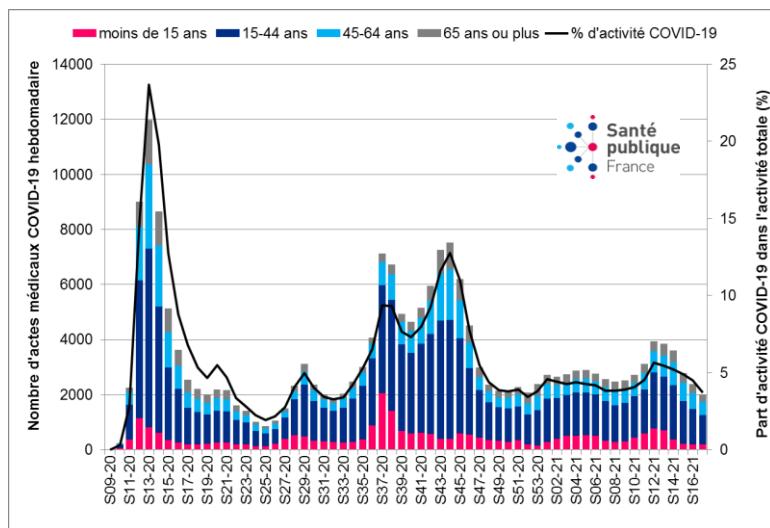
Figure 1. Taux d'incidence (/100 000 habitants) des cas d'infection respiratoire aiguë (IRA) vus en médecine générale, par semaine, depuis la semaine 12-2020 (du 16 au 22 mars), France métropolitaine



► Associations SOS Médecins

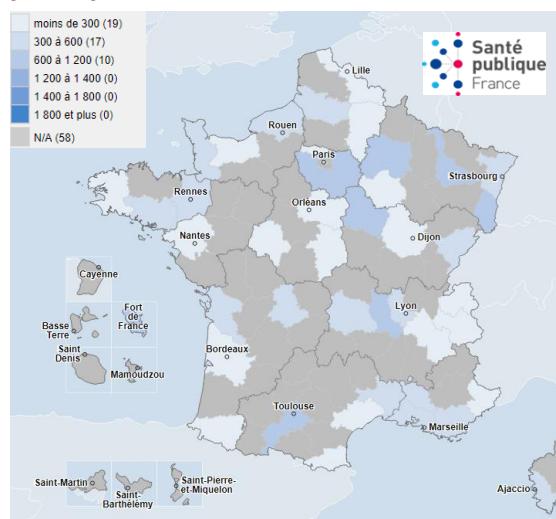
- Depuis le 03 mars 2020, **213 309 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 03 mai 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- En semaine 17 (du 26 avril au 02 mai 2021), **1 984 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur la période. Ce nombre était **en baisse** par rapport à la semaine précédente (2 402 actes en S16, soit -17%) pour la quatrième semaine consécutive.
- L'analyse par classe d'âge montre une **baisse chez les adultes** (-19%, soit -413 actes) et une **stabilisation** chez les **enfants** (+3%, soit +6 actes). La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge** était de 3% chez les 0-4 ans, 7% chez les 5-14 ans, 53% chez les 15-44 ans, 24% chez les 45-64 ans, 7% chez les 65-74 ans et 6% chez les 75 ans et plus (contre respectivement 2%, 6%, 54%, 24%, 8% et 6% en S16).
- **Au niveau régional**, les actes médicaux pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en baisse dans toutes les régions, excepté en Occitanie, en Corse et dans le Grand Est.
- La majorité des actes a été enregistrée dans les régions Île-de-France (21%), Grand Est (12%), Auvergne-Rhône-Alpes (12%), Nouvelle-Aquitaine (10%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (9%) et Hauts-de-France (8%).
- La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était **en baisse** à 3,7% (4,5% en S16) (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 17-2021, France



Source : SOS Médecins

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

SURVEILLANCE VIROLOGIQUE

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

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

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

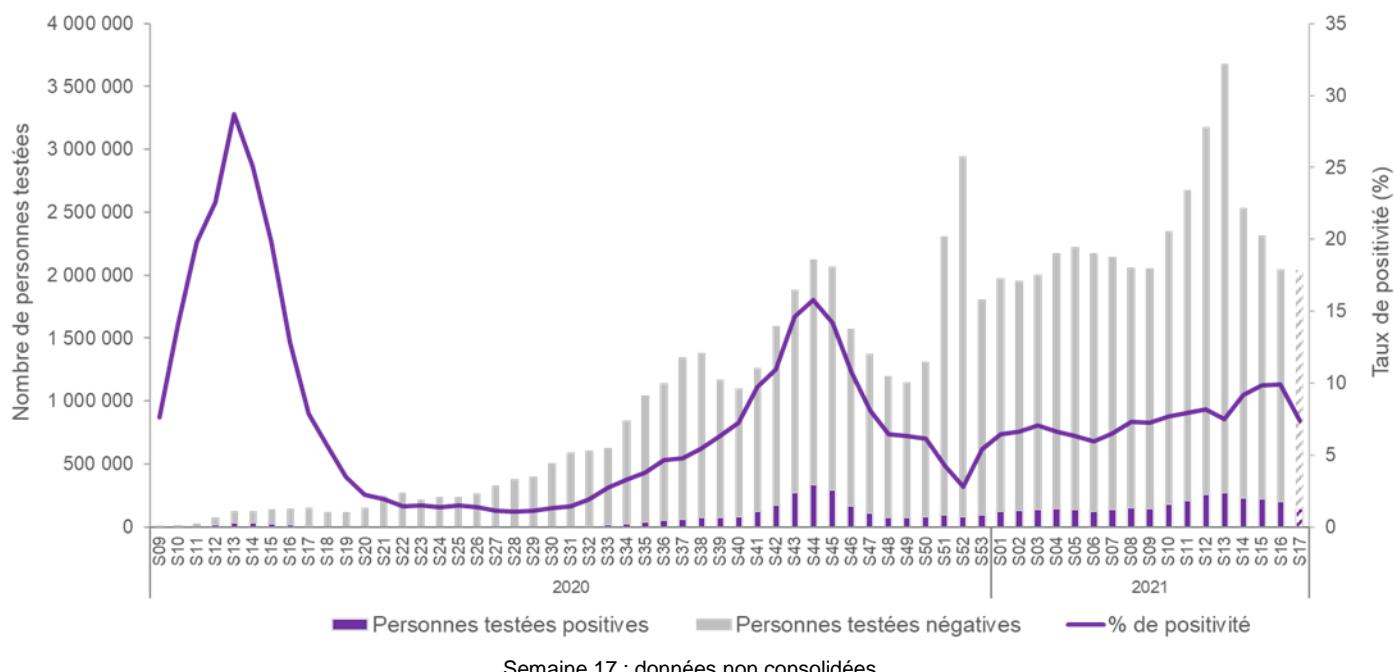
Une correction a été appliquée aux taux d'incidence et de dépistage des semaines incluant un jour férié afin de prendre en compte son effet sur l'activité de dépistage. La méthodologie a été présentée dans le [Point épidémiologique du 15 avril 2021](#) et une [note méthodologique](#) la décrivant plus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

Les données de la semaine 17 (taux d'incidence et de dépistage) présentées dans ce chapitre ont été corrigées pour prendre en compte l'effet du jour férié (1^{er} mai).

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

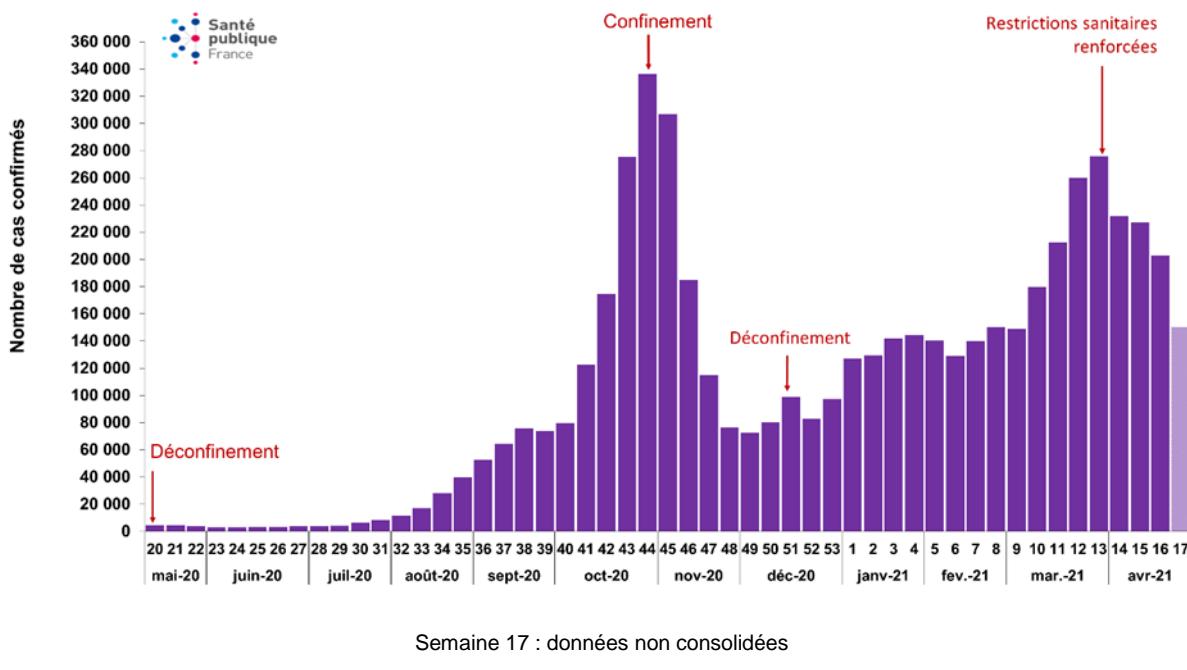
- En semaine 17, 2 039 165 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 2 045 565 en S16) et 150 275 **nouveaux cas confirmés** ont été rapportés (Figures 4 et 5).
- Au 05 mai 2021, **un total de 5 706 378 cas confirmés de COVID-19** a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place 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 05 mai 2021)



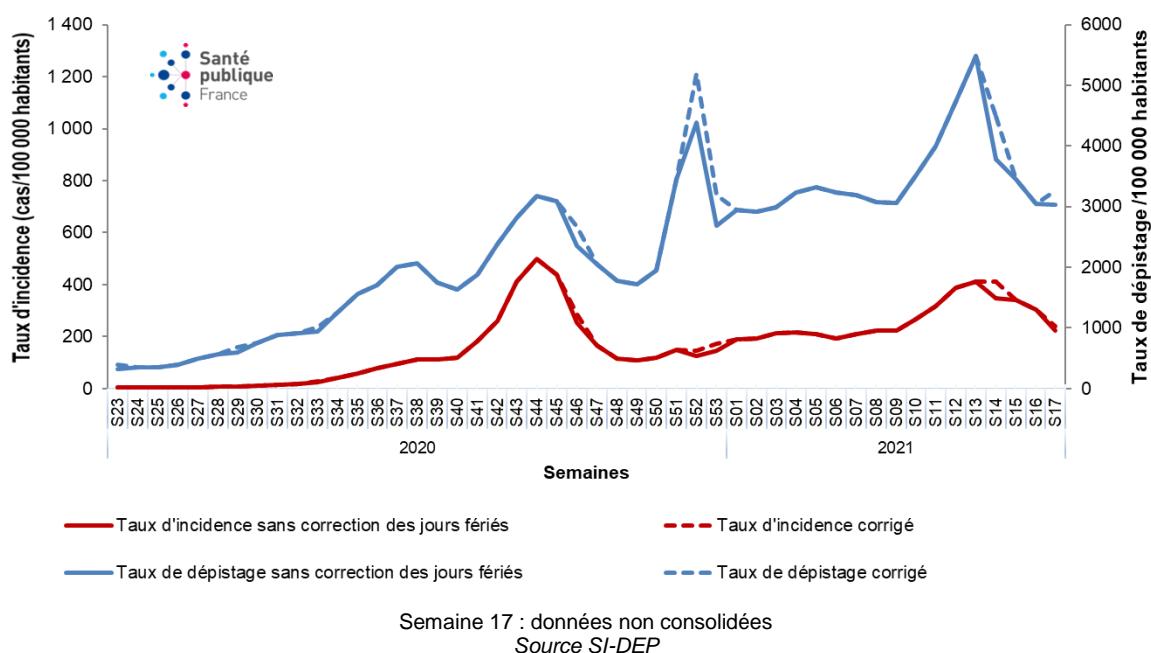
Sources S09-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 : SI-DEP

Figure 5. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement) rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 02 mai 2021, France (données au 05 mai 2021)



- En S17, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de 7,4% (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), en **diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (-2,5 points) (Figure 4).
- Le **taux d'incidence corrigé** des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de 241 pour 100 000 habitants en S17, en **diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (302 cas/100 000 habitants en S16, soit -20%) (Figure 6).
- Le **taux de dépistage corrigé** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) était de 3 266 pour 100 000 habitants en S17, en **augmentation** par rapport au taux consolidé de S16 (3 048/100 000 habitants, soit +7%) (Figure 6).

Figure 6. Évolution des taux d'incidence et de dépistage par semaine, avec ou sans correction pour l'effet des jours fériés, depuis la semaine 23-2020, France (données au 05 mai 2021)



- La proportion de tests effectués en S17 et intégrés dans la base SI-DEP le jour même ou le lendemain du prélèvement était de 95%, stable par rapport à la semaine précédente.

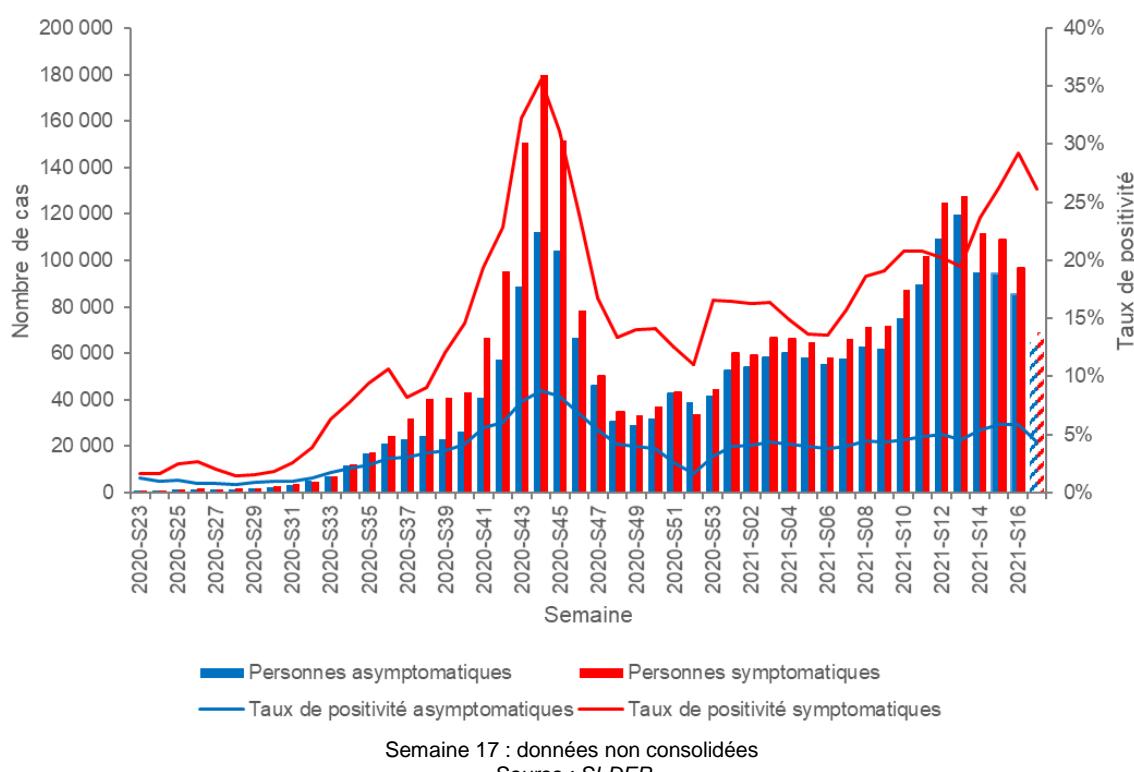
Analyse par classe d'âge

- En semaine 17, au niveau national, le taux d'incidence corrigé (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 166 chez les 0-14 ans, 334 chez les 15-44 ans, 246 chez les 45-64 ans, 142 chez les 65-74 ans et 128 chez les 75 ans et plus (Figure 8a).
- **Le taux d'incidence corrigé était en diminution** par rapport à S16 **dans toutes les classes d'âge**. La diminution la plus marquée était chez les 65-74 ans (-24%), suivis par les 45-64 ans (-23%), les 15-44 ans (-22%), les 75 ans et plus (-20%) et les 0-14 ans (-6%) (Figure 8a).
- **Le taux de dépistage corrigé a fortement augmenté** par rapport à S16 **chez les 0-14 ans (+131%)**. Il était en légère diminution chez les 15-44 ans (-4%), les 45-64 ans (-4%) ainsi que les 65-74 ans (-2%), et s'est stabilisé chez les 75 ans et plus (+2%) (Figure 8b).
- **Le taux de positivité** des personnes testées était en diminution par rapport à S17 **dans toutes les classes d'âge**. La diminution la plus forte était chez les 0-14 ans (-7,9 points), suivis par les 45-64 ans (-2,0 points), les 15-44 ans et les 65-74 ans (-1,9 point) et les 75 ans et plus (-1,2 point) (Figure 8c).

Dépistage selon la présence de symptômes

- En semaine 17, **parmi les personnes testées**, l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 86% (soit n=1 745 604). La part des personnes symptomatiques était de 15,1%, en diminution par rapport à S16 (18,4%). Le taux de positivité était en diminution chez les symptomatiques (26,1% vs 29,3% en S16) et chez les asymptomatiques (4,4% vs 5,8% en S16) (Figure 7).
- Parmi les cas, 51,5% étaient symptomatiques, proportion en légère diminution par rapport à S16 (53,1%). **Le nombre de cas était en diminution chez les symptomatiques** (69 059 vs 96 578 en S16, soit -28%) **et chez les asymptomatiques** (64 979 vs 85 205 en S16, soit -24%) (Figure 7).

Figure 7. Évolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes, par semaine, depuis la semaine 23-2020, France (données au 05 mai 2021)

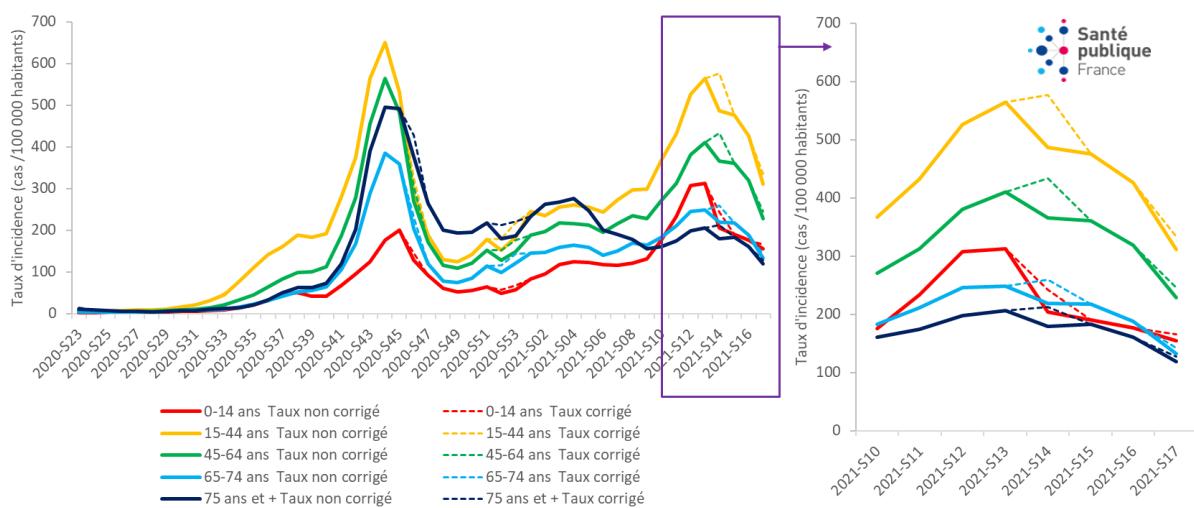


Semaine 17 : données non consolidées

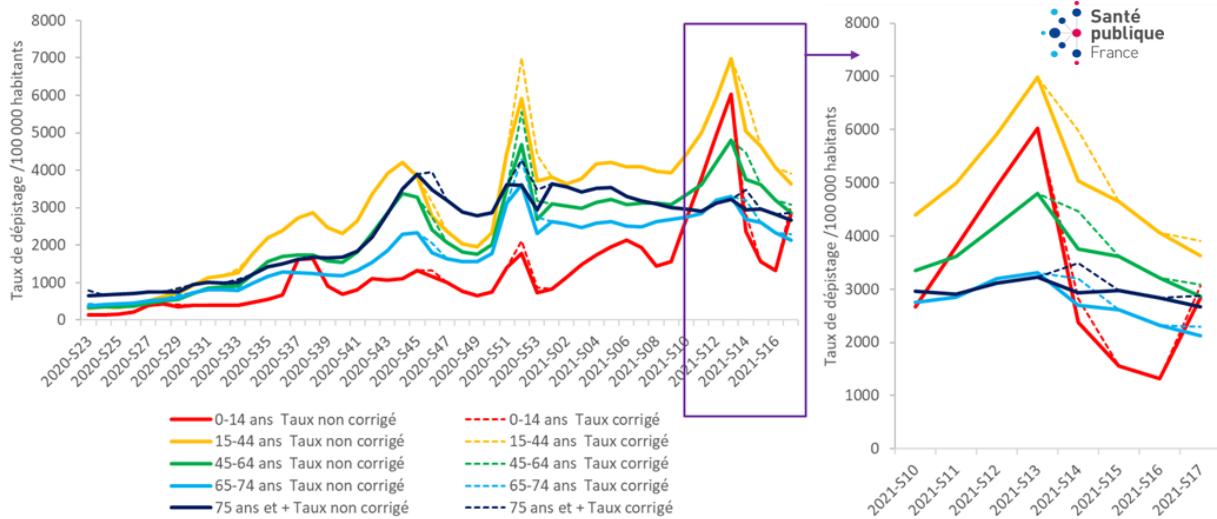
Source : SI-DEP

Figure 8. Évolution des taux d'incidence (8a) et de dépistage (8b) corrigés et non corrigés pour l'effet des jours fériés, et du taux de positivité (8c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23-2020, France (données au 05 mai 2021)

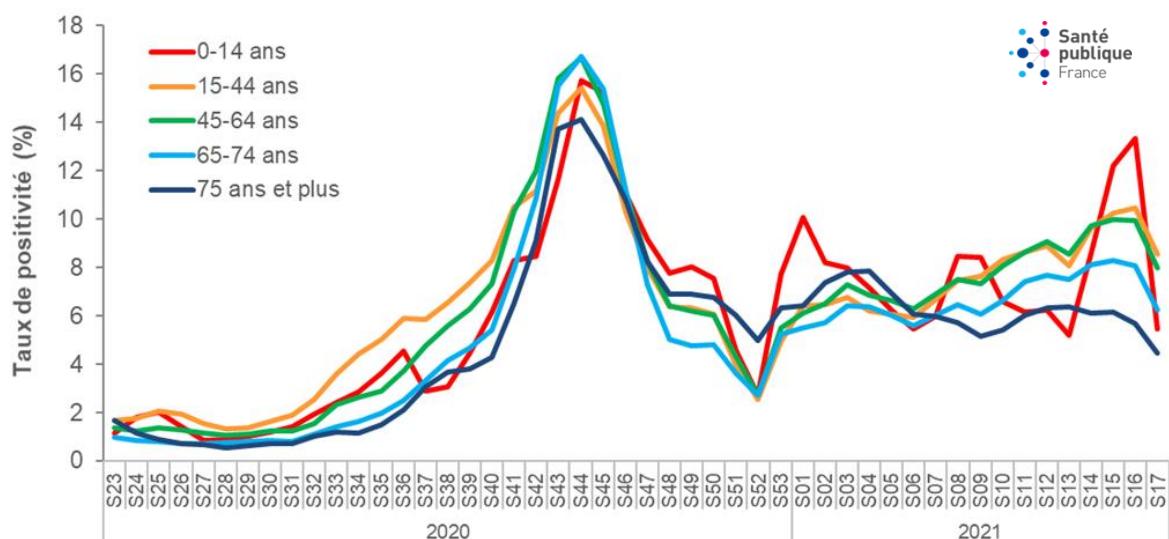
8a. Taux d'incidence



8b. Taux de dépistage



8c. Taux de positivité



Semaine 17 : données non consolidées

Source : SI-DEP

► Au niveau régional

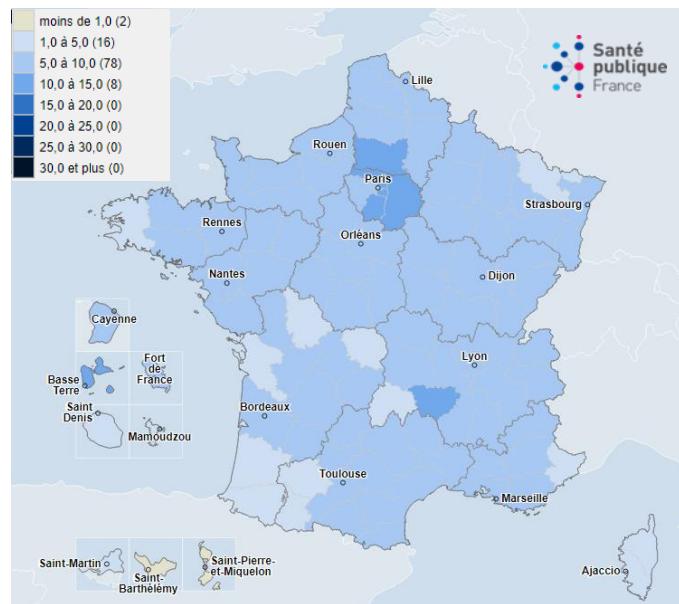
En métropole

- En France métropolitaine, 146 824 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 17. Le taux de positivité était en diminution (7,4% vs 10,0% en S16, soit -2,6 points).
- En semaine 17, le **taux d'incidence corrigé** était au-dessus du seuil de 250/100 000 habitants dans 27 départements (52 en S16). Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne (421), du Val-d'Oise (390), de l'Essonne (372), de la Seine-et-Marne (366), de Paris (350), des Bouches-du-Rhône (335) et de l'Oise (333).
- En S17, les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** (pour 100 000 habitants) étaient : Paris (5 856), le Bas-Rhin (4 616), la Corse-du-Sud (4 481), les Ardennes (4 452) et les Bouches-du-Rhône (4 357).
- Le **taux de positivité** était supérieur ou égal à 10% dans sept départements en S17 (46 en S16) : Seine-Saint-Denis (11,9%), Essonne (11,6%), Seine-et-Marne (11,3%), Val-d'Oise et Haute-Loire (11,1%), Val-de-Marne (10,5%) et Oise (10,3%) (Figure 9).

En Outre-mer

- En Guadeloupe, les indicateurs étaient en **légère diminution**, avec un taux d'incidence corrigé de 219 pour 100 000 (vs 231 en S16) et un taux de positivité de 10,3% (vs 10,9% en S16).
- En Martinique, les indicateurs étaient en **diminution** avec un taux d'incidence corrigé de 103 pour 100 000 habitants (vs 181 en S16) et un taux de positivité de 5,2% (vs 8,3% en S16).
- À Saint-Martin, les indicateurs étaient en **légère hausse**, avec un taux d'incidence corrigé de 85 pour 100 000 habitants (vs 59 en S16) et un taux de positivité de 2,6% (vs 2,0% en S16).
- En Guyane, les indicateurs étaient **stables**, avec un taux d'incidence corrigé de 256 pour 100 000 habitants (vs 247 en S16) et un taux de positivité de 8,9% (vs 9,9% en S16).
- À Mayotte, les indicateurs étaient en **diminution**, avec un taux d'incidence corrigé de 33/100 000 habitants (vs 54 en S16) et un taux de positivité de 3,1% (vs 5,3% en S16).
- À La Réunion, le **taux d'incidence** corrigé était en **légère augmentation** (144/100 000 habitants vs 128 en S16) et le taux de **positivité** était **stable** à 3,9%.

Figure 9. Taux de positivité (%) pour le SARS-CoV-2 du 26 avril au 02 mai 2021, par département, France (données au 05 mai 2021)



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

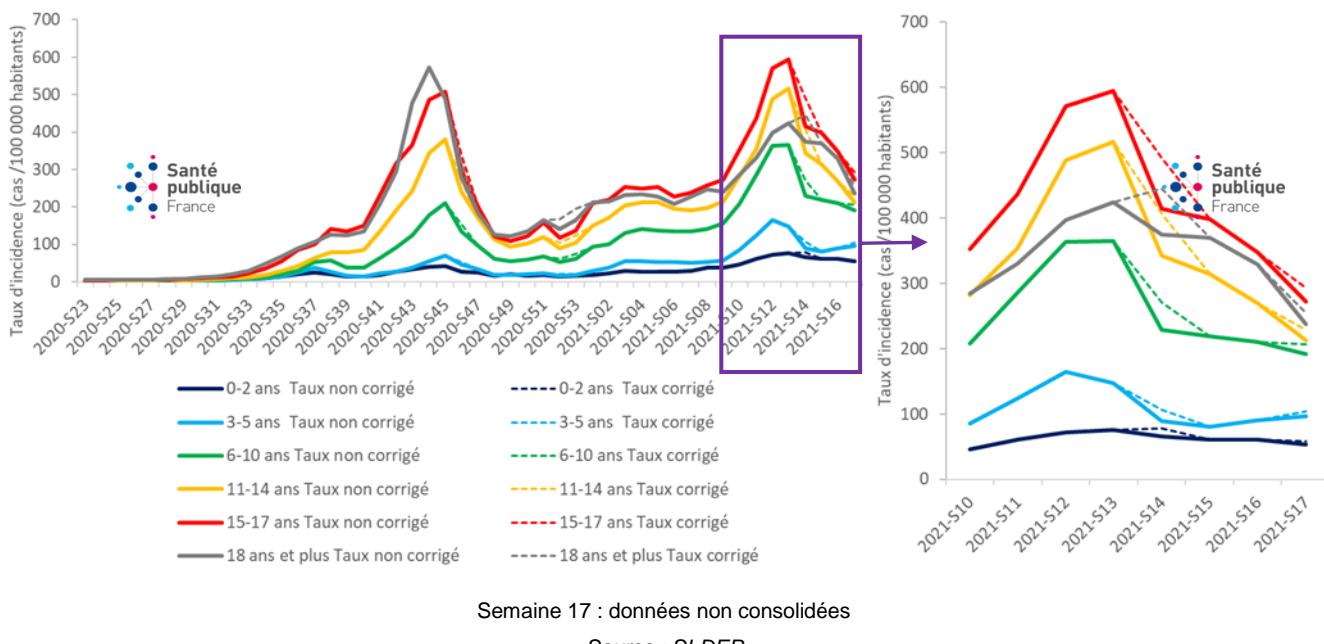
Pour en savoir + sur les données SI-DEP, consulter [Géodes](#)

► Analyse par niveaux scolaires

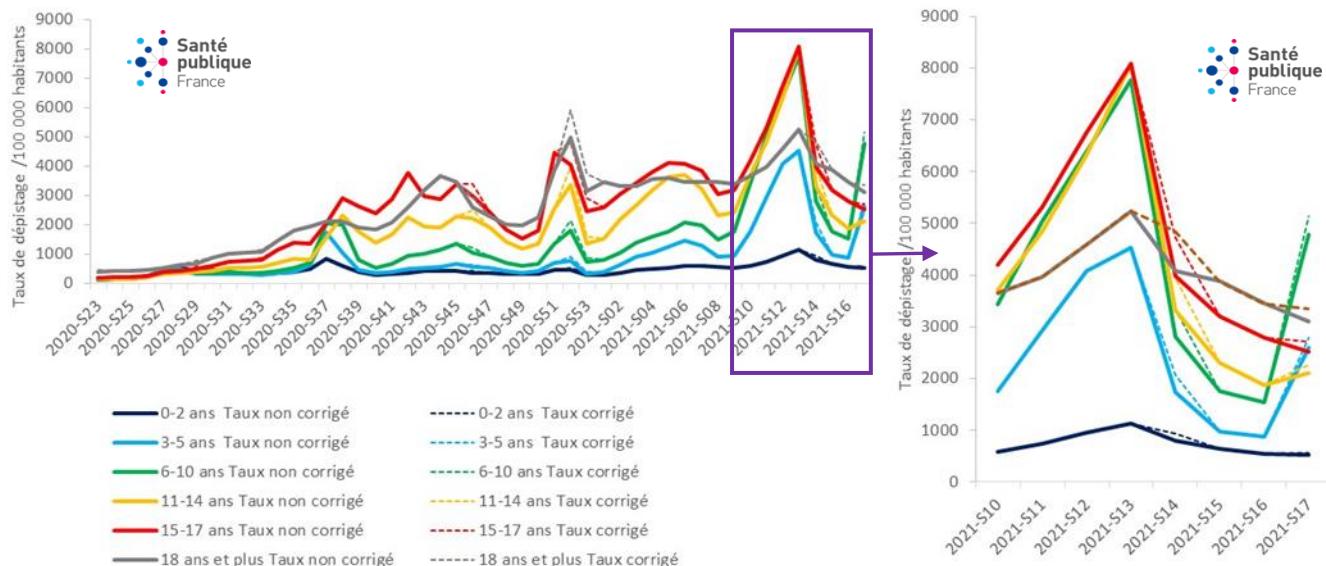
- En semaine 17, 402 182 personnes de moins de 18 ans ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 227 594 en S16). Un total de 25 230 nouveaux cas a été rapporté. Les moins de 18 ans représentaient 17% de l'ensemble des nouveaux cas observés dans la population générale. Si l'on considère des classes d'âge plus fines, correspondant aux niveaux scolaires, les 0-2 ans représentaient 5% des nouveaux cas parmi les moins de 18 ans, les 3-5 ans 9%, les 6-10 ans 31%, les 11-14 ans 28% et les 15-17 ans 27%.
- Le **taux d'incidence** corrigé des cas confirmés au niveau national était de 293/100 000 habitants chez les 15-17 ans, 229 chez les 11-14 ans, 206 chez les 6-10 ans, 104 chez les 3-5 ans et 58 chez les 0-2 ans (Figure 10a).
- Une augmentation du taux d'incidence corrigé était observée uniquement chez les 3-5 ans (+16%). Les taux d'incidence corrigés ont diminué chez les 15-17 ans (-16%) et les 11-14 ans (-15%), plus faiblement chez les 0-2 ans (-5%) et les 6-10 ans (-2%).
- Le **taux de dépistage** corrigé a augmenté fortement chez les 3-5 ans (+220%) et les 6-10 ans (+235%), et plus légèrement chez les 11-14 ans (+20%) et les 0-2ans (+5%). Il a légèrement diminué chez les 15-17 ans (-3%) (Figure 10b).
- Le **taux de positivité** a diminué dans toutes les classes d'âge : -1,0 point chez les 0-2 ans, -6,6 points chez les 3-5 ans, -9,7 points chez les 6-10 ans, -4,2 points chez les 11-14 ans et -1,7 point chez les 15-17 ans (Figure 10c).

Figure 10. Évolution des taux d'incidence (10a) et de dépistage (10b) corrigés et non corrigés pour l'effet des jours fériés, et du taux de positivité (10c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge des moins de 18 ans, depuis la semaine 23-2020, France (données au 05 mai 2021)

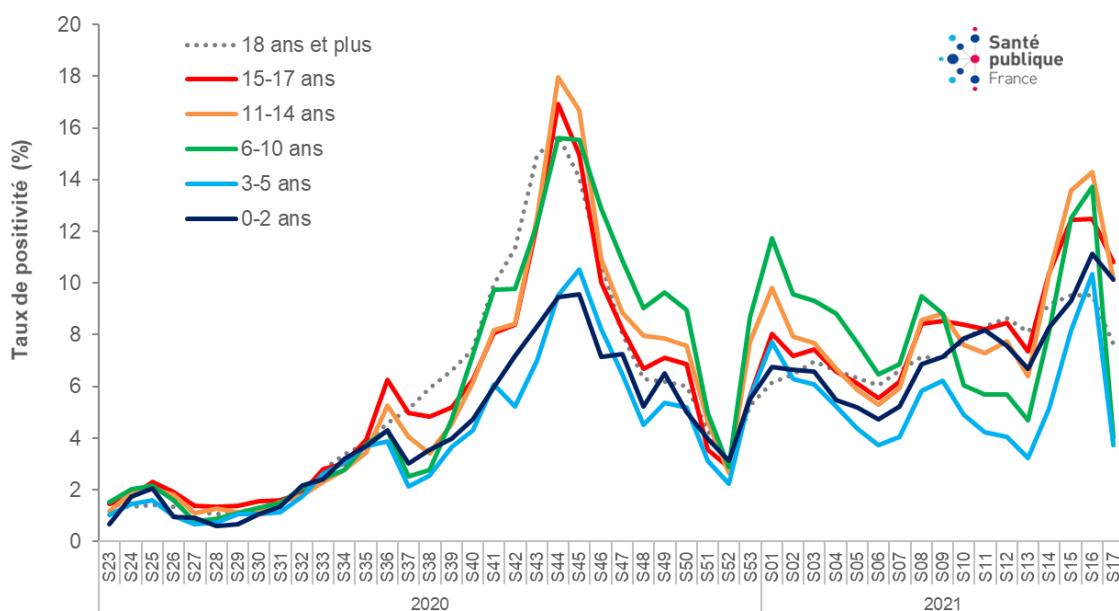
10a. Taux d'incidence



10b. Taux de dépistage



10c. Taux de positivité



Semaine 17 : données non consolidées

Source : SI-DEP

►Variants d'intérêt : analyse des résultats des tests de criblage saisis dans SI-DEP

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

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

- **Au niveau national**, en semaine 17, sur les 176 596 tests de première intention positifs (tests RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, **52,4% étaient associés à un test de criblage** lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 92 582 tests positifs ciblés). Parmi ces tests positifs ciblés, **80,8%** (74 845) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1** (contre 82,7% en S16) et **5,5%** (5 084) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** (contre 5,0% en S16).
- La proportion de tests positifs ciblés variait peu selon la classe d’âge : de 49,4% chez les 20-29 ans à 58,2% chez les 90 ans et plus (Tableau 1).
- La proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 était comprise entre 75,6% chez les 90 ans et plus et 82,0% chez les 10-19 ans.
- La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 allait de 4,4% chez les 0-9 ans à 6,0% chez les 30-39 ans.

Tableau 1. Proportion de suspicions de variant préoccupant (VOC) parmi les tests de criblage positifs 20I/501Y.V1, 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3, par classe d’âge, France (données au 05 mai 2021)

Âge (ans)	Nb de tests (RT-PCR et TAG)	Nb de tests positifs (RT-PCR et TAG)	PCR de criblage		20I/501Y.V1		20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3	
			N	%*	N	%**	N	%**
0-9	231 815	10 083	5 813	57,7	4 557	78,4	255	4,4
10-19	250 422	24 083	13 070	54,3	10 714	82,0	662	5,1
20-29	351 602	31 392	15 500	49,4	12 516	80,7	898	5,8
30-39	318 673	28 379	14 308	50,4	11 555	80,8	858	6,0
40-49	286 095	26 417	13 842	52,4	11 315	81,7	779	5,6
50-59	284 712	24 568	13 007	52,9	10 648	81,9	747	5,7
60-69	198 999	15 478	8 259	53,4	6 701	81,1	439	5,3
70-79	131 702	8 503	4 562	53,7	3 587	78,6	228	5,0
80-89	90 065	5 105	2 757	54,0	2 142	77,7	137	5,0
90 et plus	46 674	2 471	1 437	58,2	1 087	75,6	79	5,5
Inconnu	708	117	27	23,1	23	85,2	2	7,4
Tous	2 191 467	176 596	92 582	52,4	74 845	80,8	5 084	5,5

* Parmi les tests positifs.

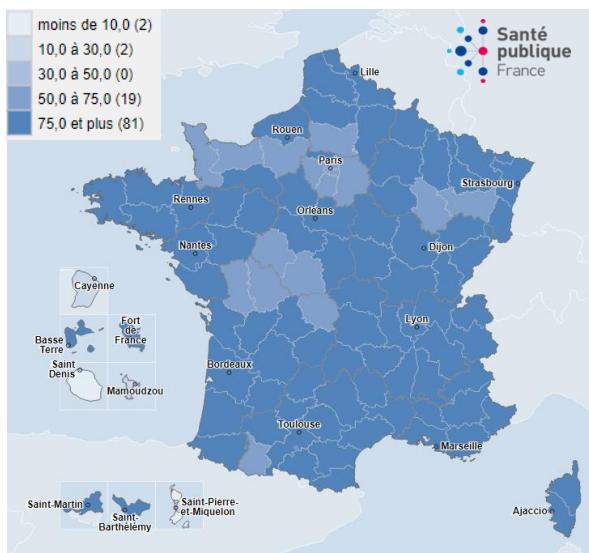
** Parmi les PCR de criblage.

- Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les **départements métropolitains**, la proportion du variant 20I/501Y.V1 était supérieure à 80% dans 57 départements et supérieure à 90% dans 24 d'entre eux (Figure 11).

- **Douze départements** avaient une **proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 supérieure à 10%**. Cette proportion a diminué en Haute-Saône (15,8% vs 25,2% en S16) et était stable en Moselle (15,6% vs 15,9 en S16) et dans les Vosges (15,0% en S16 et S17) (Figure 12).

- Dans les territoires d'outre-mer où les données sont interprétables, une **forte proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** était observée en Guyane (71,2%) et à La Réunion (52,4%). On note toujours une **très forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1** en Guadeloupe (94,6%) et en Martinique (89,0%) (Figures 11 et 12).

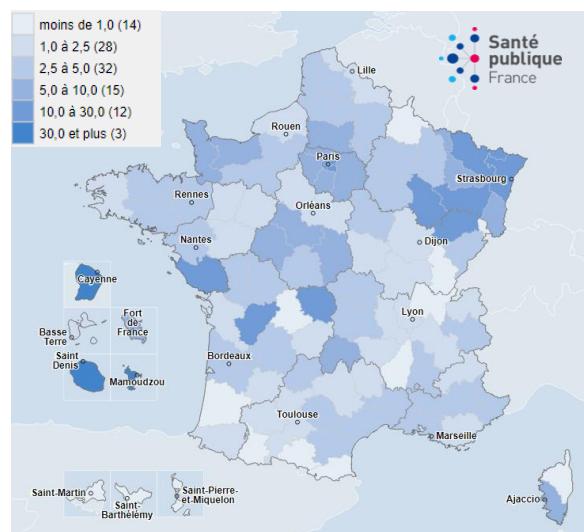
Figure 11. Proportion (%) de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1 parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 05 mai 2021)



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

Source : SI-DEP

Figure 12. Proportion (%) de suspicions de variant préoccupant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 05 mai 2021)



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

Source : SI-DEP

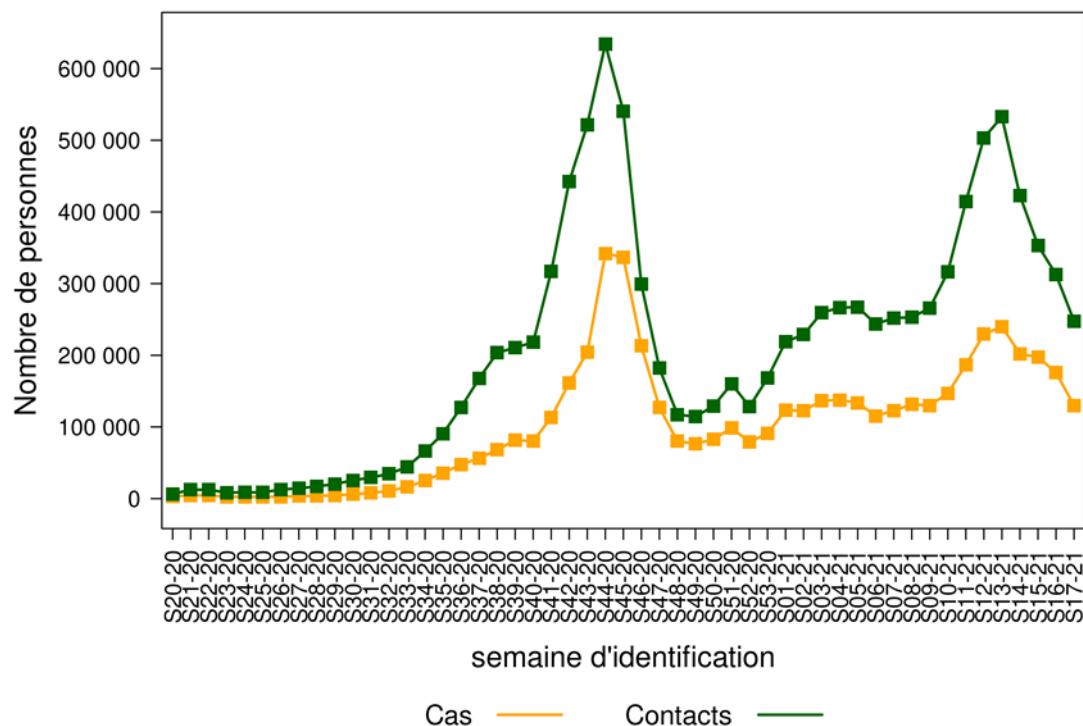
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

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

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

- En S17, le **nombre total de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts était en baisse** par rapport à la semaine précédente : 130 014 nouveaux cas (soit -26,1%) et 247 747 nouvelles personnes-contacts (soit -20,8%) (Figure 13).
- En S17, l'âge moyen des cas et des personnes-contacts à risque **était stable par rapport à la semaine précédente** (38 ans pour les cas et 31 ans pour les personnes-contacts à risque). Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus était également stable (6,3% vs 6,4% en S16).

Figure 13. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine, du 13 mai 2020 au 02 mai 2021, France

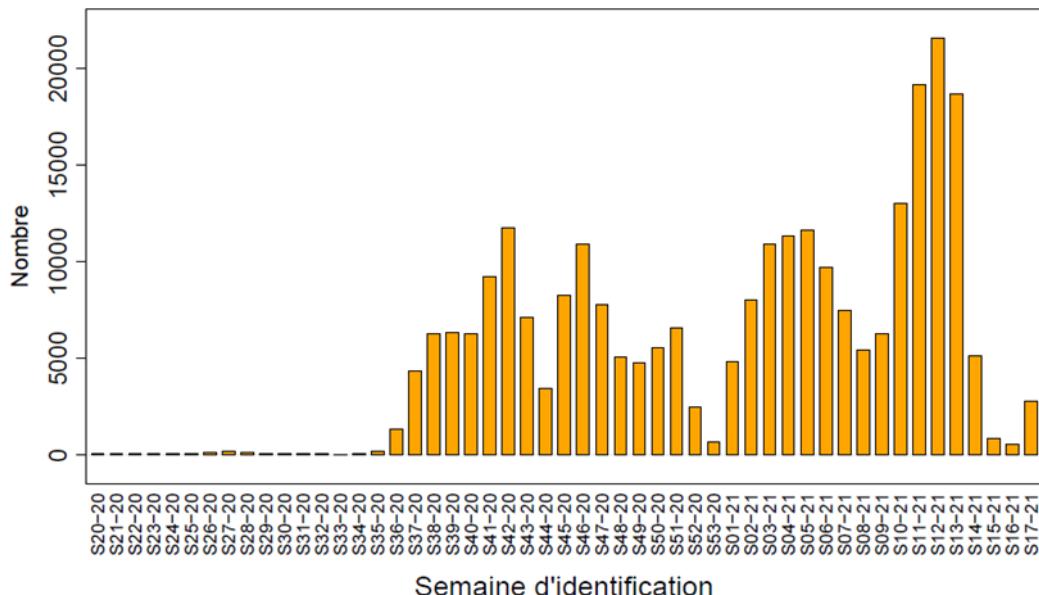


* Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique. En raison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

Source : ContactCovid – Cnam

- En lien avec la réouverture des écoles le 26 avril, le **nombre de cas ayant fréquenté le milieu scolaire a été multiplié par 5,4 en S17 pour atteindre 2 755 cas**, mais restait bien en-deçà des valeurs observées en S12 (Figure 14). Parmi ces cas, 50% étaient âgés de moins de 10 ans, et 19% 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 02 mai 2021, France



Source : ContactCovid - Cnam

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

- En S17, la proportion de cas (95%) et de personnes-contacts à risque (96%) ayant pu être investigués par l'Assurance maladie était en augmentation (respectivement 93% et 92% en S16).
- 15,0% des personnes-contacts à risque ont été investiguées via le site Internet dédié (vs 21,5% en S16), sans être appelées directement.

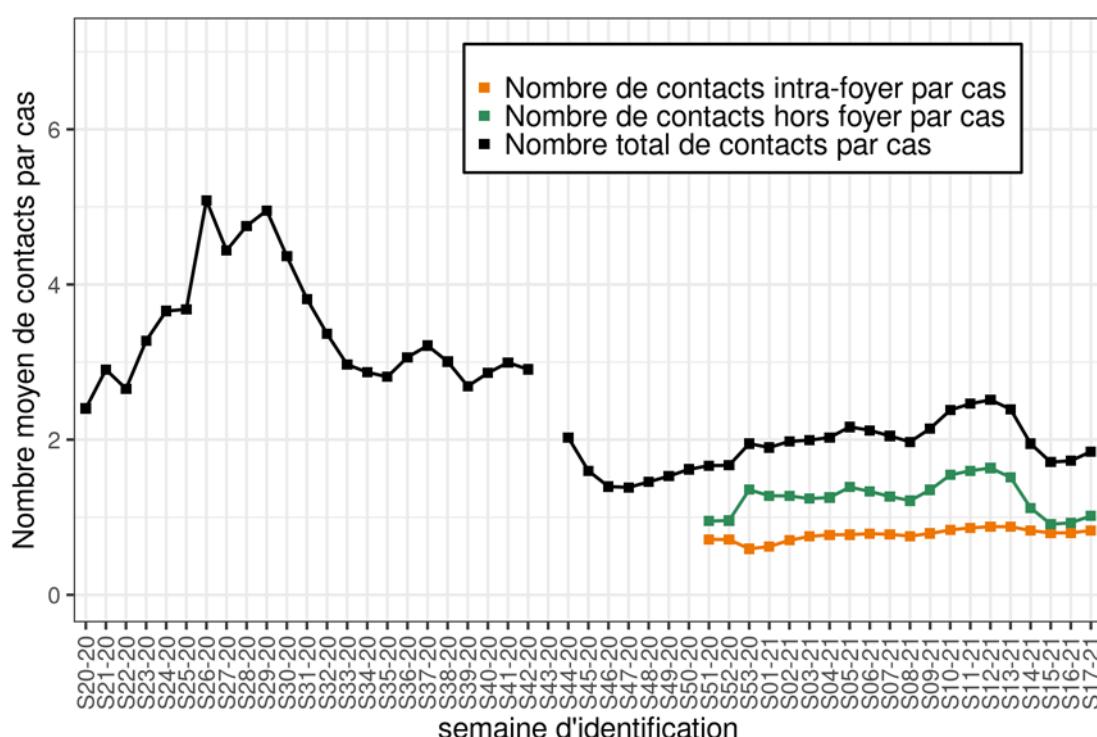
► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En S17, 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 57,1% des cas), **le délai moyen de diagnostic était inchangé à 2,0 jours**. Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.
- Le délai entre l'enregistrement d'une personne-contact à risque dans ContactCovid et le dernier contact de cette personne avec son cas index était stable à 3,0 jours.

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- Après avoir diminué entre S12 et S15, **le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas a légèrement réaugmenté en S17 (1,8 vs 1,7 en S16)**. Cela s'explique par une légère augmentation des contacts à risque extra-domiciliaires (1,0 vs 0,9 en S16), tandis que les contacts à risque au sein du foyer restaient stables (0,8 en S16 et S17) (Figure 15).
- Le pourcentage de cas ne rapportant aucune personne-contact à risque était en diminution à 43,7% (vs 44,7% en S16). Cette situation représentait 66,9% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 37,8% des cas âgés de 15 à 44 ans.
- Le pourcentage de cas rapportant plus de cinq personnes-contacts à risque était en augmentation à 7,9% (vs 6,9% en S16). Cette situation représentait seulement 2,3% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 9,6% des cas âgés de 15 à 44 ans.
- Le nombre de personnes-contacts par cas était en moyenne plus faible parmi les cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque en comparaison de ceux qui n'étaient pas dans une chaîne de transmission connue (1,2 vs 2,1).

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 02 mai 2021, France



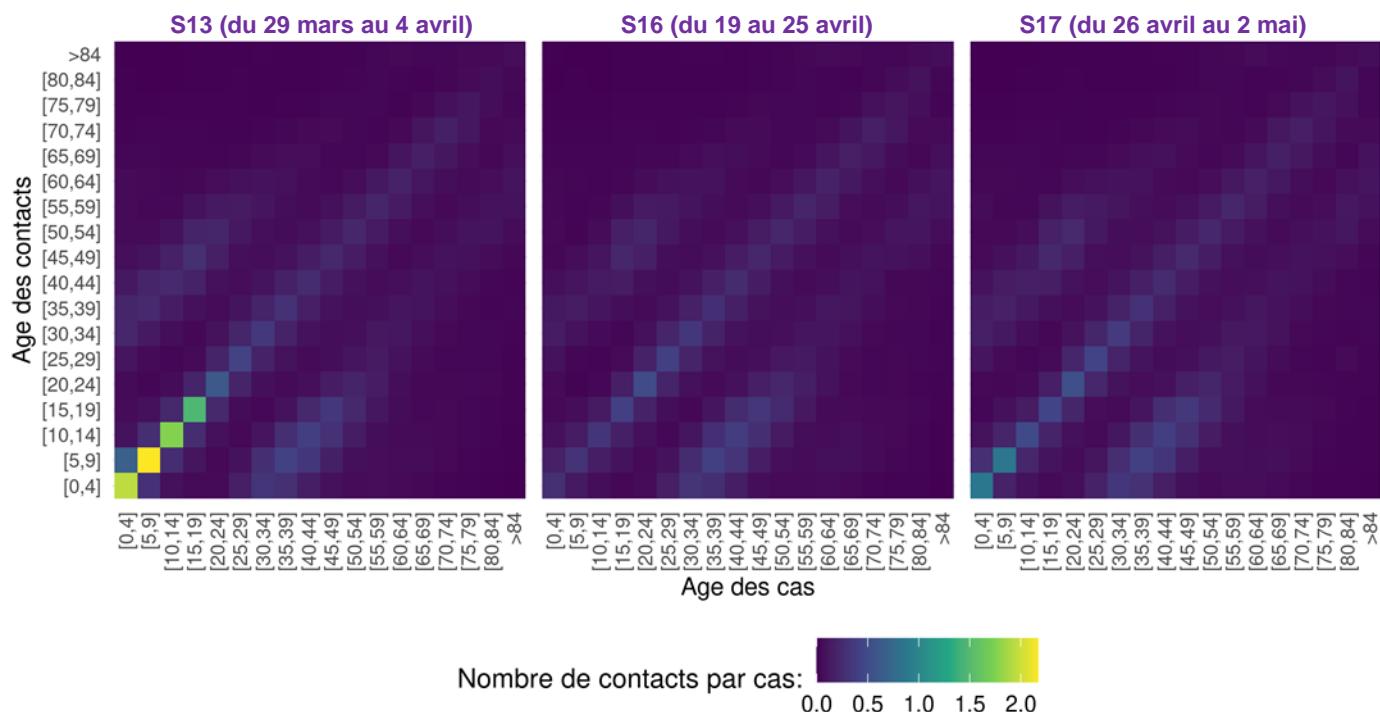
Indicateur non estimable pour la semaine 43-2020. Les données sur le caractère intra-foyer des contacts à risque ne sont estimables qu'à partir de S51-2020. S17-2021 : valeur non consolidée.

Source : ContactCovid - Cnam

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

- En S17, les cas âgés de moins de 65 ans avaient toujours peu de contacts à risque avec des personnes âgées de 65 ans et plus (moins de 9% de leurs personnes-contacts). À l'inverse, plus de 31% des personnes-contacts des cas de plus de 65 ans avaient elles-mêmes plus de 65 ans.
- La hausse du nombre de contacts à risque était la plus forte entre enfants de moins de 10 ans, et dans une moindre mesure pour les cas âgés de 10 à 24 ans (Figure 16). Pour les autres classes d'âge, le nombre de contacts à risque par cas était globalement stable.

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 13 (semaine de mise en place de restrictions au niveau national), 16 et 17-2021, 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.

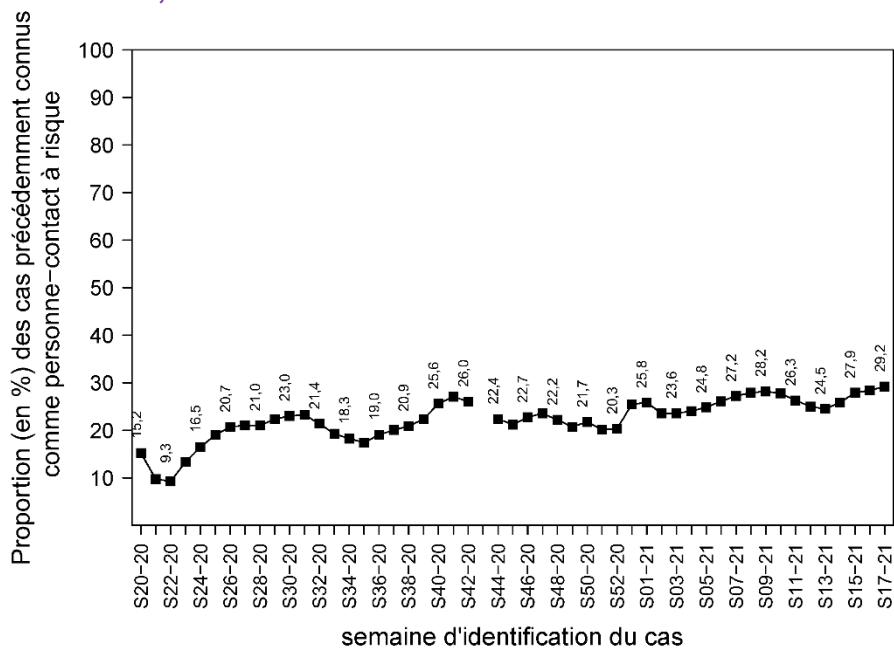
Valeurs calculées quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.

Source : ContactCovid – Cnam

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

- La proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque d'un autre cas était en hausse depuis S13 (29,2% en S17 vs 24,5% en S13; Figure 17).
- Au 02 mai, **12,7% des personnes-contacts identifiées en S16 étaient devenues des cas**. Bien que cette proportion ne soit pas encore consolidée, elle semblait en diminution par rapport à S15 (13,9%, valeur consolidée). Ce nombre était **plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques** (14,6%) que de cas asymptomatiques (8,7%), et lorsque leur cas index appartenait au même foyer qu'elles (18,8%) que lorsque cela n'était pas le cas (8,0%).

Figure 17. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 02 mai 2021, France



Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement varier 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 S17, le pourcentage de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence habituelle était inchangé à 2,1%.
- Le pourcentage de cas ayant voyagé hors de France était en légère augmentation à 0,9%. Les pays les plus visités par ces cas étaient des pays frontaliers (Suisse, Luxembourg, Belgique, Allemagne, Espagne).

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

- Du 1^{er} mars 2020 au 02 mai 2021, **31 220 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 2).
- Il s'agissait de **18 997 (61%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (Ehpad et autres EHPA) **et 12 223 (39%) dans les autres ESMS** (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 2).
- Parmi les 31 220 signalements en ESMS, **208 649 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents (Tableau 2). Parmi les **26 267 décès survenus dans ces établissements**, 25 995 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 2. 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 02 mai 2021, France

		EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
	Signalements ⁵	18 997	8 909	1 148	2 166	31 220
Chez les résidents	Cas confirmés ⁶	176 506	25 952	1 609	4 582	208 649
	Décès ⁷ hôpitaux	10 436	489	0	131	11 056
	Décès ⁷ établissements	25 995	216	0	56	26 267
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	88 082	19 353	1 660	2 037	111 132

¹Établissement d'hébergement pour personnes âgées

²Établissement d'hébergement pour personnes handicapées

³Établissement de l'Aide sociale à l'enfance

⁴Autres établissements

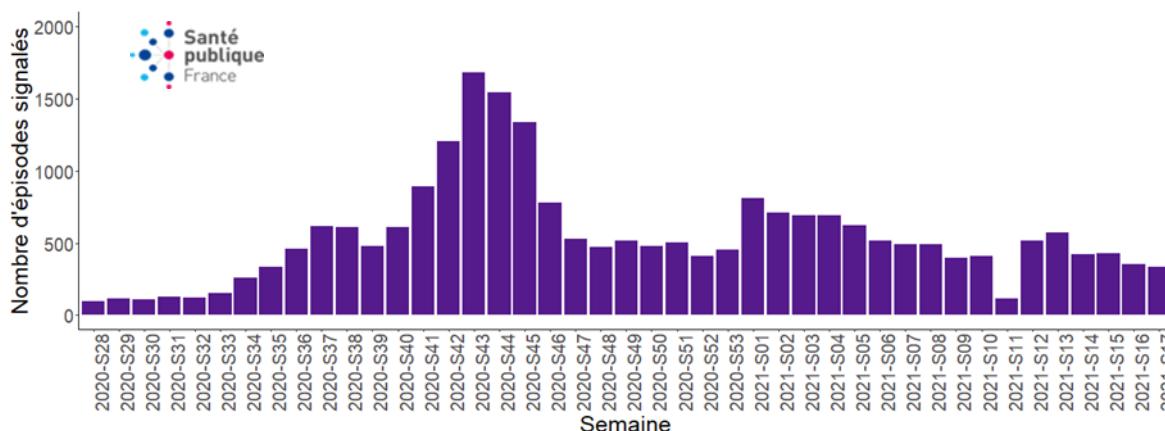
⁵Signalement d'au moins un cas de COVID-19 confirmé ou possible

⁶Cas de COVID-19 biologiquement confirmés

⁷Cas possibles et confirmés décédés

- De la semaine 05 à la semaine 09-2021, le nombre de signalements a diminué puis s'est stabilisé jusqu'en semaine 15. En semaine 16, il a légèrement diminué (352 en S16 vs 431 en S15). En semaine 17 (données non consolidées), 332 signalements ont été enregistrés (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 02 mai 2021, France



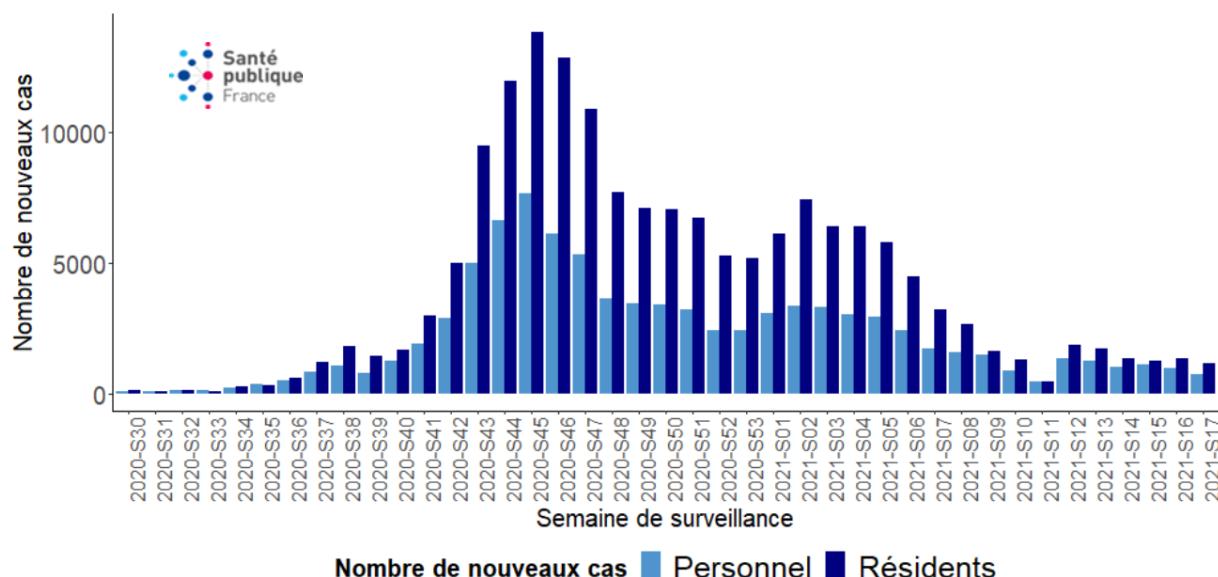
S11 : le déploiement de la nouvelle application permettant la collecte des données a entraîné une sous-déclaration cette semaine.

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

S17 : données non consolidées.

- **Le nombre de cas confirmés a diminué à partir de la semaine 06 et une stabilisation est constatée depuis la semaine 10.** En semaines 16 et 17, **2 338** et **1 913 cas** ont été respectivement enregistrés. À noter que les données de la semaine 17 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 02 mai 2021, France

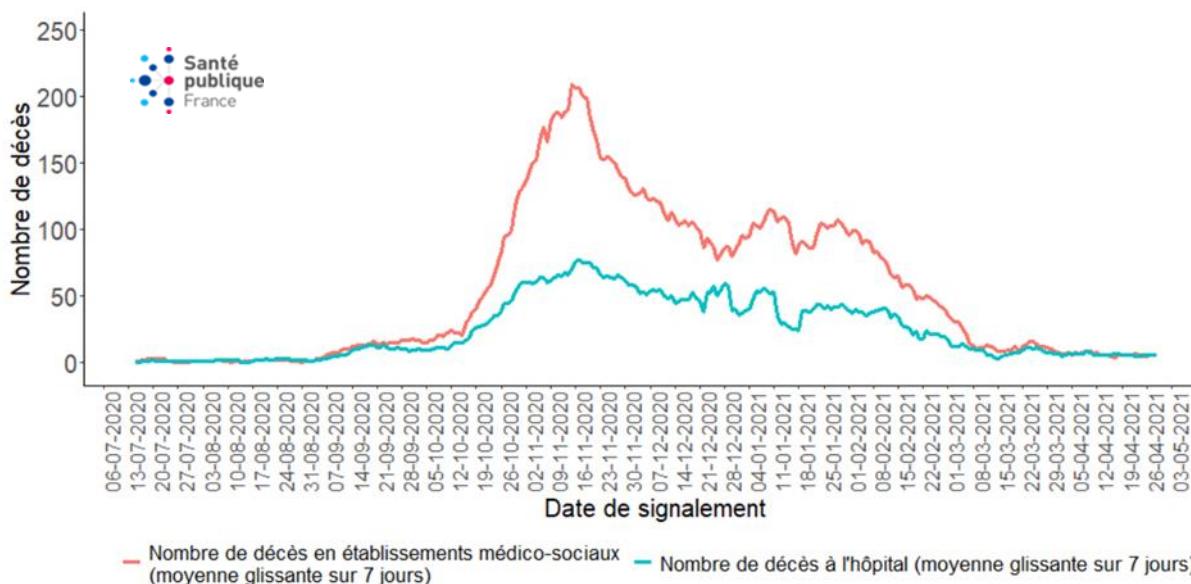


S11 : le déploiement de la nouvelle application permettant la collecte des données a entraîné une sous-déclaration cette semaine.
S12 et S13 : rattrapage de la sous-déclaration des cas en S11.
S17 : données non consolidées.

- **Le nombre de décès en établissement** a diminué à partir de la semaine 05 et s'est stabilisé depuis la semaine 13 (**38 décès** ont été enregistrés en S17, données non consolidées).

- Le nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur sept jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès dans l'ensemble des ESMS s'est **stabilisé pour les décès en établissement et ceux à l'hôpital** depuis plusieurs semaines (Figure 20).

Figure 20. Nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur sept jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents en ESMS, par date de signalement du décès, rapportés entre le 15 juillet 2020 et le 02 mai 2021, France*



*Dernières données de décès le 29 avril 2021 pour l'estimation de la moyenne glissante sur sept jours.

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **475 278 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 04 mai 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- En semaine 17** (du 26 avril au 02 mai 2021), **8 654 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (contre 10 666 passages en S16, soit -19%). Il s'agit de la troisième semaine de **baisse** après une étape de stabilisation en S14 (Figure 21).
- La part d'activité (3,4% en S17 contre 4,0% en S16) était en baisse, tandis que le pourcentage d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 était stable (57% en S17 contre 58% en S16).
- Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en baisse chez les moins de 2 ans (-35%, soit -29 passages) et chez les adultes (-19%, soit -1 982 passages) et était stable chez les 2-14 ans. La répartition du nombre de passages par classe d'âge restait néanmoins comparable à la semaine précédente : 0-4 ans (1%), 5-14 ans (1%), 15-44 ans (25%), 45-64 ans (38%), 65-74 ans (17%), 75 ans et plus (18%) (Figure 21).
- Au niveau régional, les passages pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en baisse dans toutes les régions, excepté en Outre-mer : Mayotte (+67%, soit +2 passages), Guadeloupe (+28%, soit +30 passages), La Réunion (+13%, soit +11 passages) et Guyane (+8%, soit +5 passages).
- En semaine 17 comme au cours des semaines précédentes, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité était enregistrée en Île-de-France (27%), Auvergne-Rhône-Alpes (13%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (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

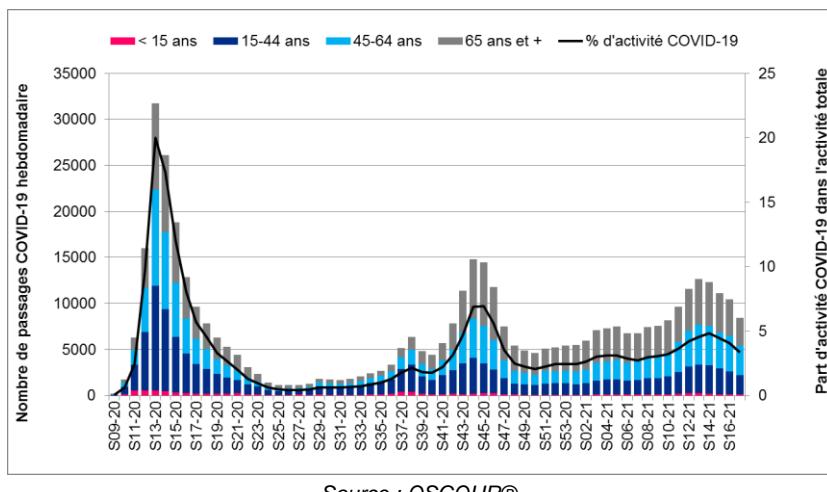
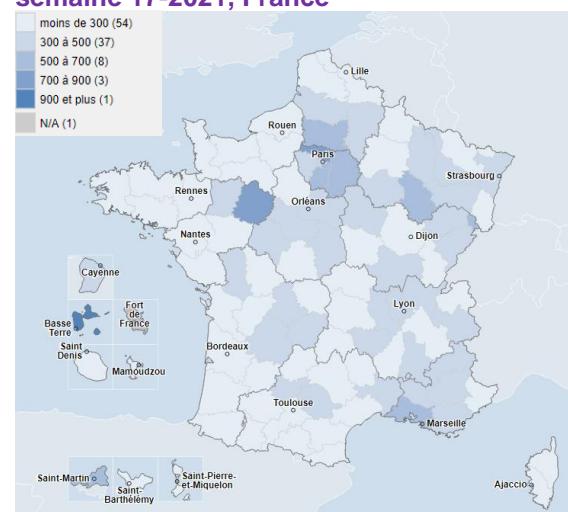


Figure 22. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 17-2021, France



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

NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

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

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

- L'estimation du nombre de reproduction effectif en France métropolitaine était significativement inférieure à 1 à partir des trois sources de données pour la troisième semaine consécutive. Ainsi, au 1^{er} mai, à partir des données virologiques (SI-DEP), elle était de **0,76** (IC95% [0,76-0,77]). À partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), l'estimation du nombre de reproduction au 1^{er} mai était de **0,84** (IC95% [0,83-0,86]). Au 02 mai, celle obtenue à partir des données d'hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) était de **0,84** (IC95% [0,82-0,85]) (Tableau 3 et Figure 23).

► Régions métropolitaines

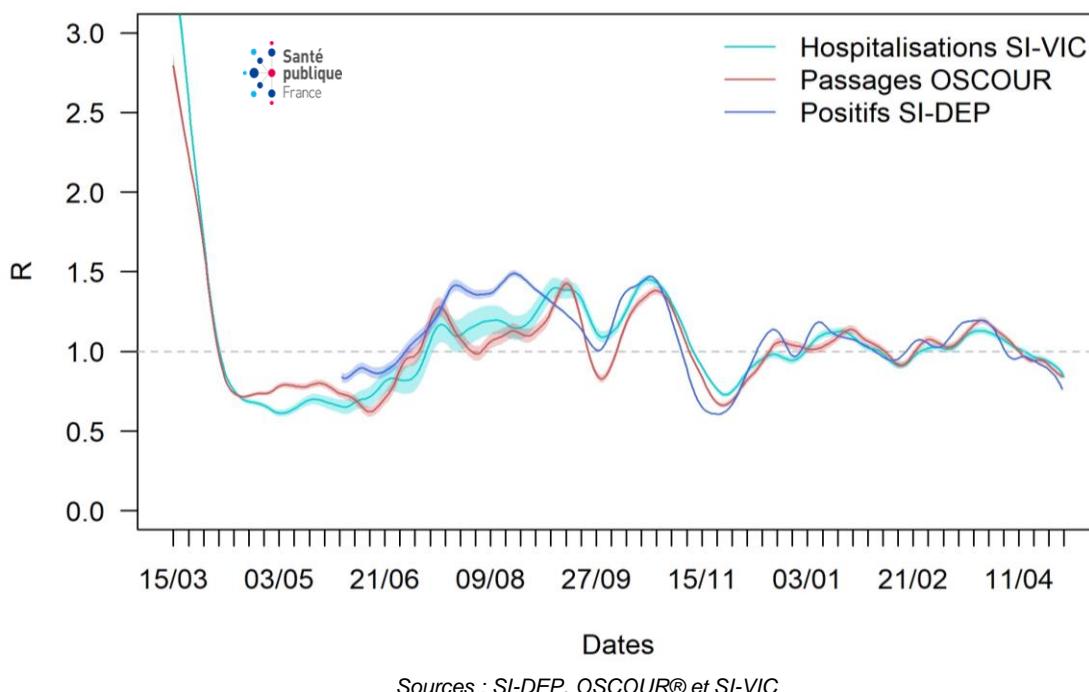
- Au 1^{er} mai 2021, les estimations des nombres de reproduction à partir des données virologiques SI-DEP étaient significativement inférieures à 1 dans toutes les régions métropolitaines (Tableau 3).
- À partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), les estimations des nombres de reproduction au 1^{er} mai étaient inférieures à 1 significativement dans 10 régions métropolitaines et de façon non significative dans les trois autres régions (Centre-Val de Loire, Corse et Pays de la Loire) (Tableau 3).
- À partir des hospitalisations de patients COVID-19 rapportées dans SI-VIC, l'estimation du nombre de reproduction au 02 mai était inférieure à 1 significativement dans 11 régions métropolitaines et de façon non significative dans les deux autres régions (Corse et Pays de la Loire) (Tableau 3).
- Les estimations du nombre de reproduction étaient significativement inférieures à 1 à partir des trois sources de données dans 10 régions métropolitaines : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

► Régions d'outre-mer

- Au 1^{er} mai, les estimations du nombre de reproduction étaient significativement supérieures à 1 en Guadeloupe à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), mais étaient inférieures à 1 dans les deux autres sources de données.
- En Guyane et à La Réunion, les estimations du nombre de reproduction étaient supérieures à 1 mais de façon non significative à partir des trois sources de données (Tableau 3).
- En Martinique et à Mayotte, les estimations du nombre de reproduction étaient significativement inférieures à 1.

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 02 mai 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 3. Nombre de reproduction effectif du 1^{er} mai 2021 à partir des tests positifs au SARS-CoV-2 (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), et nombre de reproduction effectif du 02 mai 2021 à partir des hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC), par région, France

Territoire	Région	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR®	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	0,77 (0,76-0,78)	0,85 (0,80-0,90)	0,85 (0,80-0,90)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,76 (0,75-0,78)	0,89 (0,81-0,97)	0,88 (0,80-0,96)
	Bretagne	0,78 (0,76-0,80)	0,81 (0,70-0,92)	0,86 (0,76-0,97)
	Centre-Val de Loire	0,77 (0,75-0,79)	0,90 (0,81-1,00)	0,83 (0,75-0,92)
	Corse	0,79 (0,71-0,87)	0,96 (0,66-1,31)	0,98 (0,65-1,37)
	Grand Est	0,78 (0,76-0,79)	0,86 (0,80-0,93)	0,84 (0,78-0,90)
	Hauts-de-France	0,78 (0,77-0,79)	0,84 (0,78-0,90)	0,82 (0,77-0,88)
	Île-de-France	0,75 (0,74-0,75)	0,82 (0,79-0,86)	0,84 (0,80-0,87)
	Normandie	0,81 (0,79-0,83)	0,72 (0,64-0,82)	0,82 (0,74-0,90)
	Nouvelle-Aquitaine	0,78 (0,76-0,79)	0,90 (0,83-0,98)	0,85 (0,77-0,93)
France ultramarine	Occitanie	0,78 (0,77-0,80)	0,88 (0,81-0,96)	0,85 (0,78-0,92)
	Pays de la Loire	0,76 (0,74-0,78)	0,91 (0,83-1,00)	0,90 (0,82-1,00)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,72 (0,70-0,73)	0,80 (0,75-0,85)	0,77 (0,72-0,83)
	France métropolitaine	0,76 (0,76-0,77)	0,84 (0,83-0,86)	0,84 (0,82-0,85)
	Guadeloupe	0,91 (0,84-0,97)	1,19 (1,00-1,40)	0,90 (0,70-1,12)
France ultramarine	Guyane	1,02 (0,94-1,09)	1,14 (0,89-1,41)	1,24 (0,94-1,59)
	La Réunion	1,02 (0,96-1,08)	1,09 (0,88-1,32)	1,15 (0,92-1,41)
	Martinique	0,59 (0,53-0,65)	NA	0,72 (0,52-0,97)
	Mayotte	0,72 (0,58-0,87)	NC	NC

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

Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER

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

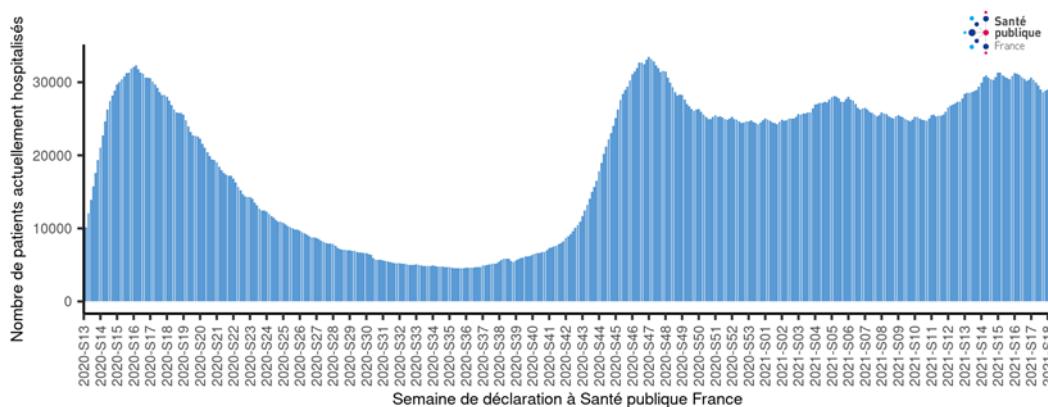
Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en services de soins critiques ou le décès d'un patient COVID-19 et la date de déclaration ou de mise à jour du statut du patient dans le système SI-VIC est fréquent. Les données par dates d'admission et de décès nécessitant en moyenne une semaine de consolidation,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

► Hospitalisations, admissions en services de soins critiques, décès

Patients actuellement hospitalisés et nombre total de décès

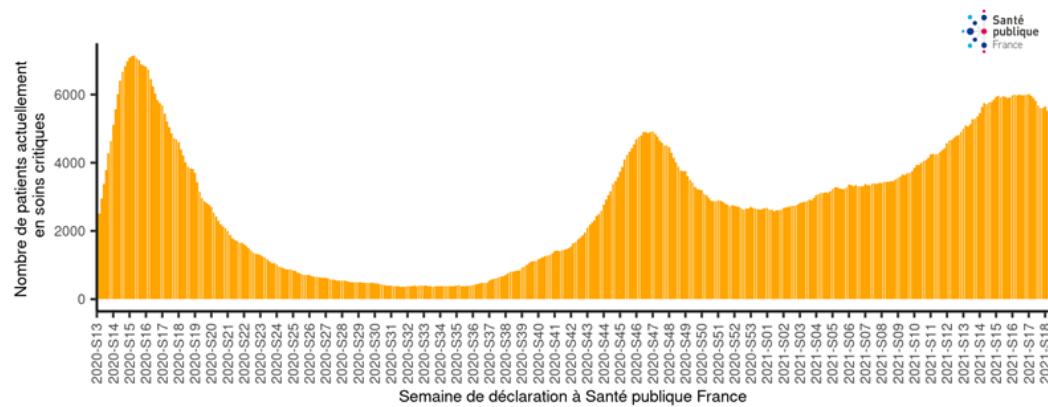
- Le 04 mai 2021, **28 487 patients COVID-19 étaient hospitalisés en France** (contre 30 341 le 27 avril, soit -6%) (Figure 24 et Tableau 4), dont :
 - **5 520 en services de soins critiques** (vs 5 959 le 27 avril, soit -7%) (Figure 25 et Tableau 4). Parmi ceux-ci, 4 230 étaient en services de réanimation et 1 290 dans d'autres services de soins critiques (soins intensifs ou soins continus) ;
 - 15 131 en hospitalisation conventionnelle (soit -8%) ;
 - 7 271 en soins de suite et réadaptation et 565 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 04 mai 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 04 mai 2021)



Source : SI-VIC

- Parmi les **452 155** patients ayant été hospitalisés depuis le 1^{er} mars 2020:
 - l'âge médian des patients était de 73 ans et 52% étaient des hommes ;
 - **79 149** patients sont décédés : 74% étaient âgés de 75 ans et plus et 58% étaient des hommes (Tableau 4).

Tableau 4. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en services de soins critiques) le 04 mai 2021 et nombre de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars 2020, par classe d'âge et par région, France

	Le 04 mai 2021			Depuis le 1 ^{er} mars 2020		
	Hospitalisations		Dont Soins Critiques		Décès	
	N	%	N	%	N	%
Total	28 487		5 520		79 149	
Classes d'âge *						
Total	28 237		5 472		78 719	
0-14 ans	75	<1	17	<1	6	<1
15-44 ans	1 784	6	406	7	571	<1
45-64 ans	6 935	25	2 198	40	6 394	8
65-74 ans	7 078	25	2 100	38	13 441	17
75 et +	12 365	44	751	14	58 307	74
Régions *						
Total	28 427		5 504		79 120	
Métropole						
Auvergne-Rhône-Alpes	3 363	12	642	12	11 084	14
Bourgogne-Franche-Comté	1 239	4	189	3	4 579	6
Bretagne	808	3	100	2	1 527	2
Centre-Val de Loire	1 028	4	199	4	2 550	3
Corse	61	<1	10	<1	197	<1
Grand Est	2 395	8	467	8	9 730	12
Hauts-de-France	3 353	12	644	12	8 501	11
Île-de-France	7 418	26	1 640	30	19 191	24
Normandie	1 452	5	208	4	3 091	4
Nouvelle-Aquitaine	1 378	5	283	5	3 562	5
Occitanie	1 727	6	363	7	4 235	5
Pays de la Loire	870	3	147	3	2 555	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 814	10	495	9	7 598	10
Outre-mer						
La Réunion	161	<1	41	<1	163	<1
Martinique	110	<1	24	<1	83	<1
Mayotte	11	<1	4	<1	126	<1
Guadeloupe	164	<1	30	<1	249	<1
Guyane	75	<1	18	<1	99	<1

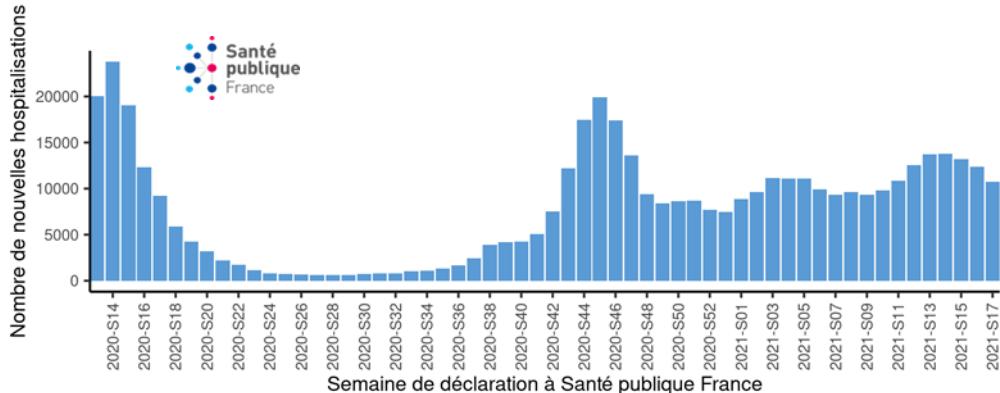
* L'information sur l'âge ou sur la région n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Source : SI-VIC

Nouvelles hospitalisations et nouveaux décès

- La diminution du nombre de déclarations de nouvelles hospitalisations, observée depuis S15, se poursuivait en S17 : **10 748 vs 12 397** en S16, soit -13% (Figure 26). En S17, 91% 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 02 mai 2021)

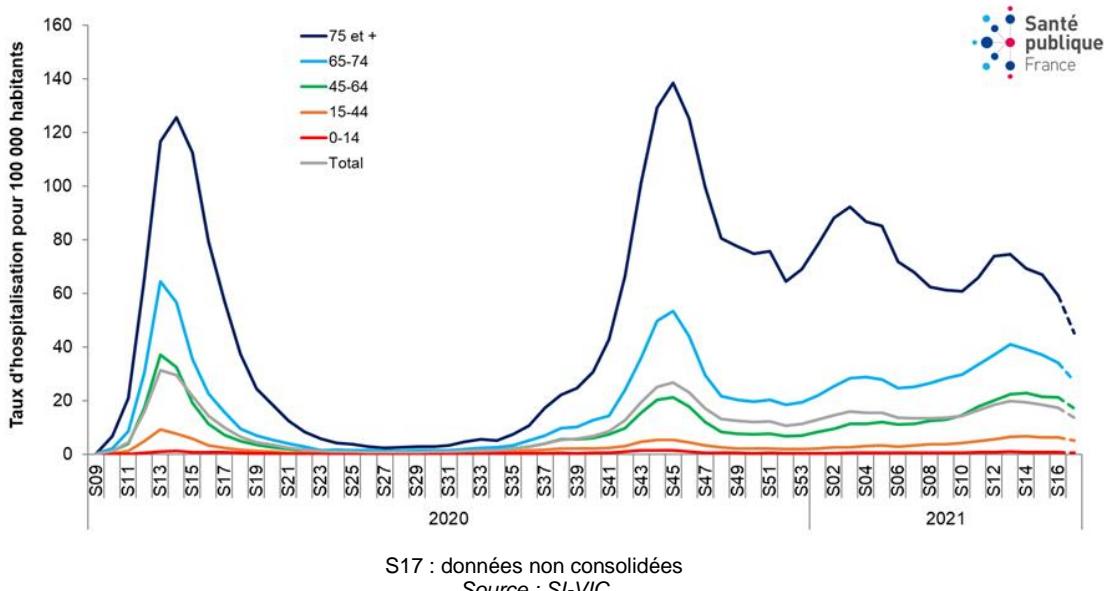


Source : SI-VIC

- Après consolidation, les **données par date d'admission à l'hôpital** montrent que le nombre de nouvelles hospitalisations a légèrement diminué en S16 (-6% par rapport à S15). Les données de S17 (-21% par rapport à S16) ne sont pas encore consolidées.

- La diminution du taux d'hospitalisations par date d'admission** depuis S15 s'est poursuivie pour toutes les classes d'âge en S16. Les données de S17 ne sont pas encore 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 04 mai 2021)

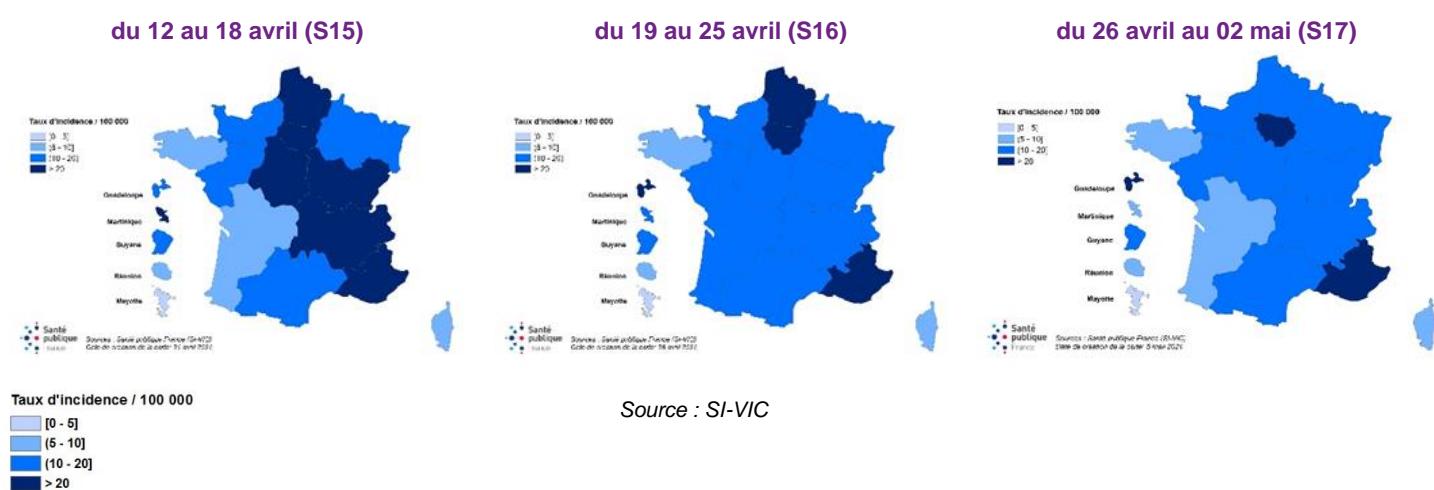


S17 : données non consolidées

Source : SI-VIC

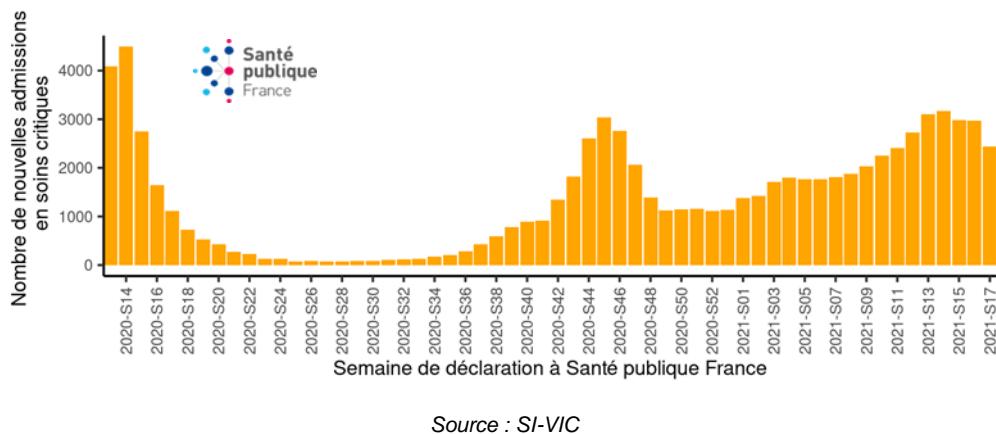
- En S17, le **taux hebdomadaire** d'hospitalisations par date de déclaration était de **16,0/100 000 habitants**, contre **18,5** en S16.
- En France métropolitaine, le taux hebdomadaire d'hospitalisations était en **légère augmentation en Corse** (+3%). Il était stable ou en diminution dans les autres régions métropolitaines.
- Les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Île-de-France** (22,8/100 000 habitants) et **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (20,1). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 20 pour 100 000 habitants (Figure 28).
- **En Outre-mer, le plus fort taux d'hospitalisations en S17** était observé en **Guadeloupe** (31,0 pour 100 000 habitants), en augmentation par rapport à S16 (+10%, soit +11 hospitalisations). Il était également en augmentation en Guyane (+30%, soit +13 hospitalisations), à La Réunion (+5 hospitalisations) et à Mayotte (+10 hospitalisations). Le **taux hebdomadaire d'hospitalisations** poursuivait sa **diminution** en **Martinique** (-45%, soit -29 hospitalisations).

Figure 28. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 12 avril au 02 mai 2021 (S15 à S17, date de déclaration), France



- Après une stabilisation en S16, le nombre de déclarations de **nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19** a diminué en S17 : **2 440** contre **2 971** en S16, soit **-18%** (Figure 29). Parmi ceux-ci :
 - **96%** des patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19 ;
 - le nombre de nouvelles déclarations d'admission en services de réanimation était de **1 678** (vs 1 996 en S16, soit -16%).

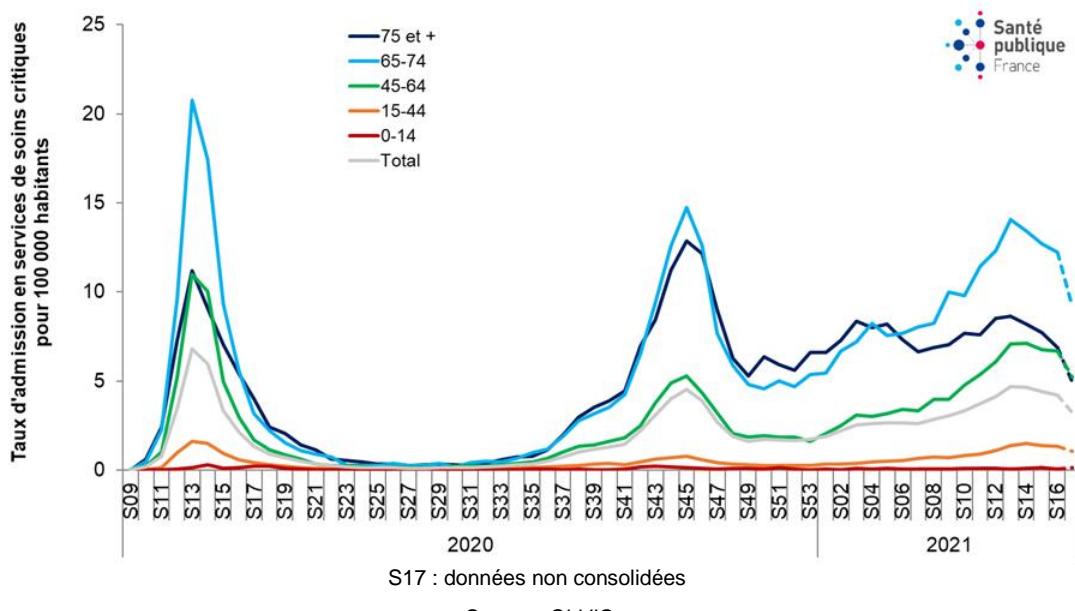
Figure 29. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques, selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 02 mai 2021)



- Après consolidation, les **données par date d'admission en services de soins critiques** montrent que le nombre de nouvelles admissions a encore légèrement diminué en S16 (-4% par rapport à S15). Les données de S17 (-24% par rapport à S16) ne sont pas encore consolidées.

- La diminution du **taux d'admissions en soins critiques**, observée depuis S14 chez les plus de 65 ans et depuis S15 chez les 15-64 ans, s'est poursuivie pour **toutes les classes d'âge** en S16. Les données de S17 ne sont pas consolidées (Figure 30).

Figure 30. Taux d'admissions hebdomadaires de patients COVID-19 en services de soins critiques par classe d'âge selon la date d'admission, depuis le 02 mars 2020, France (données au 04 mai 2021)



- Le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques par date de déclaration était de **3,6 pour 100 000 habitants** en S17 contre 4,4 en S16.

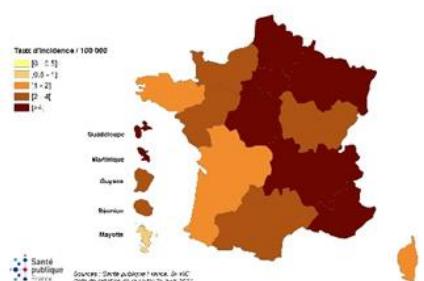
- En France métropolitaine, le **taux d'admissions en services de soins critiques** en S17 était en **augmentation** en Nouvelle-Aquitaine (+6%) et en diminution dans les autres régions.

- En S17, les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de soins critiques** en métropole étaient rapportés en **Île-de-France** (6,0/100 000 habitants) et dans les **Hauts-de-France** (4,5). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 3,9 pour 100 000 habitants (Figure 31).

- En Outre-mer, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en services de soins critiques** en S17 était observé en **Guadeloupe** (4,8/100 000 habitants, inchangé par rapport à S16). Il était de 4,1/100 000 en Guyane (-1 hospitalisation), 2,8/100 000 en **Martinique** (-8 hospitalisations), 1,9/100 000 à **La Réunion** (-11 hospitalisations), et 1,4/100 000 à **Mayotte** (+3 hospitalisations).

Figure 31. Évolution du taux hebdomadaire d'admission en services de soins critiques de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 12 avril au 02 mai 2021 (S15 à S17, par date de déclaration), France

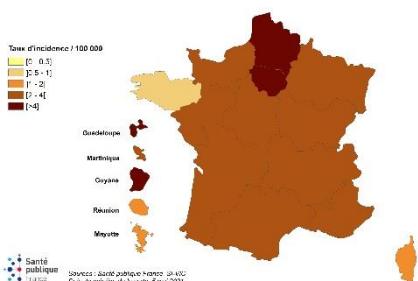
du 12 au 18 avril (S15)



du 19 au 25 avril (S16)



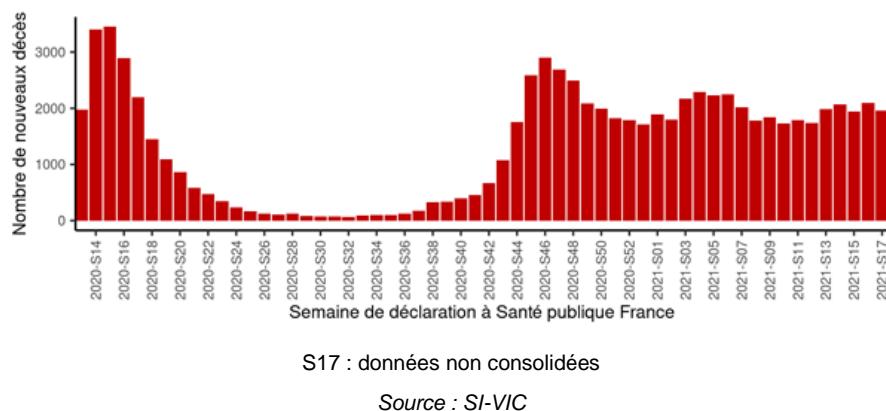
du 26 avril au 2 mai (S17)



Source : SI-VIC

- Après une augmentation en S16, le nombre de déclarations de décès de patients COVID-19 survenus au cours d'une hospitalisation était en diminution en S17 : **1 957** décès contre **2 094** en S16 (soit -7%) (Figure 32). En S17, 90% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.
- Après consolidation, les **données par date de survenue du décès à l'hôpital** montrent une légère diminution du nombre de décès **en S16** (-1% par rapport à S15). Les données de S17 (-14% par rapport à S16) ne sont pas encore consolidées.

Figure 32. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 02 mai 2021)



- Le **taux hebdomadaire** de décès de patients COVID-19 était de **2,9 pour 100 000 habitants** en S17, contre 3,1 en S16.

►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 04 mai 2021, parmi les **12 243 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19, 69% étaient des hommes**. Cette proportion a diminué entre les périodes septembre-décembre 2020 et janvier-mai 2021 (72% vs 67%, p<0,001). **L'âge médian des patients a diminué, passant de 68 ans (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]) à 65 ans (IIQ : [56-72])** (p<0,001) entre les deux périodes. **La proportion de patients âgés de 65 ans et plus a diminué de façon significative** (63% vs 52%, p<0,001). À l'inverse, la part des cas de 45-64 ans a augmenté sur la période de janvier à mai par rapport à la période précédente (39% vs 31%, p<0,001). **La proportion de cas pédiatriques (0-14 ans) restait comparable entre les deux périodes (<1%).** 148 patients étaient des professionnels de santé.
- **89% des patients admis en réanimation en septembre-décembre 2020 présentaient au moins une comorbidité, contre 87% en janvier-mai 2021 (p=0,002).** Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient, pour les deux périodes, l'**obésité (IMC≥30kg.m⁻²)**, l'**hypertension artérielle** et le **diabète** (Tableau 5).
- Parmi les 9 621 patients pour lesquels l'information était renseignée, **47% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour**. Cette proportion reste comparable entre les deux périodes. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 9 754 patients : **46% d'entre eux ont bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit, 42% d'une ventilation invasive et 3% d'une assistance extracorporelle (ECMO/ECCO₂R)** au cours de leur séjour en réanimation. La proportion de patients ayant bénéficié d'une oxygénothérapie à haut débit au cours du séjour en réanimation continuait d'augmenter en janvier-mai 2021 par rapport à septembre-décembre 2020 (49% vs 43%). Inversement, la proportion de patients ayant nécessité une ventilation invasive était en baisse (45% vs 40%). Il est à noter toutefois que les données ne sont pas encore consolidées, notamment pour les signalements les plus récents. Par conséquent, ces indicateurs sont susceptibles d'être modifiés pour la période la plus récente.
- **2 317 décès** ont été rapportés à ce jour (dont 11 professionnels de santé) : 1 202 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 (soit 25% des cas signalés) et 1 115 parmi les patients admis en janvier-mai 2021 (soit 21% des cas à ce jour, données non consolidées). **L'âge médian des personnes décédées était de 73 ans (IIQ : [66-78])**; **80% 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** (43% des cas décédés dont l'IMC était renseigné), les **pathologies cardiaques** (36%) et le **diabète** (35%). Le recul insuffisant ne permet pas de comparer les caractéristiques des patients décédés entre les deux périodes d'étude.
- Entre le 05 octobre 2020 et le 04 mai 2021, **7 522 sorties de réanimation** ont été rapportées, 3 402 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 et 4 120 parmi ceux admis en janvier-mai 2021.

Tableau 5. Âge et comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 04 mai 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France

Classe d'âge	Septembre-Décembre 2020 (n=5 135)		Janvier-Mai 2021 (n=7 108)	
	n	%	n	%
0-14 ans	11	<1	25	<1
15-44 ans	289	6	592	8
45-64 ans	1 600	31	2 760	39
65-74 ans	1 921	38	2 487	35
75 ans et +	1 294	25	1 209	17
Non renseigné	20		35	
Comorbidités¹	n	%²	n	%²
Aucune	555	11	894	13
Au moins une comorbidité	4 450	89	5 995	87
Hypertension artérielle	2 300	46	3 142	46
Obésité (IMC>=30) ³	2 036	45	3 136	49
Diabète	1 586	32	1 849	27
Pathologie cardiaque	1 258	25	1 386	20
Pathologie pulmonaire	1 067	21	1 355	20
Pathologie rénale	449	9	509	7
Immunodépression	380	8	360	5
Cancer	361	7	423	6
Pathologie neuromusculaire	163	3	208	3
Pathologie hépatique	119	2	137	2
Autre	788	16	862	13
Non renseigné	130		219	

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.

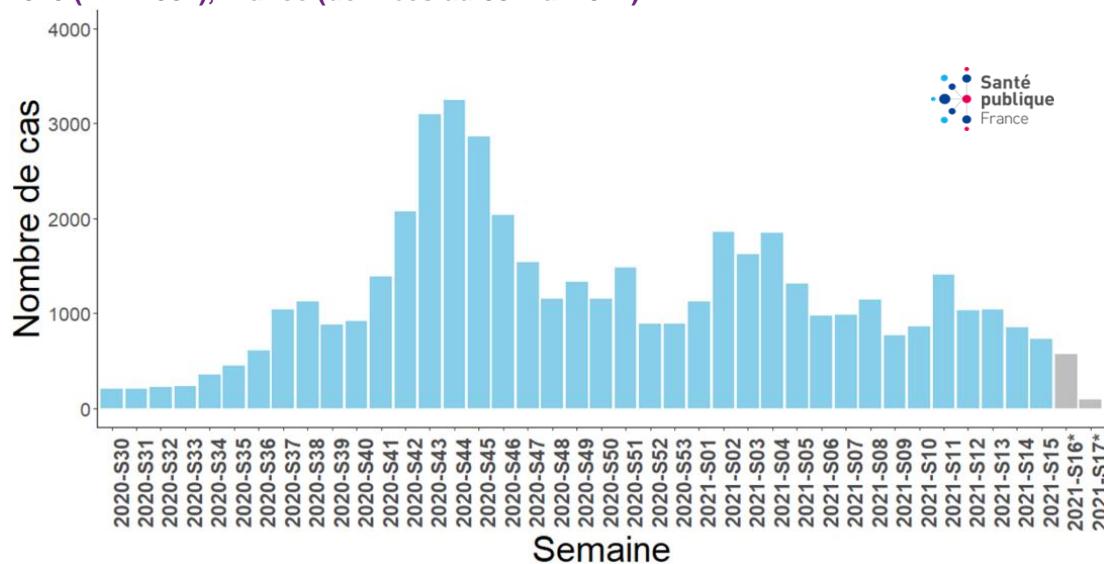
³ La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients dont l'IMC est renseigné (n=4 511 pour la période septembre-décembre 2020 et n=6 435 pour la période janvier-mai 2021).

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 01 avril 2021, 4 943 cas supplémentaires ont été déclarés, portant à **81 032 le nombre de professionnels en établissement de santé (PES) infectés pour la période du 1^{er} mars 2020 au 03 mai 2021**. La répartition actualisée du nombre hebdomadaire de cas déclarés montre, après une relative stabilité du nombre de cas entre les semaines S06 et S10-2021, **une augmentation du nombre de cas en semaine 11, suivie d'une diminution à partir de la semaine 12**. Les données des semaines 16 et 17 ne sont pas consolidées (Figure 33).
- 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.
- Parmi les 81 032 cas, 56 558 (70%) étaient des professionnels de santé et 8 422 (10%) des professionnels non soignants. Pour les 20% restants, la catégorie professionnelle n'était pas renseignée.
- Les deux professions avec le plus grand nombre de cas étaient les infirmiers (N=19 312, 24% des cas) et les aides-soignants (N=16 819, 21% des cas). Proportionnellement au nombre de professionnels dans la catégorie, les aides-soignants (10,2%) et les kinésithérapeutes (9,9%) étaient les professions les plus touchées (Tableau 6).

Figure 33. Nombre de PES atteints de COVID-19 déclarés dans les établissements de santé, par semaine, depuis le 20 juillet 2020 (N=47 584), France (données au 03 mai 2021)



* Les données pour S16 et S17 sont en cours de consolidation.

Note. Entre le 1^{er} mars 2020 et le 20 juillet 2020, 9 211 cas ont été signalés à Santé publique France et n'apparaissent pas sur ce graphique pour des raisons de lisibilité.

Tableau 6. Nombre et proportion de PES atteints de COVID-19, par catégorie professionnelle, parmi les établissements de santé participant depuis le 1^{er} mars 2020 (données du 03 mai 2021), France

Catégorie professionnelle	Nombre de cas	% parmi les PES
Infirmier	19 312	7,6
Aide-soignant	16 819	10,2
Médecin	5 485	6,1
Interne	2 286	7,0
Kinésithérapeute	745	9,9
Sage-femme	483	3,8
Autre professionnel soignant	8 917	7,0
Autre professionnel non soignant	8 422	3,5
Inconnu	16 052	NA
Total	81 032	8,4

Nb : Les cas survenus parmi la catégorie professionnelle « élèves » (N= 2 511) n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, en l'absence de dénominateur connu.

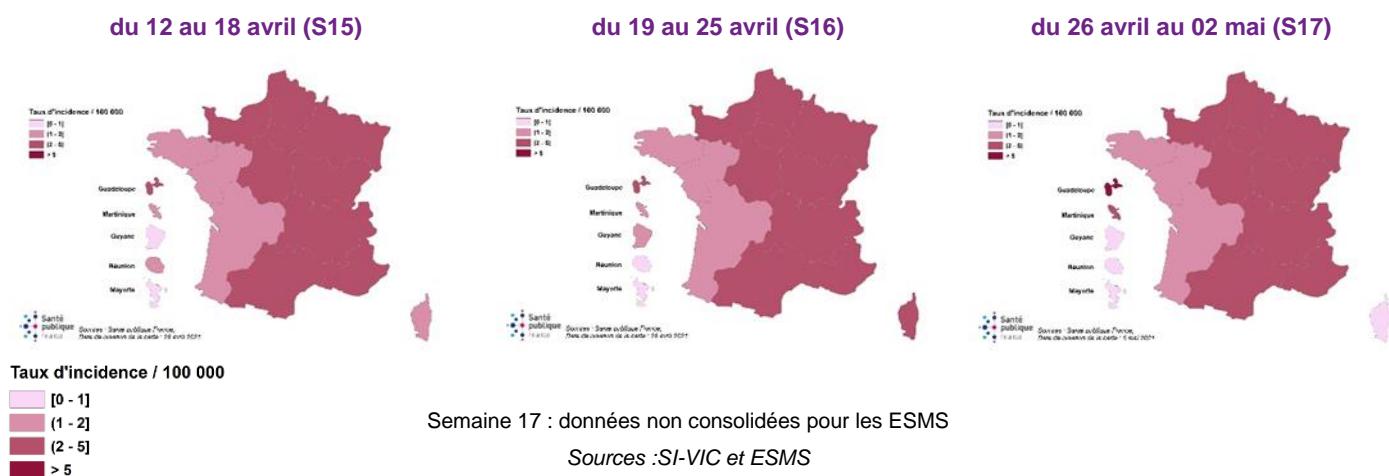
Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : [SAE, données 2019](#)

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

► Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 04 mai 2021, **105 416 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **79 149** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **26 267** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 02 mai 2021).
- 93% des cas de COVID-19 décédés étaient âgés de 65 ans ou plus.**
- Au niveau national, **le nombre hebdomadaire de décès était en augmentation en semaine 16**, avec 2 132 décès contre 1 981 en S15 (+8%). **En semaine 17, il était en diminution**, avec 1 995 décès signalés (données non consolidées pour les ESMS).
 - En ESMS : le nombre hebdomadaire de décès était stable depuis S13 (37 décès signalés en S15, 38 en S16 et 38 en S17, données non consolidées en S17).
 - En hospitalisation : après une augmentation observée en S16 (+8%), le nombre de décès était en baisse en S17 (-7%).
- À l'échelle nationale, le **taux hebdomadaire de décès** était de **3,2 pour 100 000 habitants** en **S16**. En S17 (données non consolidées), il était de 3,0 pour 100 000 habitants.
- En semaine 17** (données non consolidées pour les ESMS), les **plus forts taux de décès** par région rapportés à la population étaient observés en **Guadeloupe** (5,3/100 000), **Hauts-de-France** (4,0), **Île-de-France** (4,0), **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (3,8), **Bourgogne-Franche-Comté** (3,4), **Centre-Val de Loire** (3,3), **Grand Est** (3,1), **Auvergne-Rhône-Alpes** (3,1) et **Normandie** (3,0) (Figure 34).
- Entre les semaines 16 et 17, bien que les données ne soient pas consolidées, une **augmentation** du taux de décès était observée en **Guadeloupe** (+9 décès), **Bretagne** (+6 décès) et **Martinique** (+4 décès). Les effectifs réduits des décès dans les autres régions d'outre-mer ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport à la semaine précédente.

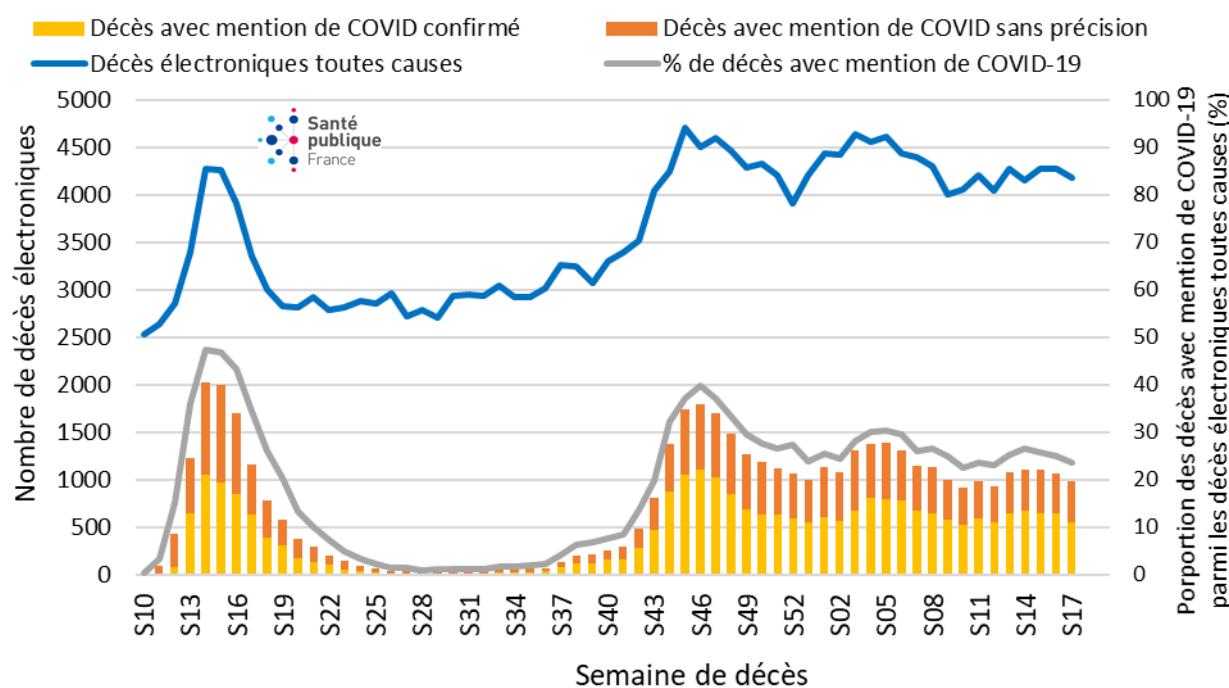
Figure 34. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 12 avril au 02 mai 2021 (S15 à S17), par région, France



► 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, 46 803 certificats contenaient une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès renseignées (Tableau 7). Ils représentent 21% des décès toutes causes confondues certifiés par voie électronique.
- Des comorbidités étaient renseignées pour 30 392 décès, soit 65% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention de pathologie cardiaque était indiquée pour 36% de ces décès et d'hypertension artérielle pour 23%.
- Pour la semaine 17 (du 26 avril au 02 mai 2021), **981 décès faisaient l'objet d'une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 23,5% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 35). Ce nombre de décès était en baisse de 8,1% par rapport à la semaine précédente (soit -86 décès). **La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 55,8%.**

Figure 35. 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 02 mai 2021, France (données au 04 mai 2021)



Sources : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 7. Description des décès certifiés par voie électronique avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, du 1^{er} mars 2020 au 03 mai 2021, France (données au 04 mai 2021)

Sexe	n	%				
Hommes	25 692	55				
Femmes	21 110	45				
Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ou non renseigné ¹	Avec comorbidités ¹			Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	5	100	5	0
15-44 ans	95	32	200	68	295	1
45-64 ans	958	29	2 336	71	3 294	7
65-74 ans	2 191	31	4 935	69	7 126	15
75 ans ou plus	13 167	36	22 916	64	36 083	77
Tous âges	16 411	35	30 392	65	46 803	100
Description des comorbidités	n	%				
Pathologie cardiaque	10 844	36				
Hypertension artérielle	6 846	23				
Diabète	4 973	16				
Pathologie respiratoire	4 105	14				
Pathologie rénale	4 019	13				
Pathologies neurologiques *	2 609	9				
Obésité	1 895	6				
Immunodéficience	696	2				

* Ce groupe inclut les pathologies neurovasculaires et neuromusculaires.

1. Pourcentages présentés en ligne ; 2. Pourcentages présentés en colonne

► Mortalité toutes causes

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

- Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis S40-2020 (du 28 septembre au 04 octobre 2020) jusqu'en S16-2021 (du 19 au 25 avril 2021). Les effectifs avaient franchi un premier pic en semaines 45 et 46-2020 (atteignant respectivement +33% et +31% par rapport à la mortalité attendue) puis un deuxième, de moindre amplitude, en semaine 03-2021 (atteignant +22%). Après une diminution observée entre les semaines 04 et 10, la mortalité est à nouveau repartie à la hausse jusqu'en semaine 13 et semble se stabiliser sur les semaines 14 à 16 (Figure 40). L'excès estimé en semaine 15 atteint +15% (Tableau 8).
- La hausse du nombre de décès à partir de la semaine 11 était essentiellement observée chez les personnes de 65 à 84 ans. Dans cette classe d'âge, le nombre de décès restait significativement supérieur à celui attendu jusqu'en semaine 16. Le nombre de décès des personnes de 85 ans ou plus avaient à nouveau franchi la limite haute des marges de fluctuation habituelles entre les semaines 13 à 16. Celui des personnes de 15-64 ans était également supérieur à celui attendu entre les semaines 12 et 16.

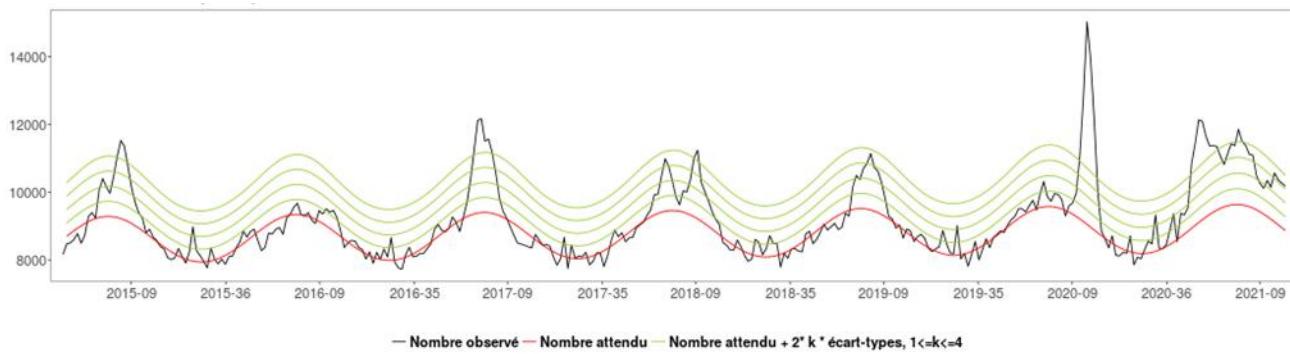
Tableau 8. Estimation de la proportion (%) de l'excès de décès par rapport à la mortalité attendue, tous âges confondus, dans un échantillon de 3 000 communes, de la semaine 01 à la semaine 15-2021, France

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

Estimations non consolidées pour les semaines S13 à S15

Sources : Santé publique France, Insee

Figure 36. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 36-2014 à la semaine 16-2021, France

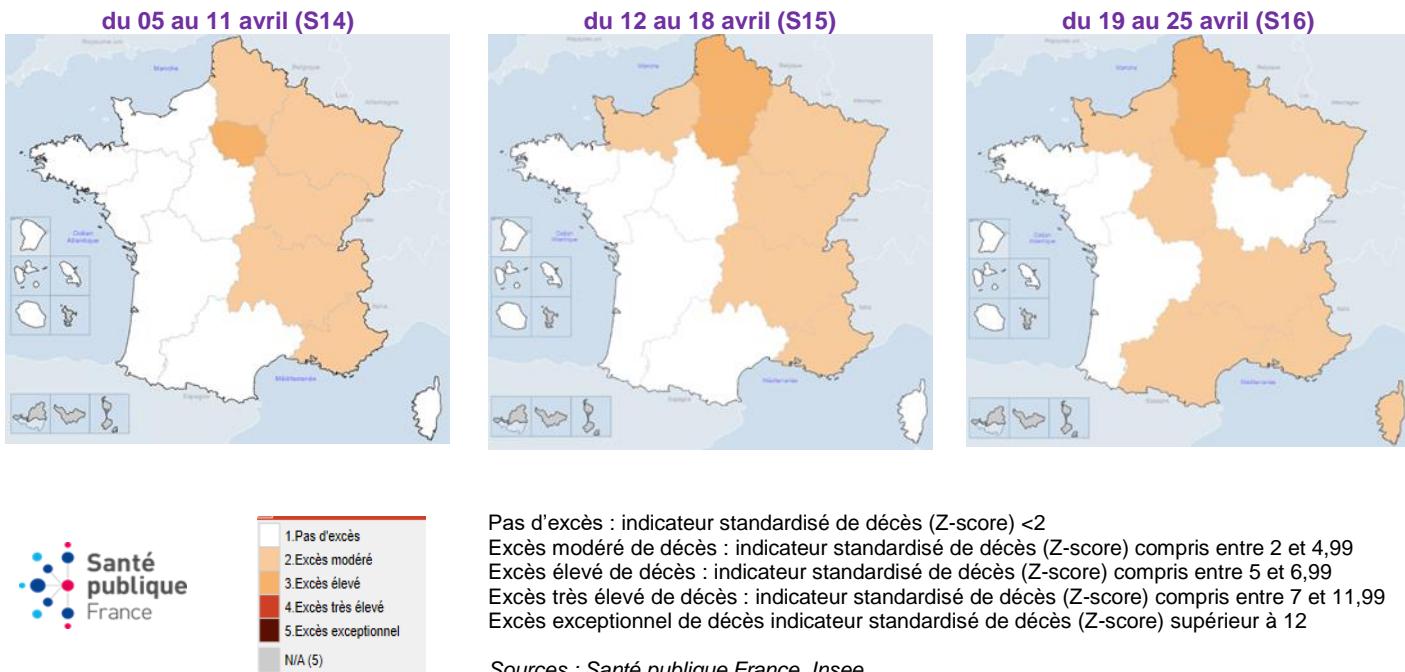


Sources : Santé publique France, Insee

- Au niveau régional, le nombre de décès restait stable à un niveau élevé et supérieur à celui attendu jusqu'en semaine 16 en Île-de-France et dans les Hauts-de-France. En Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Normandie, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur, le nombre de décès fluctuait d'une semaine sur l'autre de façon modérée au-dessus de la limite haute des marges de fluctuation habituelles, mais sans montrer une tendance à la hausse (Figure 37). Dans le Centre-Val de Loire, le nombre de décès en semaine 16 a atteint la limite haute des marges de fluctuation habituelles, alors qu'il était revenu dans les marges de fluctuation depuis la semaine 07. Ces dynamiques restent à confirmer avec la consolidation des données.

- Au total, neuf régions métropolitaines présentaient un nombre de décès significativement supérieur à celui attendu en semaine 16 : Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Corse, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Figure 37).

Figure 37. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues pour les semaines 14, 15 et 16, par région, France (données au 04 mai 2021)



NB. Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes, en particulier pour les semaines 11 à 15, et seront consolidées dans les prochaines semaines.
En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer la part de la mortalité attribuable à l'épidémie de COVID-19.

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

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

► Mortalité à l'échelle européenne

- Parmi les 28 pays ou régions du [consortium EuroMOMO](#) qui participent à l'analyse agrégée à l'échelle européenne et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité était notée depuis le début du mois d'octobre 2020, qui s'était accrue de S43 à S46 (Figure 38). 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 15, tous âges confondus (Figure 38).
 - Un excès reste observé chez les personnes de 45-64 ans et de 65-74 ans, alors que les effectifs sont revenus dans les marges de fluctuation habituelles chez les personnes de plus de 75 ans.

Ces évolutions restent à confirmer avec la consolidation des données de chaque pays/région.

- Un excès de mortalité était observé dans six pays/régions en semaine 12, dans sept pays/régions en semaine 13, dans huit pays/régions en semaine 14 et dans sept pays/régions en semaine 15 (Estonie, Ukraine, France, Allemagne, Pays-Bas, Italie et Grèce) (Figure 39).

Figure 38. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 28 pays/régions européens, de la semaine 17-2017 à la semaine 15-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 28 avril 2021)

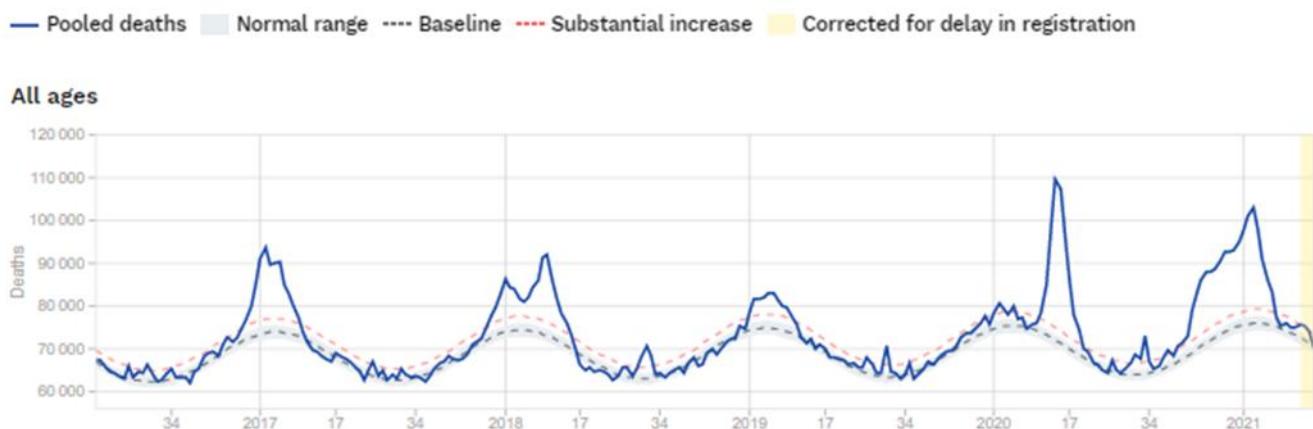
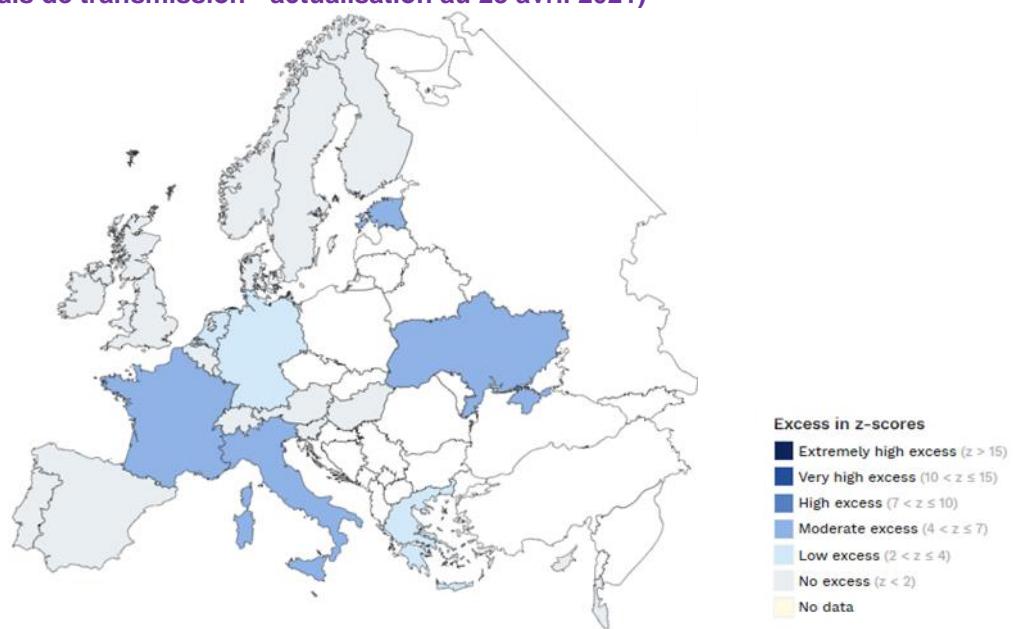


Figure 39. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 15-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 28 avril 2021)



ESTIMATION DE LA SÉROPRÉVALENCE DES INFECTIONS À SARS-CoV-2

Depuis mars 2020, Santé publique France réalise en collaboration avec le Centre national de référence (CNR) des virus des infections respiratoires (dont la grippe) de l’Institut Pasteur des enquêtes de séroprévalence en population générale répétées à différents temps de l’épidémie de COVID-19. La surveillance sérologique ainsi constituée permet de suivre la dynamique de l’épidémie sur la base d’une estimation de la prévalence des infections à SARS-CoV-2, par sexe, âge et région de résidence à partir d’échantillons aléatoires de sérums anonymisés issus des sérothèques (fonds de tubes) des principaux laboratoires centralisateurs français, Cerba et Eurofins Biomnis (pour la Corse et les départements et régions d’outre-mer, l’ensemble des tubes disponibles ont été utilisés. Le département de Mayotte est exclu des analyses en raison d’un nombre insuffisant de prélèvements). Les estimations ont été extrapolées à la population générale après post-stratification par région de résidence, âge et sexe (données Insee, 1^{er} janvier 2020), permettant ainsi la comparaison entre régions et dans le temps.

Méthodologie de définition du statut d’infection par le SARS-CoV-2

La part de la population ayant été infectée par le SARS-CoV-2 (séroprévalence) a été estimée sur la base d’une réponse anticorps spécifique révélée par la positivité d’au moins un des trois tests développés par l’Institut Pasteur : deux tests LuLISA (*Luciferase-Linked ImmunoSorbent Assay*) ciblant les protéines N et S du virus et un test de pseudo-neutralisation qui détecte la présence d’anticorps susceptibles de conférer une protection contre le SARS-CoV-2. Les estimations sont ajustées sur les performances des tests sérologiques¹.

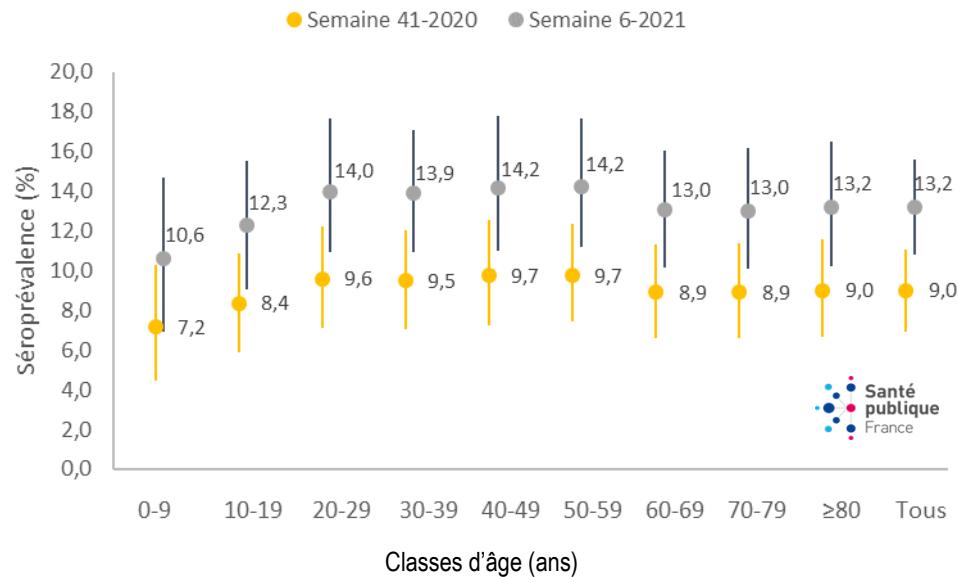
[1] Rogan WJ, Gladen B. Estimating prevalence from the results of a screening test. Am J Epidemiol. 1978;107(1):71-6.

Nous présentons des estimations de la prévalence des infections par le SARS-CoV-2 en France, pour la période encadrant la vague épidémique du dernier trimestre de 2020, basées sur l’analyse de 3 361 sérums collectés en semaine 41-2020 (du 05 au 11 octobre) et 3 709 sérums en semaine 06-2021 (du 08 au 14 février). Les estimations de la semaine 41, présentées précédemment dans le [Point épidémiologique du 31 décembre 2020](#), ont été réajustées à partir des nouvelles données disponibles.

- La proportion de personnes séropositives pour le SARS-CoV-2 est estimée à 9,0% [intervalle de crédibilité à 95% : 6,9 -11,0] en semaine 41-2020 et 13,2% [10,8-15,6] en semaine 06-2021, représentant pour ce dernier point 8 832 000 [7 217 000-10 426 000] personnes séropositives.
- Les résultats des trois premières enquêtes réalisées de mars à mai 2020 avaient mis en évidence une augmentation de la séroprévalence nationale de 0,3 à 4,9% au cours de la première vague épidémique.
- En semaine 06-2021 (du 08 au 14 février), la prévalence était comparable chez les hommes (13,0%) et chez les femmes (13,4%).
- La progression des infections a concerné l’ensemble des tranches d’âge, avec en S06-2021 des séroprévalences plus élevées parmi les personnes de 20 à 59 ans (autour de 14%) et chez les plus de 80 ans (13,2%). Chez les enfants de moins de 10 ans, la séroprévalence reste plus faible à 10,6% (Figure 40).
- En France métropolitaine, en S6-2021, l’Île-de-France restait la région la plus touchée avec une séroprévalence de 20,6% [16,6-24,9], suivie de la Bourgogne-Franche-Comté (18,7 % [13,1-25,5]) et la Provence-Alpes-Côte d’Azur (13,9% [10,3-17,6]), deux régions où la circulation virale a été particulièrement active fin 2020 (Figure 41).
- Dans les départements et régions d’outre-mer, la situation restait très contrastée, avec des niveaux de séroprévalence au début de 2021 les plus élevés en Guyane (33,0 % [25,2-41,4]) et Guadeloupe (18,5% [13,6-23,9]), mais plus faibles en Martinique (8,6% [4,8-13,0]) et à La Réunion (6,3% [3,7-9,3]).
- Du fait d’un possible déclin des anticorps au cours du temps et de la circulation croissante de variants potentiellement moins détectés par les tests sérologiques, nos estimations de séroprévalence peuvent sous-estimer la proportion de personnes infectées depuis le début de l’épidémie. En revanche, en S06-2021, la part de la population vaccinée depuis un temps suffisamment long était trop faible pour influencer notablement nos estimations à la hausse (1% de la population avait reçu au moins une dose de vaccin plus de 15 à 21 jours avant l’enquête, délai nécessaire pour obtenir une réponse sérologique pleinement détectable, voir le [Point épidémiologique du 21 janvier 2021](#)).

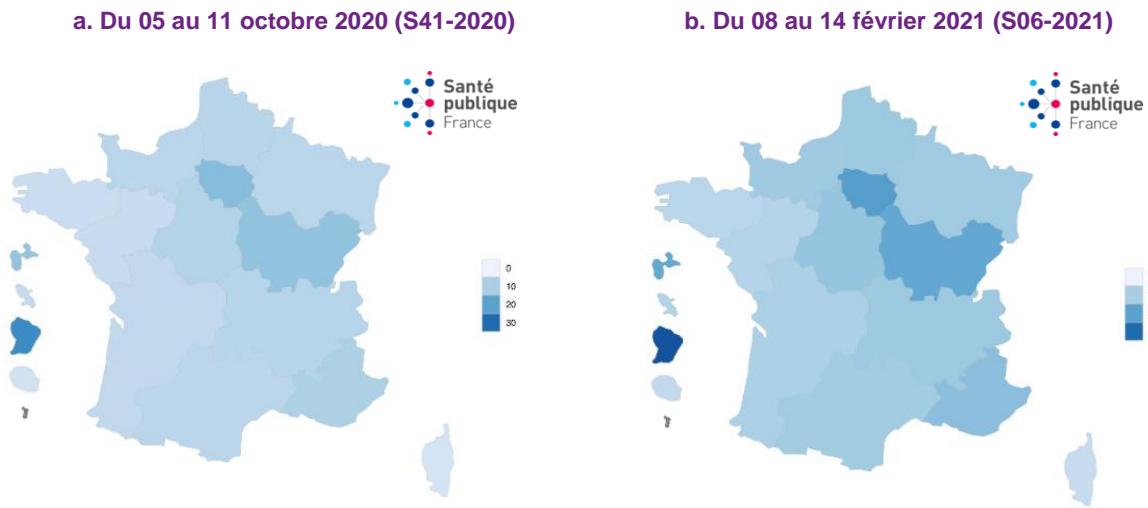
- Si la séroprévalence continue à progresser avec la vague épidémique qui évolue depuis mars 2021, le niveau atteint en S06-2021 confirme que seule une vaccination de masse permettrait d'atteindre rapidement une immunité collective susceptible d'affecter la dynamique de l'épidémie et de prévenir la saturation des services hospitaliers.

Figure 40. Estimations de séroprévalence des infections à SARS-CoV-2 par âge en semaines 41-2020 (du 05 au 11 octobre) et 06-2021 (du 08 au 14 février), France*



* Le département de Mayotte est exclu des analyses en raison d'un nombre de prélèvements insuffisant.

Figure 41. Estimations de séroprévalence (%) des infections à SARS-CoV-2 par région, en semaines 41-2020 (a) et 06-2021 (b), France*



* Le département de Mayotte est exclu des analyses en raison d'un nombre de prélèvements insuffisant.

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

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

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

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

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

► En population générale

- Le 04 mai 2021, **16 470 369 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** en France et **7 306 862 sont complètement vaccinées** (données par date d'injection).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, **24,5% de la population** en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 10,9% est complètement vaccinée (Tableau 9).

L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la **population adulte** (âgée de 18 ans ou plus) est de 31,3% pour au moins une dose et 13,9% pour une vaccination complète.

Le nombre de personnes complètement vaccinées après une seule dose de vaccin, en excluant les personnes ayant reçu un vaccin Janssen, est de 298 835.

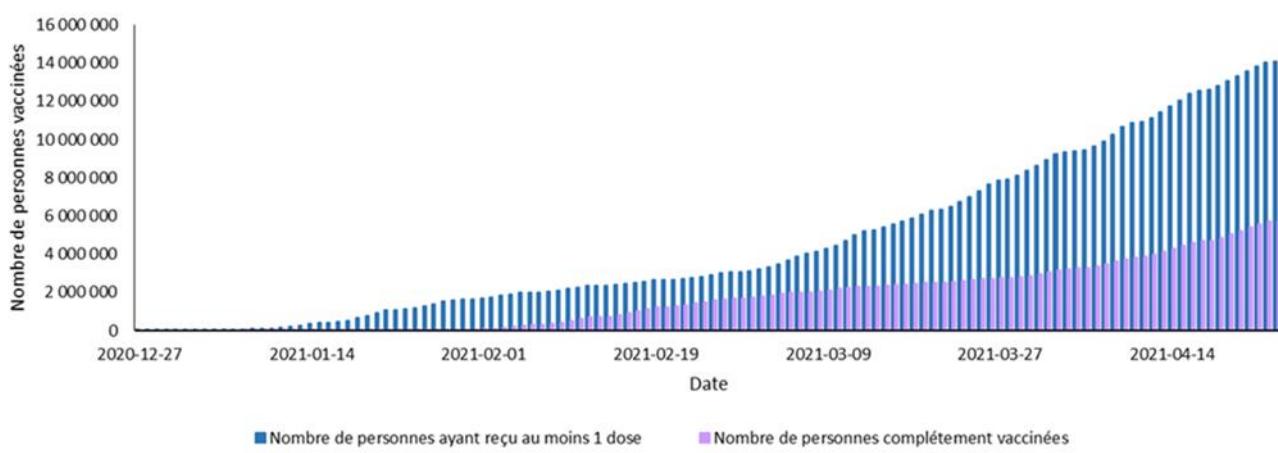
Tableau 9. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 04 mai 2021, par région, France

Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Vaccination complète (N)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	1 923 040	23,9	871 560	10,9
Bourgogne-Franche-Comté	727 567	26,1	354 618	12,7
Bretagne	958 169	28,7	376 777	11,3
Centre-Val de Loire	662 687	25,9	267 300	10,4
Corse	115 080	33,4	59 707	17,3
Grand Est	1 404 900	25,5	637 474	11,6
Hauts-de-France	1 447 128	24,3	666 925	11,2
Ile-de-France	2 490 729	20,3	1 123 776	9,2
Normandie	905 716	27,4	400 844	12,1
Nouvelle-Aquitaine	1 723 885	28,7	738 513	12,3
Occitanie	1 599 905	27,0	681 736	11,5
Pays de la Loire	956 404	25,2	375 913	9,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 361 250	26,9	663 862	13,1
France métropolitaine	16 276 460	25,1	7 219 005	11,1
Guadeloupe	19 840	5,3	9 259	2,5
Guyane	25 944	8,9	11 112	3,8
La Réunion	85 451	9,9	40 306	4,7
Martinique	38 224	10,7	15 821	4,4
Mayotte	15 757	5,6	8 808	3,2
Saint-Barthélemy	5 289	53,1	801	8,0
Saint-Martin	2 717	7,7	1 720	4,9
Non précisé	687	non applicable	30	non applicable
France entière	16 470 369	24,5	7 306 862	10,9

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

- **En une semaine** (depuis le 27 avril 2021), **plus de 1,9 million de personnes ont reçu leur première dose** de vaccin, soit en moyenne **267 000 personnes par jour** (Figure 42).
En semaine 17, 2,9 millions de doses ont été injectées (en première ou seconde doses), soit en moyenne 416 000 doses par jour.

Figure 42. Nombres cumulés de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19, par jour de vaccination, France (données du 27 décembre 2020 au 04 mai 2021)



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

- Les couvertures vaccinales les plus élevées sont observées chez les personnes les plus âgées (Tableau 10) du fait du ciblage prioritaire dont ils font l'objet dans la campagne de vaccination, comme recommandé par la Haute Autorité de santé (HAS) : résidents en Ehpad ou USLD, personnes de 55 ans et plus. Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 74,5% (vaccination complète : 56,8%). S'agissant des personnes âgées de 75 à 79 ans, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 80,5% (vaccination complète : 60,7%). Pour les 80 ans et plus, elle est de 71,3% (vaccination complète : 54,7%) et évolue peu par rapport à la semaine précédente (68,9% le 20 avril 2021). Cette faible progression chez les personnes les plus âgées invite au renforcement des actions pour aller vers ces personnes, notamment au travers de la vaccination à domicile.

Tableau 10. Nombre de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et une vaccination complète contre la COVID-19 et couvertures vaccinales (% de la population) au 04 mai 2021, par classe d'âge, France

Classes d'âge	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Vaccination complète (N)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
18-24	218 220	4,0	74 013	1,4
25-29	246 416	6,6	94 761	2,5
30-39	686 035	8,3	268 382	3,2
40-49	1 034 770	12,0	398 367	4,6
50-59	2 603 540	29,6	796 863	9,1
60-64	2 081 061	50,7	435 229	10,6
65-69	2 252 488	57,7	547 044	14,0
70-74	2 594 870	74,6	1 071 280	30,8
75-79	1 784 294	80,5	1 344 967	60,7
80 ans et +	2 963 997	71,3	2 274 470	54,7
inconnu*	4 678	non applicable	1 486	non applicable
France	16 470 369	24,5	7 306 862	10,9

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

Données Vaccin Covid, Cnam, exploitation Santé publique France

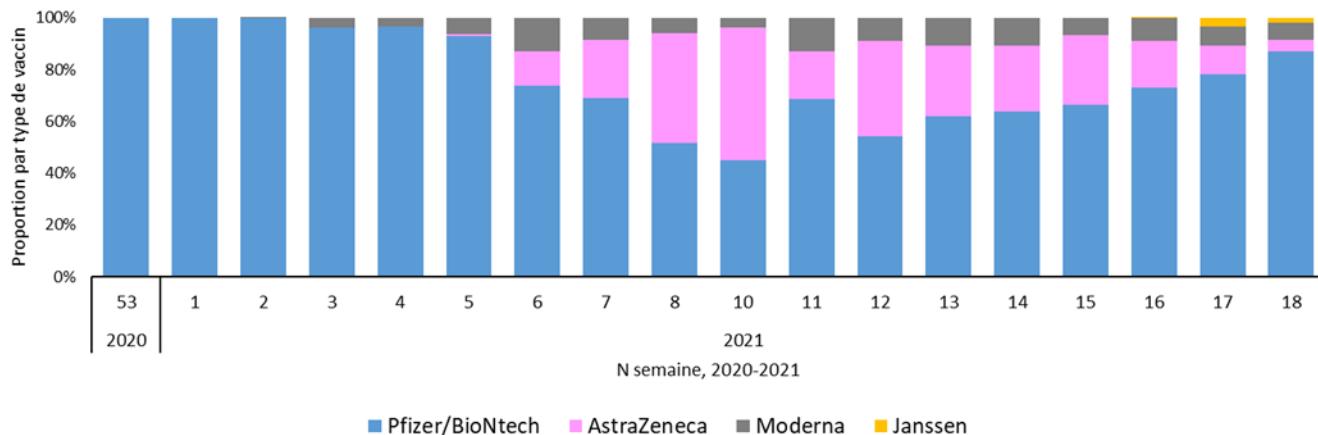
- Les couvertures vaccinales pour au moins une dose sont de 22,2% pour les hommes et de 26,6% pour les femmes.

- La majorité des personnes vaccinées l'ont été avec le vaccin Pfizer/BioNTech. Pour les premières doses, 67,9% des vaccinations ont été réalisées avec le vaccin Pfizer/BioNTech, 23,9% avec AstraZeneca et 7,7% avec Moderna (Tableau 11, Figure 43).

Tableau 11. Nombres de personnes vaccinées par type de vaccins pour la première dose et la seconde dose en France (données du 27 décembre 2020 au 04 mai 2021)

Vaccins	Première dose (N)	Répartition (%)	Seconde dose (N)	Répartition (%)
Pfizer/BioNTech	11 186 825	67,9	6 203 839	89,5
Moderna	1 266 226	7,7	687 432	9,9
AstraZeneca	3 943 493	23,9	42 897	0,6
Janssen	73 825	0,4	-	-
Non précisé	0	0,0	34	0,0
Total	16 470 369	100,0	6 934 202	100,0

Figure 43. Proportion de personnes vaccinées par type de vaccin pour la première dose en France (données du 27 décembre 2020 au 04 mai 2021)



► Résidents en Ehpad ou en USLD

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

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

► Professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD

Sont inclus les professionnels travaillant en Ehpad ou en USLD, qu'ils soient professionnels de santé ou non. Les définition, modalité de constitution et limites des indicateurs sont disponibles sur le site de Santé publique France. Les couvertures vaccinales des professionnels en Ehpad ou en USLD ont pu 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 04 mai 2021, il est estimé selon la méthode précédemment décrite que 370 229 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). Ainsi, 79,1% des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu une première dose de vaccin et 263 887 sont complètement vaccinés, soit 56,4% des professionnels.

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

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

► Professionnels de santé

Sont inclus tous les professionnels de santé quel que soit leur lieu d'exercice (libéral, établissement de santé privé ou public, établissement médico-social, autres...). Les [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 retenues comme professionnels de santé les personnes présentant un codage manuel mentionnant leur qualité de professionnel de santé quel que soit leur lieu d'exercice (établissement de santé public ou privé, établissement médico-social, ambulatoire, autres professionnels de santé : étudiants, professionnels de prévention). Cet indicateur est sous-estimé du fait que le codage manuel n'a été mis en œuvre qu'à partir du 28 janvier 2021. Les personnes ayant reçu leurs deux doses avant le 28 janvier 2021 ne sont pas prises en compte.

- Au 04 mai 2021 (données par date d'injection), 1 867 361 personnes déclarées comme professionnels de santé dans Vaccin Covid ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 1 040 818 sont entièrement vaccinées. Sur la base de ces données, les couvertures vaccinales chez les professionnels de santé en exercice sont ainsi estimées à 84,0% (au moins une dose) et 46,8% (complètement vaccinées).
- Les couvertures vaccinales doivent être fiabilisées, avec dans plusieurs régions des couvertures vaccinales pour au moins une dose supérieures à 99% (Bretagne, Centre-Val de Loire, Normandie et Pays de la Loire). La surestimation est très certainement liée au fait que des personnes ont été enregistrées comme professionnels de santé dans Vaccin Covid sans l'être réellement ou sans être en activité (par exemple, les agents non professionnels de santé travaillant en milieu hospitalier ou en ESMS, ou les professionnels de santé retraités).

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

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

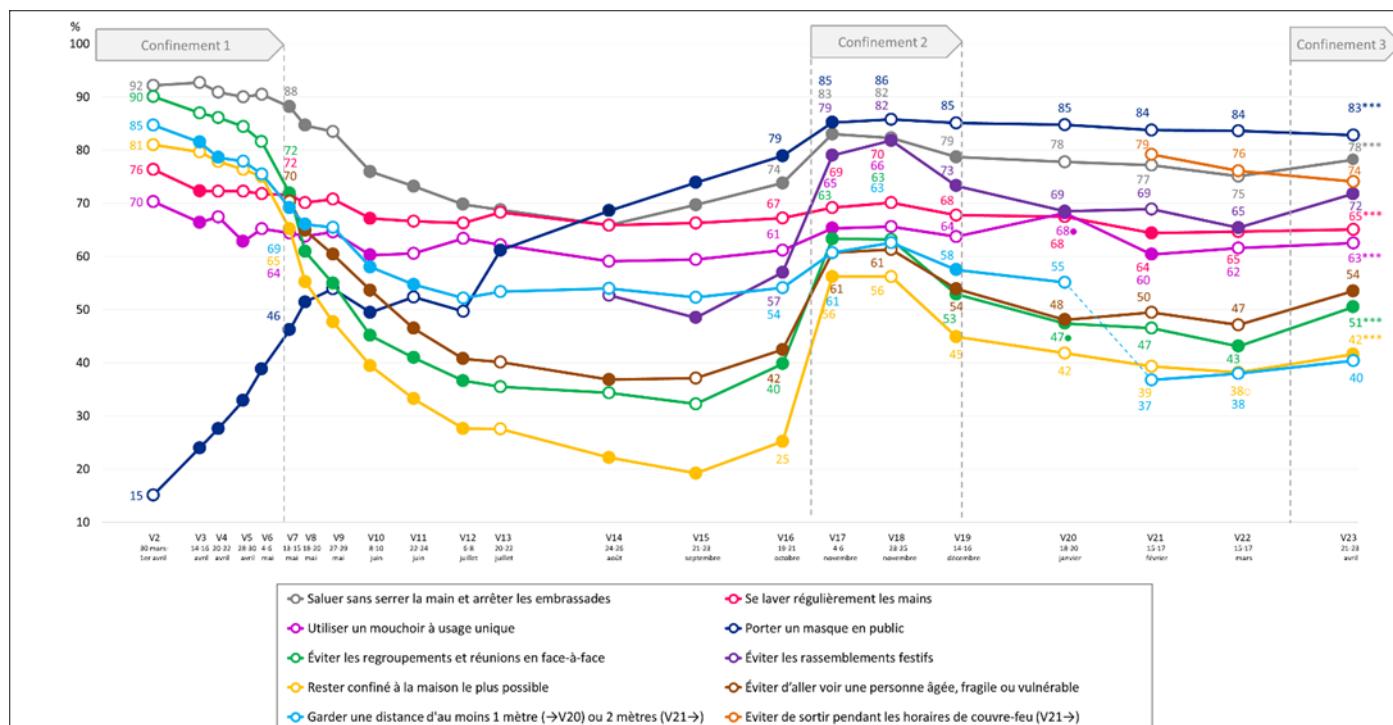
SUIVI DE L'ADOPTION DES MESURES DE PRÉVENTION ET DES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE

Les données proviennent de l'**Enquête Santé publique France CoviPrev** : [enquêtes Internet](#) déclaratives répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (Access panel), de mars 2020 à avril 2021.

► Adoption des mesures de prévention

- En vague 23 (V23) de l'enquête (21-23 avril 2021), d'après les déclarations des répondants, l'adoption systématique des mesures en lien avec l'hygiène (se laver régulièrement les mains, utiliser un mouchoir à usage unique) était stable par rapport à celle observée en vague 22 (15-17 mars 2021) (Figure 44). En revanche, hormis l'adoption systématique de la distance de 2 mètres entre individus, qui reste la mesure la moins adoptée (40% en V23), la proportion de personnes déclarant systématiquement respecter l'ensemble des mesures de distance physique a significativement augmenté par rapport à la vague précédente, comme « éviter les regroupements et les réunions en face-à-face » (51% en V23 vs 43% en V22) ou « éviter d'aller voir une personne âgée, fragile ou vulnérable » (54% en V23 vs 47% en V22). L'adoption systématique du port du masque en public restait la mesure déclarée le plus souvent respectée (83%). Malgré une augmentation significative de la proportion de personnes déclarant rester confinées à la maison le plus possible, en lien avec les dernières mesures mises en place par les pouvoirs publics, cette mesure restait l'une des moins adoptées (42% en V23 vs 38% en V22).
- En vague 23, 40% des personnes interrogées ont déclaré avoir aéré leur logement quelques minutes toutes les heures. Bien que la proportion de personnes déclarant éviter de sortir pendant le couvre-feu restait élevée en vague 23 avec 74% des individus interrogés, cette mesure tend à une faible diminution depuis la vague 21 (79%).

Figure 44. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, avril 2021



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p<0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 21) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 2), test de Wald ajusté, * : $p<0,05$; ** : $p<0,01$; *** : $p<0,001$.

En vague 23, les populations déclarant adopter **moins systématiquement** les mesures de prévention étaient le plus souvent **les hommes, les 18-24 ans et les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé**. **Les 18-24 ans déclaraient** adopter moins systématiquement les mesures d'hygiène, de distance physique et le port du masque en public. Les personnes ayant **un faible niveau de littératie en santé** adoptaient moins les mesures d'hygiène, de distanciation physique, de port du masque et restent moins souvent confinés à la maison le plus possible. **Les personnes qui ne présentent pas de risque de développer une forme grave de Covid-19** déclaraient adopter moins de mesures de distanciation physique et étaient celles qui indiquaient moins souvent rester confinées à la maison le plus possible. (Tableau 12).

Tableau 12. Variables sociodémographiques associées à une moindre adoption des mesures de prévention.
Enquête CoviPrev (vague 23 : 21-23 Avril), France métropolitaine, 2021

	Moindre nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 ¹	Moindre nombre de mesures de distanciation systématiquement adoptées parmi 4 ²	Moindre pourcentage d'adoption systématique du port du masque en public	Moindre pourcentage d'adoption systématique de la mesure "rester confiné à la maison le plus possible"
Sexe	Hommes	--	Hommes	Hommes
Classe d'âge (en 5 classes)	18-24 ans	18-24/25-34 ans	18-24/25-34 ans	--
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	--	CSP-	CSP- / Inactifs	CSP+
Littératie en santé^a	Faible	Faible	Faible	Faible
Situation financière perçue	C'est très difficile	--	--	Bonne
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19^b	--	Non	--	Non

^a La littératie en santé désigne la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour prendre des décisions concernant leur santé (échelle Health Literacy Questionnaire, Dimension 5).

^b Facteurs de risque de développer une forme grave de Covid-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC>30),

¹ Quatre mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique ; aérer son logement quelques minutes toutes les heures.

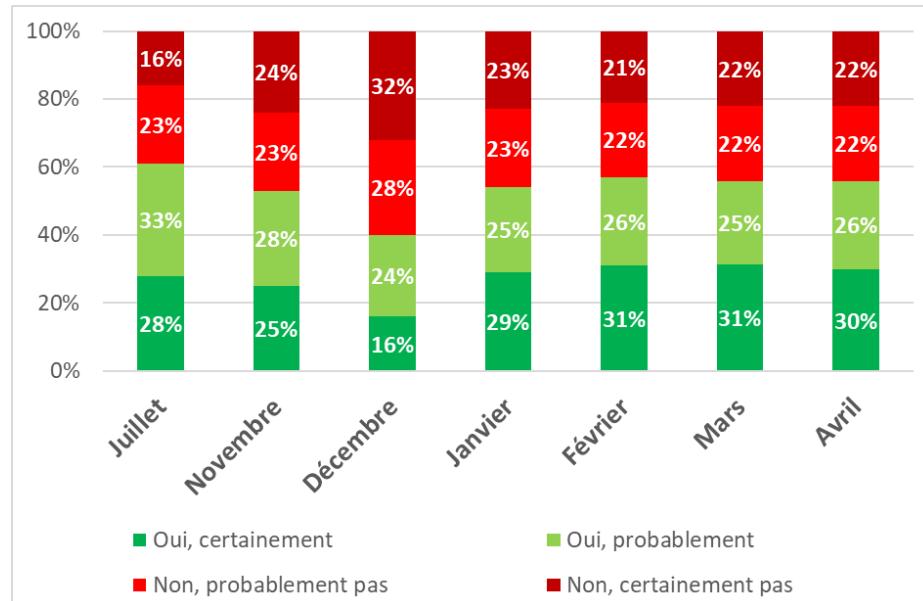
² Quatre mesures de réduction des contacts : saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; garder une distance d'au moins deux mètres ; éviter les regroupements et réunions en face-à-face avec des proches qui n'habitent pas avec soi ; éviter les rassemblements festifs.

Notes de lecture. Les associations entre chacun des quatre indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (test de Wald ajusté, p<0,05). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à une moindre adoption, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. -- : aucune modalité de la variable sociodémographique n'est associée à une moindre adoption pour l'indicateur considéré.

► Acceptabilité de la vaccination contre la Covid-19 en population générale

- En vague 23 (21-23 avril 2021), plus de la moitié (56%) des personnes interrogées n'ayant pas été vaccinées (n=1 416) répondaient vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la Covid-19, dès que cela serait possible pour elles. Ce résultat est similaire à la vague 22 (15-17 mars 2021). (Figure 45).

Figure 45. Évolution des intentions de se faire vacciner contre la Covid-19 (% pondérés). Enquête CoviPrev (vague 23 : 21-23 avril 2021), France métropolitaine



- Depuis la vague 20 (18-20 janvier 2021), les hommes, les plus de 65 ans ainsi que les CSP+ répondent avec les intentions les plus favorables au recours à la vaccination (Tableau 13). Par ailleurs, la plus forte augmentation d'intention de vaccination est retrouvée chez les 18-24 ans, avec 36% en vague 22 et 55% en vague 23.

Tableau 13. Intentions de se faire vacciner contre la Covid-19 selon l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle (CSP). Enquête CoviPrev (vague 23 : 21-23 avril 2021), France métropolitaine

Oui, certainement ou probablement	Sexe		Âge (années)						CSP en 3 classes		
	Homme	Femme	18-24	25-34	35-49	50-64	≥65	CSP+	CSP-	Inactifs	
Vague 22 (%)	60	52	36	39	55	58	79	64	49	47	
Vague 23 (%)	62	51	55	43	57	62	63	64	50	50	

- Parmi les 623 personnes (44%) déclarant ne pas souhaiter se faire vacciner en vague 23, les raisons déclarées pour justifier leur choix étaient le plus souvent : « Les nouveaux vaccins ne sont pas sûrs » (69%) ; « ce n'est pas efficace pour empêcher la propagation de l'épidémie (26%) ou la maladie » (25%); « je préfère d'autres moyens de prévention comme les gestes barrières » (23%) ainsi que « on ne peut pas choisir son vaccin » (20%).

Par ailleurs, ces personnes indiquent qu'elles seraient prêtes à changer d'avis s'il y avait : « Des informations qui prouvent l'efficacité et la sûreté du vaccin » (32%) ; « un retour à une vie plus normale » (22%) ainsi que « la protection de mes proches » (16%).

- En vague 23, la proportion de personnes déclarant être vaccinées avec au moins une dose atteignait 29% (n=584). Depuis la vague 22, les hommes, les plus de 65 ans et les personnes habitant en milieu urbain atteignaient les plus hauts niveaux de couverture vaccinale. De plus, au même titre que pour l'intention vaccinale, on retrouve un pourcentage plus élevé de vaccinés chez les CSP+ (41%), ainsi que chez les personnes déclarant avoir une bonne situation financière (38%). Ce pourcentage est également plus élevé chez les personnes déclarant n'avoir jamais eu d'infection à la Covid-19 (34%) ainsi que chez celles qui la perçoivent comme « grave » (39%).

Tableau 14. Profil des personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la Covid-19. Enquête CoviPrev (vague 23 : 21-23 avril 2021), France métropolitaine

	Ensemble	Sexe***	Âge (années)***	CSP***			Situation financière***			Perception de la gravité de la covid***		Lieu de vie***		Ont déjà eu la Covid19**				
				H	F	50-64	>65	CSP+	CSP-	Inactifs	Bonne	Juste	Difficile	Inférieur à la médiane	Supérieur à la médiane	Rural / semi-rural	Urbsain	Oui
Vague 22 (%)	11	13 9	14 24	15	9	4		13	11	5	9	16	9	13	7	15		
Vague 23 (%)	29	34 25	32 68	41	21	8		38	24	12	26	39	26	33	22	34		

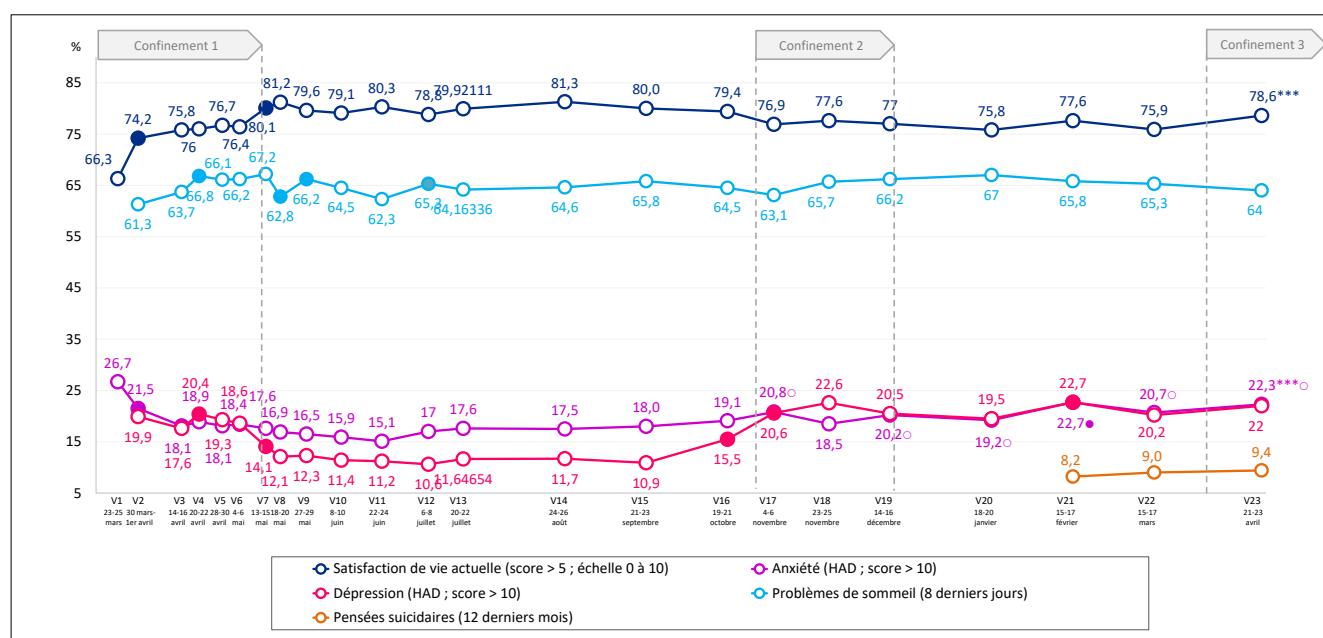
Note de lecture. Proportion significativement différente par rapport au complément de la catégorie, test de Wald ajusté, * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

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

► Santé mentale

- En vague 23 (21-23 avril), aucune évolution statistiquement significative des indicateurs (anxiété, dépression, satisfaction de vie, problèmes de sommeil et pensées suicidaires) n'était observée par rapport à la vague précédente (vague 22, 15-17 mars) (Figure 46).
- **La prévalence des états dépressifs se maintenait à un niveau élevé** depuis la vague 17 (04-06 novembre 2020) (22% vs 10% selon les données du Baromètre santé 2017) (Figure 46). Elle avait été multipliée par deux entre fin septembre (11% en vague 15) et fin novembre (23% en vague 18).
- **La prévalence des états anxieux se maintenait également à un niveau élevé** (22% vs 13,5% dans le Baromètre santé 2017) (Figure 46).
- En vague 23, **33% des personnes interrogées déclaraient présenter un état anxieux ou un état dépressif** (11% un état anxieux seulement, 10% un état dépressif seulement et 12% un état à la fois dépressif et anxieux).
- **Les problèmes de sommeil se maintenaient à un niveau élevé** depuis le début du premier confinement (64% vs 49% selon les données du Baromètre santé 2017) (Figure 46).
- **La satisfaction de vie (79%) restait inférieure à celle observée hors épidémie** (-6 points par rapport aux données du Baromètre santé 2017). Elle était cependant **supérieure à celle observée au début du premier confinement** (66% en vague 1, 23-25 mars) (Figure 46).
- **La prévalence des pensées suicidaires se maintenait également à un niveau élevé** (9% vs 5% dans le Baromètre Santé 2017) (Figure 46).

Figure 46. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2021



- En vague 23, les profils de population ayant une santé mentale plus dégradée étaient (tableau 195) :

- les personnes déclarant des antécédents de trouble psychologique, celles ayant ou ayant eu des symptômes de COVID-19 et les personnes déclarant une situation financière très difficile pour les quatre indicateurs : anxiété, dépression, problèmes de sommeil, pensées suicidaires ;
- les 18-24 ans, les étudiants et les personnes sans activité professionnelle (inactifs) pour les états anxieux et les pensées suicidaires ;
- les catégories socioprofessionnelles inférieures (CSP-) pour les états anxieux, dépressifs et les problèmes de sommeil ;
- les 25-34 ans pour les états anxieux et les problèmes de sommeil, ainsi que les 35-49 ans pour les états dépressifs et les pensées suicidaires ;
- les personnes présentant un risque de développer une forme grave de COVID-19 pour les états anxieux et les problèmes de sommeil ;
- les femmes pour les états anxieux, dépressifs et les problèmes de sommeil.

Tableau 15. Variables sociodémographiques associées à l'anxiété, à la dépression, aux problèmes de sommeil et aux pensées suicidaires (vague 23 : 21-23 avril 2021). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2021

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)	Pensées suicidaires (au cours des 12 derniers mois)
Sexe				--
Classe d'âge (en 5 classes)	Femmes 18-24 ans / 25-34 ans	Femmes 35-49 ans	Femmes 25-34 ans	18-24 ans / 35-49 ans
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	CSP - / Inactifs	CSP-	CSP-	Inactifs
Situation professionnelle	Étudiants	--	--	Étudiants
Situation financière perçue	Juste / Très difficile	Juste / Très difficile	Très difficile	Très difficile
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^b	Oui	--	Oui	--
Vivre dans un logement surpeuplé ^c	--	Oui	--	--
Avoir ou avoir eu des symptômes de COVID-19	Oui	Oui	Oui	Oui
Antécédents de trouble psychologique	Oui	Oui	Oui	Oui

^aHAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

^bFacteurs de risque de développer une forme grave de COVID-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC>30).

^cSelon la définition de l'Insee : logement avec moins de 18 m² par personne ou moins de 25 m² si la personne vit seule.

Note de lecture : Les associations entre chacun des quatre indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil, pensées suicidaires) et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (test de Wald ajusté, p<0,05). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à un trouble plus élevé, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. -- signifie qu'aucune modalité de la variable sociodémographique n'est associée au trouble considéré.

- En vague 23, indépendamment des facteurs sociodémographiques et des conditions de vie durant l'épidémie, les affects (émotions ressenties vis-à-vis de la situation épidémique) associés à une santé mentale plus dégradée étaient (tableau 16) :

- pour les états anxieux : l'inquiétude à l'égard de la santé, à l'égard de la situation économique, la frustration, la colère, un sentiment de déprime, de solitude et d'impuissance ;
- pour les états dépressifs : l'inquiétude à l'égard de la situation économique, la colère, un sentiment de solitude, d'isolement et la peur ;
- pour les problèmes de sommeil : l'inquiétude à l'égard de la santé, un sentiment de déprime et de solitude ;
- pour les pensées suicidaires : un sentiment de déprime et de frustration.

Tableau 16. Déterminants cognitifs et affectifs associés à l'anxiété, la dépression, aux problèmes de sommeil et aux pensées suicidaires (vague 23 : 21-23 avril mars 2021). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2021

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)	Pensées suicidaires (au cours des 12 derniers mois)
Déterminants affectifs				
Inquiétude à l'égard de la santé	***	--	**	--
Inquiétude à l'égard de la situation économique	*	**	--	--
Frustration	*	--	--	**
Colère	***	***	--	--
Déprime	***	Ø	***	***
Solitude	**	***	*	--
Isolement	--	***	--	--
Peur	Ø	**	--	--
Impuissance	*	--	--	--

Notes de lecture : L'association entre les déterminants affectifs et les quatre indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil, pensées suicidaires) était testée après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées aux conditions de vie durant l'épidémie et des autres variables affectives (modèles de régression logistique, test de Wald au seuil de 5%), ***: p<0,001 ; **: p<0,01 ; *: p<0,05 ; --: association non significative (p>0,05).

Ø déterminant affectif non introduit dans le modèle d'analyse.

^aHAD : Hospital Anxiety and Depression scale

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

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

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

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

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

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



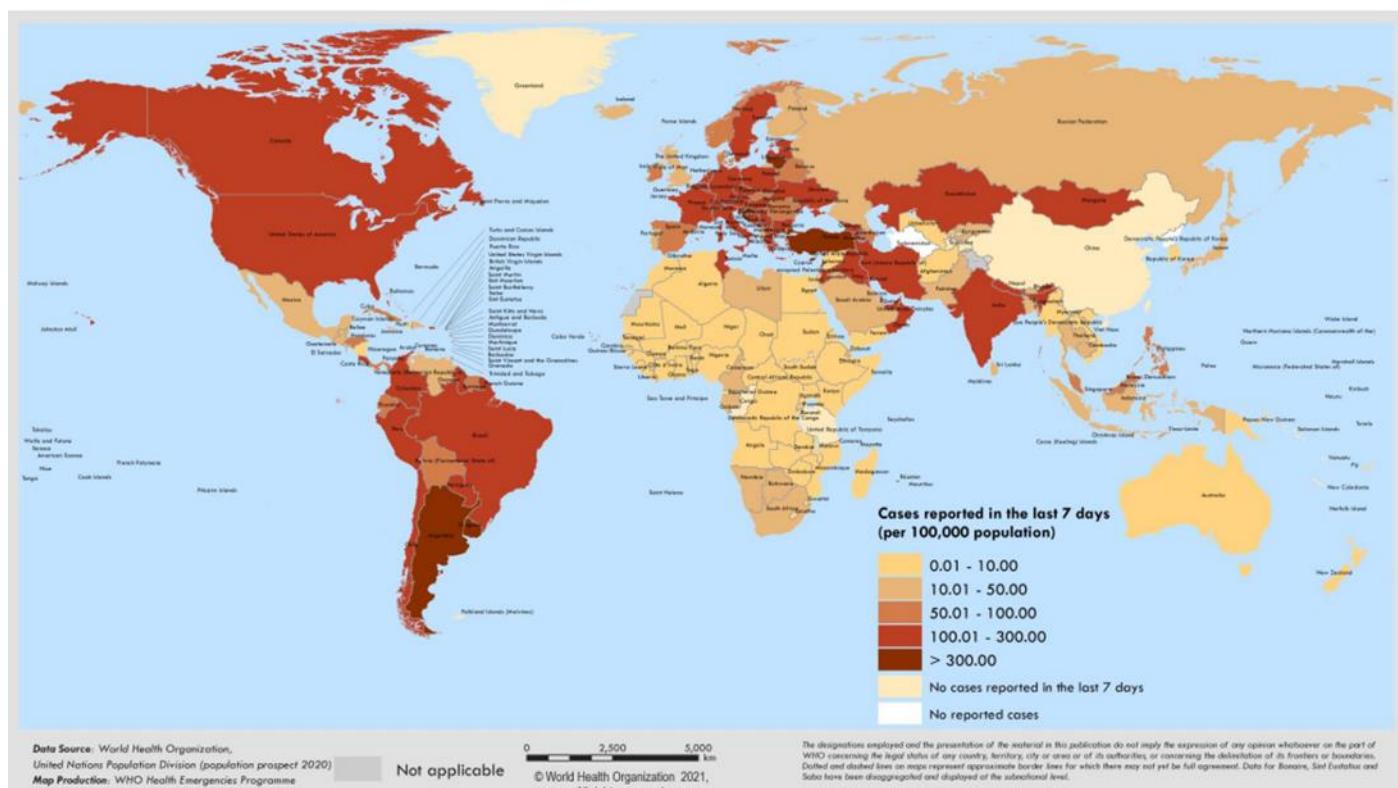
SITUATION INTERNATIONALE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **153 187 889 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés dans le monde – **dont 3 209 109 décès** – au 04 mai 2021. En semaine 17, plus de **5,7 millions** de nouveaux cas ont été signalés, soit une **situation stable** par rapport à la semaine précédente. Le nombre de décès, s'élevant à **93 000**, était quant à lui en hausse (**+6%**).

► Foyers majeurs

- En semaine 17, les foyers majeurs de l'épidémie se situaient dans les zones **Asie du Sud-Est** (2 709 582 cas et 25 262 décès rapportés), **Europe** (1 166 859 cas et 22 819 décès) et **Amériques** (1 330 513 cas et 36 715 décès). Ces régions étaient à l'origine de respectivement 47%, 20% et 23% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 27%, 24% et 39% des nouveaux décès en S17 (Figure 47 et Tableau 17).
- Les pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas en S17 étaient : l'Inde (+2 597 285 nouveaux cas), le Brésil (+421 933), les États-Unis (+345 692), la Turquie (+257 992) et l'Argentine (+152 711).

Figure 47. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 17 (du 26 avril au 02 mai 2021)



Source : OMS

► Tendances

- En semaine 17, le nombre de nouveaux cas était en hausse par rapport à la semaine précédente en Asie du Sud-Est (+19%), tandis qu'il se stabilisait ou baissait dans les autres régions OMS (Tableau 17). Le nombre de nouveaux décès augmentait également dans cette région (+48%).

Tableau 17. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 17 (du 26 avril au 02 mai 2021) et évolution par rapport à la semaine précédente

Région OMS	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
Cas rapportés	+42 090	+1 330 513	+2 709 582	+1 166 859	+324 394	+132 543
Tendance	-15% ↘	-5% ↘	+19% ↗	-22% ↘	-14% ↘	+1% →
Décès rapportés	+1 000	+36 715	+25 262	+22 819	+6 641	+1 266
Tendance	-13% ↘	+1% →	+48% ↗	-12% ↘	+1% →	-3% →

Les flèches vertes représentent 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 de l'**Asie du Sud-Est** a signalé plus de 2,7 millions de nouveaux cas et plus de 25 000 décès, deux indicateurs en forte hausse pour la huitième semaine consécutive. La dynamique de la région continue à être portée par l'Inde, cependant d'autres pays, comme le Népal et le Sri Lanka, ont également connu une augmentation notable du nombre de cas. L'Inde rapportait ainsi 2 597 285 nouveaux cas, soit 188 pour 100 000 habitants (+20 % par rapport à la semaine 16). Les autres pays enregistrant les nombres de nouveaux cas les plus élevés étaient l'Indonésie avec 36 088 nouveaux cas, soit 13 pour 100 000 habitants (-3%) et le Népal avec 31 806 nouveaux cas, soit 109 cas pour 100 000 habitants (+137%). Les trois pays cumulant le plus de décès étaient l'Inde (23 231 décès; +53%), l'Indonésie (1 152; -2%) et le Bangladesh (558; -17%). Pour plus de détails sur la région Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).
- La région des **Amériques** a signalé plus de 1,3 million de nouveaux cas et plus de 36 000 nouveaux décès. Une tendance à la baisse des nouveaux cas se poursuit pour la deuxième semaine consécutive. Les pays rapportant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient le Brésil avec 421 933 nouveaux cas, soit 199 pour 100 000 habitants (+4% par rapport à S16), les États-Unis avec 345 692 nouveaux cas, soit 104 pour 100 000 habitants (-15%) et l'Argentine avec 152 711 nouveaux cas, soit 338 pour 100 000 habitants (-8%). Ces trois pays enregistraient à eux seuls 69% des cas de la région. Les pays connaissant les plus grands nombres de nouveaux décès étaient le Brésil, qui a rapporté 17 365 nouveaux décès (-2%), les États-Unis avec 4 728 nouveaux décès (-5%), et la Colombie avec 3 274 nouveaux décès (+14%). Pour plus de détails sur la région Amériques, [cliquez ici](#).
- En région **Europe**, plus de 1,1 million de nouveaux cas et plus de 22 000 décès ont été signalés en S17. Les nombres de nouveaux cas et de décès sont en baisse respectivement pour les quatrième et troisième semaines consécutives. Les pays ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient la Turquie avec 257 992 nouveaux cas (306 pour 100 000 habitants, soit -32% par rapport à S16), la France avec 150 275 nouveaux cas (241 pour 100 000 habitants, soit -20%) et l'Allemagne avec 129 404 nouveaux cas (156 pour 100 000 habitants, soit -11%). Les pays rapportant les plus grands nombres de décès étaient la Pologne, qui a enregistré 2 653 nouveaux décès (-22%), la Russie avec 2 630 nouveaux décès (-1%) et la Turquie avec 2 493 nouveaux décès (+4%). Pour plus de détails sur la région Europe, [cliquez ici](#).
- En région **Méditerranée orientale**, un peu plus de 324 000 nouveaux cas et plus de 6 400 décès ont été signalés en semaine 17. Le nombre de nouveaux cas a baissé pour la première fois en dix semaines, tandis que le nombre de nouveaux décès a continué d'augmenter pour la dixième semaine consécutive. Les pays comptant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Iran avec 139 118 nouveaux cas, soit 166 pour

100 000 habitants (-14%), l'Irak avec 45 078 nouveaux cas, soit 112 pour 100 000 habitants (-17%) et le Pakistan avec 35 503 nouveaux cas, soit 16 pour 100 000 habitants (-11%). Les plus grands nombres de décès ont été observés en Iran (2 970 décès ; +6%), au Pakistan (958 ; +6%) et en Tunisie (577 ; +12%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

• En région **Pacifique occidental**, près de 132 000 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 17, ainsi que plus de 1 200 décès. Le nombre de cas a augmenté pour la huitième semaine consécutive, bien que ce nombre tende à se stabiliser. Le nombre de décès a diminué pour la troisième semaine consécutive. Les trois pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient les Philippines avec 57 238 nouveaux cas (52 pour 100 000 habitants, soit -10%), le Japon avec 35 084 nouveaux cas (28 pour 100 000 habitants, soit +9%) et la Malaisie avec 21 342 nouveaux cas (66 pour 100 000 habitants, soit +23%). Les pays signalant les plus grands nombres de décès étaient les Philippines (680 décès ; -21%), le Japon (383 ; +32%) et la Malaisie (95 ; +70%). Pour plus de détails sur la région Pacifique occidental, [cliquez ici](#).

• En région **Afrique**, plus de 42 000 nouveaux cas et 1 000 nouveaux décès ont été signalés. Le nombre de cas et de décès hebdomadaires montre une tendance à la baisse depuis le pic atteint à la mi-janvier. Toutefois, certains pays continuent de rapporter une transmission active voire une hausse du nombre de cas. Les trois pays ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Afrique du Sud avec 8 472 nouveaux cas (14 pour 100 000 habitants, soit -3% par rapport à la semaine 16), l'Éthiopie avec 7 107 nouveaux cas (6 pour 100 000 habitants, soit -34%) et le Cameroun avec 4 609 nouveaux cas (17 cas pour 100 000 habitants, soit +8%). Les pays rapportant les plus grands nombres de décès étaient l'Afrique du Sud (218 décès ; -32%), l'Éthiopie (178; -12%) et le Kenya (141; +1%). Pour plus de détails sur la région Afrique, [cliquez ici](#).

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

Pour en savoir + sur la situation internationale :

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

SYNTHÈSE

► Indicateurs épidémiologiques nationaux

En semaine 17 (du 26 avril au 02 mai 2021), une diminution de l'ensemble des indicateurs épidémiologiques était observée, mais l'épidémie reste à un niveau toujours élevé, supérieur à celui observé une semaine avant la levée du deuxième confinement. Le ralentissement de la circulation virale se confirme avec des R-effectifs significativement inférieurs à 1 en métropole pour la troisième semaine consécutive. Si les admissions en services de soins critiques étaient également en baisse depuis cette semaine, la pression hospitalière reste importante. La couverture vaccinale des personnes complètement vaccinées était en progression, pour atteindre près de 11% de la population. En semaine 16, un peu plus de la moitié (56%) des personnes non encore vaccinées indiquaient vouloir le faire dès que possible. Dans ce contexte, le maintien d'un haut niveau d'adhésion aux mesures de prévention individuelles et la progression rapide de la vaccination sont essentiels pour permettre un assouplissement prochain des mesures collectives, maintenir à la baisse la dynamique observée et préserver les capacités hospitalières.

Au niveau national, **150 275 nouveaux cas** ont été confirmés, soit environ 21 500 cas en moyenne chaque jour. **Le taux d'incidence corrigé pour prendre en compte le samedi férié de la semaine 17 était en diminution (241 pour 100 000 habitants soit -20% par rapport à la semaine 16) pour la troisième semaine consécutive.** Cette diminution concernait toutes les classes d'âge mais était moins marquée chez les 0-14 ans (-6%). **Le taux de dépistage corrigé (3 266 pour 100 000 habitants) augmentait (+7%) après trois semaines de baisse.** Cette augmentation concernait les 0-14 ans (+131%), tandis qu'une tendance à la stabilisation était observée dans les autres classes d'âge. Parmi les moins de 15 ans, l'augmentation du dépistage était beaucoup plus marquée chez les 3-10 ans par comparaison aux autres classes d'âge. **Le taux de positivité diminuait en S17 (7,4% vs 9,9% en S16)** dans toutes les classes d'âge, et de façon plus marquée chez les moins de 15 ans (-7,9 points), en particulier chez les 3-10 ans. La reprise des campagnes de dépistage en milieu scolaire a pu avoir un impact sur ces indicateurs dans le contexte de la rentrée scolaire en S17.

La part des personnes symptomatiques parmi les personnes testées a continué à diminuer en S17. Le nombre de cas était en diminution chez les symptomatiques et chez les asymptomatiques (respectivement de -28% et -24%). Le taux de positivité était en diminution chez les personnes testées, qu'elles présentent ou non des symptômes.

En S17, **le nombre de cas et de personnes-contacts à risque enregistrés dans la base ContactCovid continuaient à diminuer fortement.** Cette diminution pourrait en partie s'expliquer par la présence d'un jour férié le 1^{er} mai. Cependant, le nombre de personnes-contacts à risque par cas repartait légèrement à la hausse, en raison des contacts à risque extra-domiciliaires. Cette tendance est à surveiller dans les prochaines semaines.

La réouverture des écoles maternelles et primaires le 26 avril a eu un impact à la hausse sur le nombre de cas ayant fréquenté le milieu scolaire, ainsi que sur le nombre de contacts à risque chez les moins de 10 ans. Cependant, les élèves de la même classe qu'un cas ne sont désormais pas enregistrés comme contacts dans ContactCovid en cas de fermeture de la classe (MINSANTE n°2021-62). Le nombre de contacts à risque chez les enfants est donc sous-évalué par rapport au nombre réel de contacts scolaires d'un cas scolarisé.

En S17, **la proportion de cas précédemment connus comme personnes-contacts était à son plus haut niveau** depuis le début du suivi de cet indicateur. Cela traduit l'action pour interrompre les chaînes de transmission puisque ces cas, qui avaient été précédemment contactés par l'Assurance maladie en tant que personnes-contacts, ont toujours eux-mêmes moins de personnes-contacts à risque, probablement en raison d'une meilleure adhésion aux mesures d'isolement. Cet indicateur pourrait également traduire la baisse importante du nombre de nouveaux cas cette semaine.

En médecine ambulatoire, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles était **en diminution** (44/100 000 habitants en S17 vs 58 en S16). **Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins** pour suspicion de COVID-19 était en **baisse** (-17% par rapport à S16). Cette baisse concernait les adultes (-19%) tandis qu'une stabilisation était observée chez les enfants.

En semaine 17, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** était en diminution chez les enfants de moins de 2 ans (-35%) et les adultes (-19%) tandis qu'il était stable chez les 2-14 ans.

Le nombre de déclarations de **nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 a diminué en S17** (-13%), pour la troisième semaine consécutive. Le nombre de déclarations de **nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques en S17 a diminué** (2 440 vs 2 971, soit -18%) après la stabilisation observée la semaine précédente.

Le nombre de personnes en cours d'hospitalisation se maintenait à un niveau élevé, avec **28 487** personnes hospitalisées au 04 mai (vs 30 341 le 27 avril, soit -6%), dont **5 520** patients en soins critiques (vs **5 959**, soit -7%).

En France métropolitaine, les **estimations du R-effectif calculées à partir des trois sources de données étaient significativement inférieures à 1** : données virologiques (tests RT-PCR et tests antigéniques, SI-DEP : 0,76), passages aux urgences (OSCOUR® : 0,84) et hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC : 0,84).

Le nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 hospitalisés en semaine 17 était en diminution (1 957 vs 2 094 décès en S16, soit -7%) après l'augmentation observée la semaine précédente. En établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), le nombre de décès restait faible (moins de 50 décès hebdomadaires) et stable depuis la semaine 13 (données S17 non consolidées), traduisant l'impact de la vaccination.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu (sur la base des données historiques) de la semaine 40-2020 à la semaine 15-2021. Après une diminution observée entre les semaines 04 et 10, la mortalité est à nouveau repartie à la hausse jusqu'en semaine 13 et semble se stabiliser des semaines 14 à 16. **Le nombre de décès tous âges confondus était supérieur à celui attendu en S16 dans neuf régions** : Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Corse, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur (données non consolidées).

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

En semaine 17, les **taux d'incidence étaient en diminution** dans l'ensemble des régions par rapport à la semaine 16. Cette diminution variait de -10% en Corse à -28% en Provence-Alpes-Côte d'Azur. **Le taux de dépistage augmentait** dans la majorité des régions. **Le taux de positivité diminuait** dans l'ensemble des régions.

Les taux d'hospitalisations étaient stables ou en diminution dans la majorité des régions. Les **taux d'admissions en services de soins critiques étaient en diminution** dans l'ensemble des régions, excepté en Nouvelle-Aquitaine où l'augmentation observée était cependant plus modérée que celle de la semaine précédente.

Les régions les plus touchées en semaine 17 étaient toujours l'**Île-de-France, la Provence-Alpes-Côte d'Azur et les Hauts-de-France**. Ces régions présentaient les **plus forts taux d'incidence, d'hospitalisations et d'admissions en services de soins critiques**. Les estimations des R-effectifs à partir des données virologiques étaient significativement inférieures à 1 dans toutes les régions métropolitaines, et aucune de ces régions ne présentait de R-effectif significativement supérieur à 1 pour les estimations à partir des passages aux urgences ou des hospitalisations de patients COVID-19.

En Île-de-France, le taux d'incidence était de 362 pour 100 000 habitants, avec une diminution plus marquée par rapport à la semaine précédente (-21% en S17 vs -14% en S16). Le taux de dépistage se stabilisait (+3%), après la baisse observée les trois semaines précédentes. Le taux de positivité était toujours le plus élevé de métropole à 9,3%, mais diminuait (-2,8 points par rapport à S16) après la stabilité des deux semaines précédentes. **Les taux d'hospitalisations et d'admissions en services de soins critiques diminuaient**, respectivement à 22,8/100 000 habitants (-17% par rapport à S16) et 6,0 (-14% par rapport à S16).

Dans les **Hauts-de-France**, le **taux d'incidence était de 297/100 000 habitants**, avec une diminution plus marquée par rapport à la semaine précédente (soit -17% en S17 vs -11% en S16). Le taux de dépistage augmentait à nouveau (+19%), après trois semaines de diminution. Le taux de positivité diminuait (-3,5 points par rapport à S16) après la stabilité de la semaine précédente. Les **taux d'hospitalisations et d'admissions en services de soins critiques diminuaient**, respectivement à 18,6/100 000 habitants (-15% par rapport à S16) et 4,5 (-21% par rapport à S16).

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le **taux d'incidence était de 249/100 000 habitants**, avec une diminution plus marquée par rapport à la semaine précédente (-28% en S17 vs -10% en S16). Le taux de dépistage était stable par rapport à S16. Les **taux d'hospitalisations et d'admission en services de soins critiques étaient en diminution** à respectivement 20,1/100 000 habitants (-14% par rapport à S16) et 3,8/100 000 habitants (-24% par rapport à S16).

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

En **Guyane**, le taux d'incidence se stabilisait à 256/100 000 habitants (vs 247 en S16, soit +4%) après six semaines d'augmentation. Le taux d'hospitalisations augmentait à 19,6/100 000 habitants (soit +13 hospitalisations par rapport à S16). Le taux d'admissions en soins critiques était stable à 4,1 (soit -1 admission par rapport à S16).

En **Guadeloupe**, le taux d'incidence se stabilisait à 219/100 000 habitants (vs 231 en S16, soit -5%). Le taux d'hospitalisations augmentait à 30,0/100 000 habitants (soit +11 hospitalisations par rapport à S16). Le taux d'admissions en soins critiques était stable à 4,8. Un confinement a été instauré le 27 avril 2021.

À **La Réunion**, le taux d'incidence se stabilisait à 144/100 000 habitants (vs 128 en S16, soit +13%). Le taux d'hospitalisations augmentait à 9,4/100 000 habitants (soit +5 hospitalisations par rapport à S16). Le taux d'admissions en soins critiques était en diminution à 1,9 (soit -11 admissions par rapport à S16).

En **Martinique**, le taux d'incidence continuait à diminuer pour la troisième semaine consécutive, et de façon plus marquée (103 vs 181 en S16, soit -43%). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques diminuaient à, respectivement, 9,8/100 000 habitants (soit -29 hospitalisations par rapport à S16) et 2,8 (soit -8 admissions par rapport à S16).

À **Mayotte**, le taux d'incidence diminuait à 33/100 000 habitants (vs 54 en S16, soit -38%) après deux semaines de stabilisation. Les taux d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques augmentaient à, respectivement, 4,3/100 000 habitants (soit +10 hospitalisations par rapport à S16) et 1,4 (soit +3 admissions par rapport à S16).

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

►Variants préoccupants du SARS-CoV-2

À ce jour, **quatre variants ont été qualifiés de préoccupants (VOC)** en raison de leur transmissibilité augmentée et/ou d'un risque d'échappement à la réponse immunitaire. **Trois d'entre eux, les variants 20I/501Y.V1** (ayant émergé au Royaume-Uni), **20H/501Y.V2** (ayant émergé en Afrique du Sud) **et 20J/501Y.V3** (ayant émergé au Brésil), **circulent en France depuis le début de l'année 2021**. Le quatrième VOC (20I/484K (B.1.1.7 + E484K), ayant émergé au Royaume-Uni début 2021, a été très peu détecté en France jusqu'à la mi-mars mais les données de séquençage récentes montrent une augmentation du nombre de cas de ce variant en Île-de-France et en Bretagne depuis début avril.

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

Certains ont déjà été détectés sur le territoire et leur circulation est suivie avec attention dans les enquêtes Flash : il s'agit notamment des variants 20A/484 (lignage B.1.525), détecté plus fréquemment en France depuis peu, et 19B/501Y (lignage A.27). Le variant 20A/484Q (lignage B.1.617), détecté pour la première fois en Inde à la fin de l'année 2020, est également classé comme VOI.

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

Au niveau national en S17, parmi les tests positifs ciblés dont les résultats étaient disponibles dans SI-DEP (52,4% de l'ensemble des tests de première intention positifs), **80,8% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 et 5,5% de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3**. Les suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 restaient hétérogènes selon les départements. Parmi les départements métropolitains présentant des données interprétables, la proportion du variant 20I/501Y.V1 était supérieure à 80% dans 57 départements, et supérieure à 90% dans 24 d'entre eux. La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 était supérieure à 10% dans 12 départements.

Variant B.1.616 ayant émergé en Bretagne

Un cluster d'infections par un variant de clade 20C (« variant 20C/H655Y » ou B.1.616) a été détecté dans les Côtes-d'Armor, avec des cas survenus entre janvier et avril 2021. La particularité des cas confirmés d'infection par ce variant est la possibilité de présenter des symptômes évocateurs de COVID-19 avec une RT-PCR négative sur les prélèvements nasopharyngés habituels. Le virus est néanmoins détectable par les techniques de RT-PCR habituelles mais semble être identifié de manière préférentielle dans les voies aériennes basses.

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

Au 04 mai 2021, 42 cas confirmés d'infection par le variant 20C/655Y ont été rapportés en France, dont 39 en Bretagne et trois dans d'autres régions chez des personnes ayant un lien avec la zone de circulation du virus dans les Côtes-d'Armor. Le diagnostic a été porté sur une première RT-PCR positive à partir d'un prélèvement nasopharyngé pour 13% d'entre eux. Pour la majorité (28/42, 67%), le diagnostic virologique par RT-PCR n'a été porté qu'à partir d'un prélèvement profond. Tous les cas ont un lien direct ou indirect avec la zone de surveillance renforcée en Bretagne. La majorité des cas est reliée à des transmissions au sein de clusters hospitaliers dans la zone. Quelques cas ont été rapportés en lien avec une chaîne de transmission en communauté mais, à ce jour, les indicateurs de surveillance ne suggèrent pas de diffusion communautaire importante de ce variant dans la population, que ce soit en Bretagne ou ailleurs.

Dix-huit décès ont été rapportés, en majorité chez des personnes âgées ou présentant des comorbidités. Les investigations épidémiologiques se poursuivent pour caractériser l'épisode et suivre la diffusion de ce variant.

Situation épidémiologique du VOC 20I/484K

Le VOC 20I/484K a été identifié pour la première fois en Grande-Bretagne suite à l'acquisition par le VOC 20I/501Y.V1 de la mutation E484K, sans signal à ce jour en faveur d'une diffusion significative au Royaume-Uni ou ailleurs dans le monde. Depuis le début du mois d'avril, une augmentation du nombre de cas confirmés d'infection par le 20I/484K a été observée en Île-de-France et dans une zone limitée autour de Brest en Bretagne, laissant suspecter un début de transmission communautaire dans ces deux zones géographiques. Toutefois, le variant 20I/484K reste très nettement minoritaire en comparaison du variant 20I/501Y. Les investigations épidémiologiques se poursuivent. Dans les autres régions, aucune évolution notable dans les détections de cas du variant 20I/E484K n'a été observée et le nombre de cas reste faible.

Variant B.1.617 circulant en Inde

Le lignage B.1.617 a été détecté pour la première fois en Inde à la fin de l'année 2020 et inclut trois sous-lignages (B.1.617.1, B.1.617.2 et B.1.617.3) qui diffèrent légèrement en termes de mutations d'intérêt. Certaines mutations sont retrouvées chez d'autres VOC et pourraient être associées à une augmentation de la transmissibilité ou à un échappement immunitaire. Toutefois, les données manquent à ce stade quant à l'impact réel de ces mutations. En France, des cas importés ont été rapportés dans plusieurs régions chez des personnes de retour d'Inde. Au 05 mai, 11 épisodes ont été signalés avec au moins un cas B.1.617 confirmé par SANGER ou WGS (sous-lignage B.1.617.1 ou B.1.617.2). Des transmissions secondaires ont été rapportées dans l'entourage familial et amical de certains cas, mais les mesures précoce d'identification et d'isolement des cas et de leurs contacts ont permis de limiter le risque de diffusion. La situation reste suivie avec attention.

► Surveillances spécifiques et populationnelles

Parmi les 12 243 patients recensés par la surveillance spécifique des cas graves de COVID-19 admis en réanimation depuis le 05 octobre 2020, 69% étaient des hommes. Depuis janvier 2021, et comparé au dernier trimestre 2020, un rajeunissement des patients admis en réanimation est observé, avec une diminution de la part de patients âgés de 65 ans et plus et une augmentation de la part des cas de 45-64 ans. La proportion de cas pédiatriques (0-14 ans) est restée comparable entre les deux périodes. La part des patients admis en réanimation sans comorbidités a légèrement augmenté depuis janvier 2021. Parmi les personnes décédées, seules 5% ne présentaient pas de comorbidités.

La surveillance spécifique des **professionnels travaillant dans les établissements de santé**, mise en place depuis le 1^{er} mars 2020, rapportait **81 032** cas d'infection au SARS-CoV-2 au 03 mai 2021. Parmi ces cas, 19 étaient décédés en lien avec leur infection à SARS-CoV-2. Après **une augmentation du nombre de cas déclarés à la semaine 11, une diminution a été observée à partir de la semaine 12-2021**. Depuis le début de l'épidémie, les infirmiers et les aides-soignants sont les professionnels les plus atteints. Toutefois, proportionnellement au nombre de professionnels dans la catégorie, **les aides-soignants et les kinésithérapeutes sont les plus fréquemment infectés** (respectivement 10,2% et 9,9%). Il est important que les établissements continuent à participer à cette surveillance, afin que le recensement de ces cas soit le plus exhaustif possible. 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.

Les indicateurs de la surveillance des signalements **dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)**, qui concernent majoritairement des EHPAD, indiquaient une diminution modérée du nombre de signalements en S16, une stabilisation du nombre de cas (depuis S10) et du nombre de décès (depuis S13).

Dans ce point épidémiologique est présentée une nouvelle **estimation de la séroprévalence des infections par le SARS-CoV-2** en France pour la période qui encadre la vague épidémique du dernier trimestre de

2020. La proportion de personnes séropositives pour le SARS-CoV-2 est estimée à 9,0% [intervalle de crédibilité à 95% : 6,9-11,0] en semaine 41-2020 et 13,2% [10,8-15,6] en semaine 06-2021, soit 8 832 000 personnes séropositives [7 217 000-10 426 000]. Les résultats des trois premières enquêtes réalisées de mars à mai 2020 avaient mis en évidence une augmentation de la séroprévalence nationale de 0,3 à 4,9 % au cours de la première vague épidémique. Après plus d'un an de diffusion du virus, ces estimations confirment qu'au vu de l'augmentation limitée de l'immunité naturelle observée après les vagues épidémiques de 2020, seule une vaccination de masse permettrait d'atteindre rapidement une immunité collective susceptible d'influencer très favorablement la dynamique de l'épidémie et de prévenir la saturation des services hospitaliers.

► Santé mentale

La santé mentale des personnes interrogées reste dégradée (enquête CoviPrev du 21 au 23 avril 2021), avec une prévalence élevée des états anxieux (22%), dépressifs (22%), des problèmes de sommeil (64%) et des pensées suicidaires (9%), notamment chez les jeunes (18-24 ans), les personnes en situation de précarité (emploi, finance) et celles ayant eu des symptômes de la COVID-19. D'après les déclarations des répondants, la colère, la peur, l'inquiétude pour sa santé et la situation économique, la frustration, ou encore les sentiments de solitude et d'impuissance sont associés à une santé mentale plus dégradée, quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques et les conditions de vie.

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.psyc.com.org/>

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

► Prévention

Les résultats de l'enquête CoviPrev (vague 23, du 21 au 23 avril 2021) montrent globalement une augmentation de l'adhésion systématique des personnes interrogées aux mesures en lien avec l'interaction sociale. Le port systématique du masque en public reste la mesure le plus souvent adoptée.

Plus de la moitié des personnes interrogées non vaccinées (56%) répondent vouloir certainement ou probablement se faire vacciner contre la Covid-19. Ce pourcentage est stable depuis février. Les personnes les plus âgées sont plus enclines à vouloir se faire vacciner (63%). La proportion des jeunes de 18-24 ans ayant l'intention de le faire a augmenté fortement entre mars (36%) et avril (55%).

Les craintes d'effets secondaires restent la première raison évoquée pour ne pas se faire vacciner. Il reste donc primordial de faciliter l'accès à l'information sur la vaccination. **Près d'un tiers des personnes interrogées a déclaré avoir reçu une première dose** de vaccin contre la Covid-19 ; il existe des disparités importantes selon leurs caractéristiques sociodémographiques, qui font craindre une aggravation des inégalités sanitaires et sociales de santé.

Concernant la vaccination contre la COVID-19, le 04 mai 2021, 16 470 369 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin et 7 306 862 sont complètement vaccinées, soit respectivement 24,5% et 10,9% de la population. L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la population adulte (âgée de 18 ans ou plus) était de 31,3% pour au moins une dose et 13,9% pour une vaccination complète.

Pour les personnes âgées de 75-79 ans, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 80,5% (complètement vaccinées : 60,7%) et de 71,3% pour les 80 ans et plus (complètement vaccinées : 54,7%). **En une semaine** (27 avril-04 mai 2021), **plus de 1,9 million de personnes ont reçu leur première dose** de vaccin, soit en moyenne **267 000 personnes par jour**.

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

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

SOURCES DES DONNÉES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

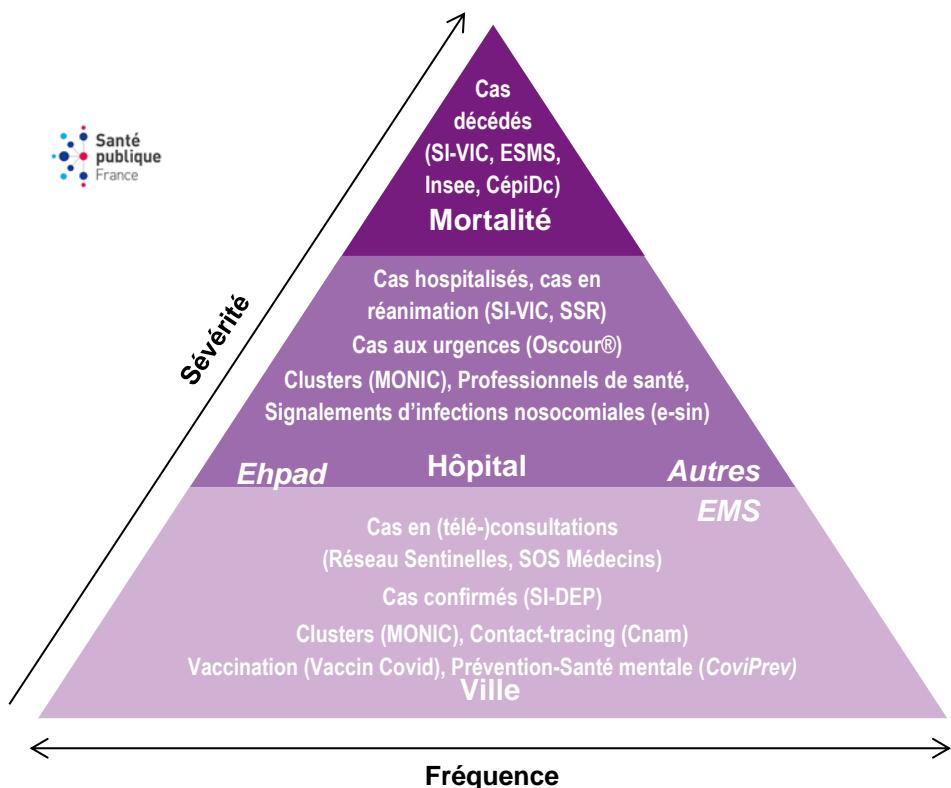
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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

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

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

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



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

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

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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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

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

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Delphine Viriot, Nicolas Méthy, Nelly Fournet, Sandrine Hagège, Bruno Coignard

Systèmes de surveillance : Lélia Abad, Pauline Adam, Jonathan Bastard, Ghaya Ben Hmidene, Anne Berger-Carbonne, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Isabelle Bonmarin, Mathias Bruyand, Céline Caserio-Schönemann, Édouard Chatignoux, Mélanie Colomb-Cotinat, Jean-Claude Desenclos, Enguerrand Du Roscoät, Julien Durand, Myriam Fayad, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Laurence Guldner, Katia Hamdad, Rémi Hanguéhard, Eline Hassan, Marion Hulin, Gabrielle Jones, Yann Le Strat, Stéphane Le Vu, Jean-Michel Lericque, Christophe Léon, Daniel Levy-Bruhl, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Oriane Nassany, Harold Noël, Michael Padgett, Gaëlle Pédrone, Camille Pelat, Alessandro Pini, Elisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Cécile Sommen, Benjamin Taisne, Sophie Vaux, Agnès 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

06 mai 2021

Citer ce document

COVID-19. Point épidémiologique hebdomadaire. N°62, 06 mai 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 67 p.