

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 19 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.

► Points clés

En semaine 19, poursuite de la diminution des indicateurs épidémiologiques, mais répercussion modérée sur la tension hospitalière dans le contexte de levée progressive des mesures de restrictions sanitaires

- Diminution du taux d'incidence
- Nette diminution des nouvelles hospitalisations et des admissions en soins critiques depuis deux semaines
- Mortalité liée à la COVID-19 toujours élevée
- Métropole : indicateurs les plus élevés en Île-de-France et Hauts-de-France
- Outre-mer : poursuite de l'augmentation des indicateurs en Guyane

Variants

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

Prévention

- Contribution du dispositif de contact-tracing à la limitation de la propagation de l'épidémie
- Vaccination, au 18 mai 2021 :
 - 21 133 653 personnes ayant reçu au moins une dose, couverture vaccinale de 31,5%
 - 9 866 934 personnes complètement vaccinées, couverture vaccinale de 14,7%
- Maintien au niveau individuel de l'adoption systématique des mesures barrières et de la limitation des contacts
- En cas de symptômes, nécessité d'un isolement immédiat et réalisation d'un test dans les plus brefs délais
- Rappel de l'importance de la vaccination pour les personnes prioritaires non encore vaccinées

Le système d'information SI-DEP vient d'être mis à jour afin de ne décompter qu'un seul patient lorsque celui-ci se fait tester plusieurs fois, comme cela peut être le cas avec le suivi renforcé des variants. Les indicateurs ont été recalculés à l'échelle du territoire. Cela entraîne la baisse du nombre total de cas confirmés, du taux de positivité et du taux d'incidence. Cette baisse n'est donc pas à interpréter comme une diminution exceptionnelle du nombre de cas, dans un contexte où la pression épidémique diminue. Ce changement ne modifie pas l'appréciation globale de la dynamique de l'épidémie (cf. page 6).

► Chiffres clés

Indicateurs hebdomadaires en semaine 19 (du 10 au 16 mai 2021)

	S19	S18*	Évolution
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	87 957	108 930	NI**
Taux d'incidence (/100 000 habitants) des cas de COVID-19 (SI-DEP)	154***	174***	-12%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	4,1%	4,9%	-0,8 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	1 853	1 914	-3%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	4 724	6 613	-29%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	5 557	8 062	-31%
Nombre de nouvelles admissions en soins critiques de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 256	1 865	-33%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (décès à l'hôpital, en EHPA ou autres ESMS)	1 248	1 570	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 jeudi 13 mai de la semaine 19 et le samedi 08 mai de la semaine 18.

*** Taux d'incidence corrigé prenant en compte les jours fériés des semaines 19 et 18.

Du 1^{er} mars 2020 au 18 mai 2021

Nombre de décès liés à la COVID-19 (à l'hôpital, en EHPA ou autre ESMS)	108 069
---	---------



► Point de situation en semaine 19 (du 10 au 16 mai 2021)

Cette semaine est marquée par l'évolution de la production des indicateurs SI-DEP intégrant la nouvelle méthode de pseudonymisation. L'ancienne méthode surestimait, à l'échelon national, de 12% le taux d'incidence et de 8% le taux de positivité, sans conséquence sur la dynamique de l'épidémie et son suivi (cf. page 6).

En semaine 19 (du 10 au 16 mai 2021), l'ensemble des indicateurs épidémiologiques a continué de diminuer. La circulation du virus reste cependant encore élevée en métropole. Alors que la baisse des nouvelles admissions à l'hôpital et en soins critiques s'accroît sensiblement, sa répercussion sur la pression hospitalière reste modérée. Ainsi, le nombre de personnes en cours d'hospitalisation et en services de soins critiques est toujours élevé. La couverture vaccinale continue de progresser, avec au 18 mai 2021, 14,7% de la population complètement vaccinée et 31,5% ayant reçu une première dose. Dans le contexte de la levée progressive des mesures de restrictions collectives, il est primordial que chacun maintienne un haut niveau d'adhésion aux mesures individuelles de prévention, de dépistage, d'isolement des cas et des personnes-contacts à risque. Dans cette période de baisse de la circulation du virus, d'accélération de la vaccination et de levée des restrictions, le traçage des contacts a plus que jamais sa place dans la maîtrise de l'épidémie. Il est enfin important d'encourager à la vaccination les personnes prioritaires non encore vaccinées.

Au niveau national, **87 957 nouveaux cas** ont été confirmés, soit près de 12 600 cas en moyenne chaque jour. Après prise en compte de l'effet des jours fériés (samedi 08 mai en S18 et jeudi 13 mai en S19), **le taux d'incidence corrigé de la semaine 19 était en diminution** (154/100 000 habitants en S19 vs 174 en S18, soit -12%). **Le taux de dépistage corrigé** (3 759 pour 100 000 habitants) était **en augmentation** en semaine 19 (+6%). **Le taux de positivité** était de 4,1%, **en diminution** de 0,8 point par rapport à S18 (4,9%). La diminution du taux d'incidence corrigé était observée dans toutes les classes d'âge.

En semaine 19, la diminution du nombre de cas et de personnes-contacts enregistrés dans **ContactCovid** s'est poursuivie et **la proportion de cas précédemment connus comme personnes-contacts s'est maintenue au niveau des valeurs observées ces dernières semaines.**

La diminution des nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 et du nombre de nouvelles admissions en services de soins critiques, amorcée depuis la semaine 16, **s'est accentuée** ces deux dernières semaines reflétant ainsi la baisse de l'incidence en population (baisse respectivement de -31% et -33% par rapport à S18). L'impact de cette réduction des nouvelles admissions sur **le nombre de personnes en cours d'hospitalisation est plus modérée** : avec **22 118** personnes hospitalisées le 18 mai (vs 25 088 le 11 mai, soit -12%), dont **4 030** patients en soins critiques (vs 4 758, soit -15%), le niveau de pression sur le système de soins hospitalier demeure très fort.

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

L'analyse des résultats de criblage des tests RT-PCR positifs indiquait toujours en S19 une prédominance de la **proportion de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1 (77,9%)**. La proportion de suspicions de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** était de **5,9%** au niveau national, avec des hétérogénéités départementales.

Au 18 mai 2021, **21 133 653 personnes** avaient reçu au moins une dose de vaccin contre la **COVID-19** et **9 866 934** étaient complètement vaccinées, soit respectivement **31,5%** et **14,7%** de la population. L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la **population adulte** (âgée de 18 ans ou plus) était de 40,1% pour au moins une dose et 18,7% pour une vaccination complète.

L'adoption systématique des gestes barrières et de limitation des contacts demeure indispensable pour tous. Il est essentiel que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de la COVID-19 s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les plus brefs délais. Le maintien des activités d'identification des contacts et l'incitation à la vaccination des personnes prioritaires non encore vaccinées restent importants pour contribuer à maintenir la dynamique à la baisse observée actuellement.

SOMMAIRE

SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE	4
SURVEILLANCE VIROLOGIQUE	6
SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DU SARS-CoV-2	18
ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS	22
SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	27
PASSAGES AUX URGENCES POUR SUSPICION DE COVID-19.....	29
NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »	30
SURVEILLANCE EN MILIEU HOSPITALIER	32
SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ.....	41
VACCINATION CONTRE LA COVID-19	47
SITUATION INTERNATIONALE.....	52
SYNTHÈSE	55
SOURCES DES DONNÉES	60

Retrouvez les dernières données concernant :

- les **variants préoccupants (VOC) du SARS-CoV-2 au niveau international** dans le [PE n° 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 des cas de Covid-19 chez les professionnels en établissements de santé** dans le [PE n° 62 du 6 mai 2021](#) ;
- le **suivi de l'adoption des mesures de prévention et des indicateurs de santé mentale** dans le [PE n°62 du 6 mai 2021](#) ;
- **l'estimation de la séroprévalence des infections à Sars-Cov2** dans le [PE n° 62 du 6 mai 2021](#).

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

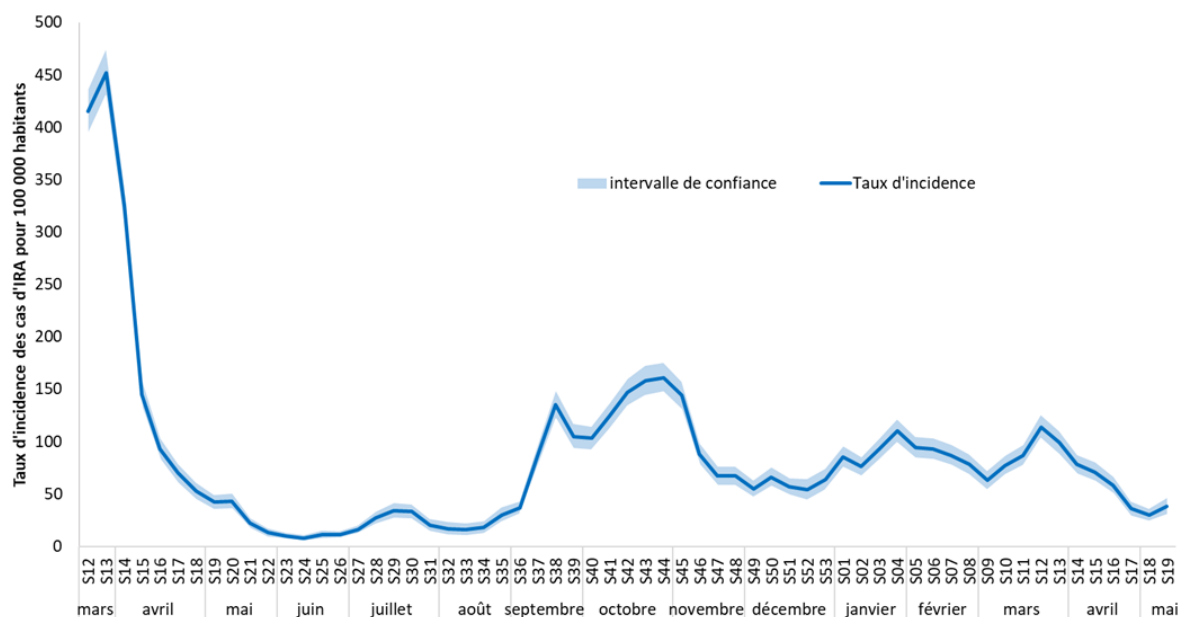
SURVEILLANCE EN MÉDECINE AMBULATOIRE

► Réseau Sentinelles

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

- En semaine 19 (du 10 au 16 mai 2021), le **taux d'incidence des consultations pour une IRA a été estimé à 38 pour 100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [30-46] en France métropolitaine, taux faible mais en très légère augmentation par rapport à la semaine 18 : 30/100 000 habitants (IC95% : [24-36]) (Figure 1).
- Sur les 16 prélèvements effectués chez des patients présentant une IRA en S19, deux se sont avérés positifs pour un rhinovirus, un pour un virus respiratoire syncytial (VRS) et aucun pour le SARS-CoV-2.
- Depuis la semaine 37-2020, sur les 1 142 prélèvements naso-pharyngés effectués chez les patients qui ont été testés pour les différents virus respiratoires surveillés, 325 (28%) étaient positifs pour un rhinovirus, 152 (13%) pour le SARS-CoV-2, 67 (6%) pour un métapneumovirus et 64 (6%) pour un virus respiratoire syncytial (VRS). Deux prélèvements se sont avérés positifs pour un virus grippal de type B/Victoria en semaine 49-2020 et en semaine 02-2021.

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



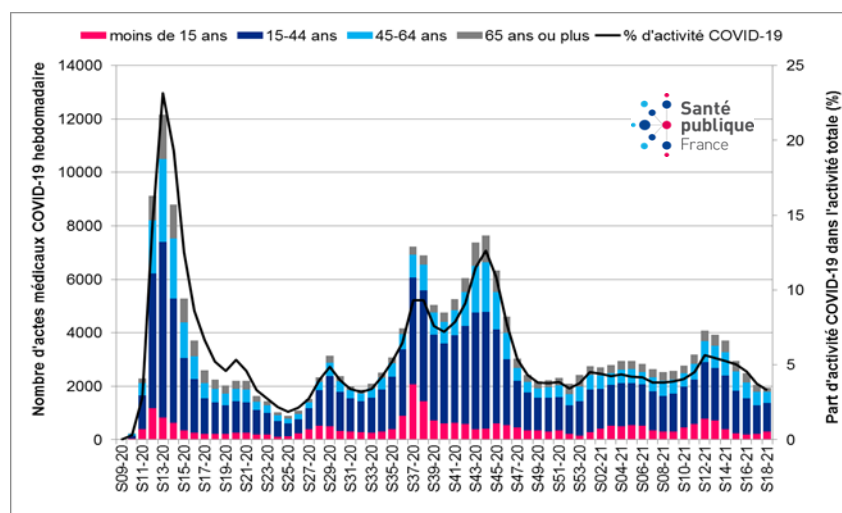
Semaine 19 : données non consolidées

Source : Réseau Sentinelles

► Associations SOS Médecins

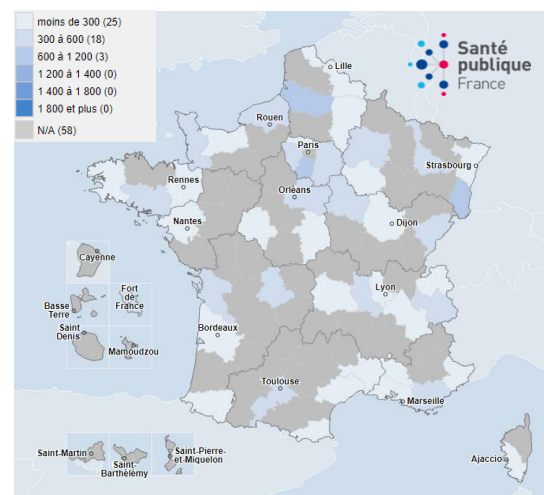
- Depuis le 03 mars 2020, **217 150 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 17 mai 2021, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- En semaine 19 (du 10 au 16 mai 2021), **1 853 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption au cours de la période. Ce nombre était **en baisse** par rapport à la semaine précédente (1 914 actes en S18, soit -3%) pour la sixième semaine consécutive, mais de manière moins marquée que les deux dernières semaines (-5% en S18, -17% en S17).
- L'analyse par classe d'âge montre une poursuite de la **hausse chez les enfants** de 2-14 ans (+17%, soit +47 actes) et une **baisse chez les adultes** (-6%, soit -99 actes). La **répartition du nombre d'actes par classe d'âge** était de 6% chez les 0-4 ans, 13% chez les 5-14 ans, 56% chez les 15-44 ans, 17% chez les 45-64 ans, 5% chez les 65-74 ans et 4% chez les 75 ans et plus (contre respectivement 4%, 11%, 55%, 21%, 4% et 4% en S18).
- **Au niveau régional**, les actes médicaux pour suspicion de COVID-19 étaient en hausse dans la moitié des régions et en baisse dans l'autre moitié. Les hausses allaient de +7% à +46%. On retrouve, parmi les plus fortes augmentations, les régions Bourgogne-Franche-Comté (+46%, soit +22 actes), Hauts-de-France (+27%, soit +48 actes) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (+16%, soit +24 actes).
- La majorité des actes a été enregistrée dans les régions Île-de-France (20%), Hauts-de-France (12%), Grand Est (11%), Auvergne-Rhône-Alpes (10%), Nouvelle-Aquitaine (10%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (10%).
- La **part du nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale** était **stable** à 1,9% (2,0% en S18) (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 19-2021, 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](#)).

► Évolution des méthodes et impact sur les indicateurs issus des données SI-DEP

Le système d'information SI-DEP permet de suivre en temps réel sur tout le territoire le nombre total de cas de COVID-19, le taux d'incidence, le taux de positivité et le taux de dépistage. Ce système s'adapte en continu et intègre toutes les évolutions liées au dépistage (tests antigéniques, test salivaires, tests de criblage pour la suspicion des variants). Afin de garantir la protection des données personnelles des personnes testées, **un algorithme lie chaque résultat de test à l'émission d'un pseudonyme anonymisé. Cet algorithme vient d'être mis à jour** afin qu'il ne décompte qu'un seul patient lorsque celui-ci se fait tester plusieurs fois dans un intervalle de temps court, comme cela peut être parfois le cas avec le suivi renforcé des variants. Les indicateurs ont été recalculés à l'échelle de tout le territoire, ce qui a permis l'élimination de doublons. **L'écart entre les indicateurs nouvelle et ancienne méthode** est de 12% pour le taux d'incidence et de 8% pour le taux de positivité (Figures 4 et 5). **Cet écart ne modifie pas l'appréciation de la dynamique de l'épidémie**, ces évolutions permettant au système SI-DEP de produire des données plus précises et de renforcer son efficacité.

Une note méthodologique précisant cette évolution est disponible sur [le site de Santé publique France](#).

Figure 4. Évolution des taux d'incidence sur sept jours glissants, ancienne et nouvelle pseudonymisation, avec correction pour l'effet des jours fériés, depuis la semaine 23-2020, France (données au 19 mai 2021)

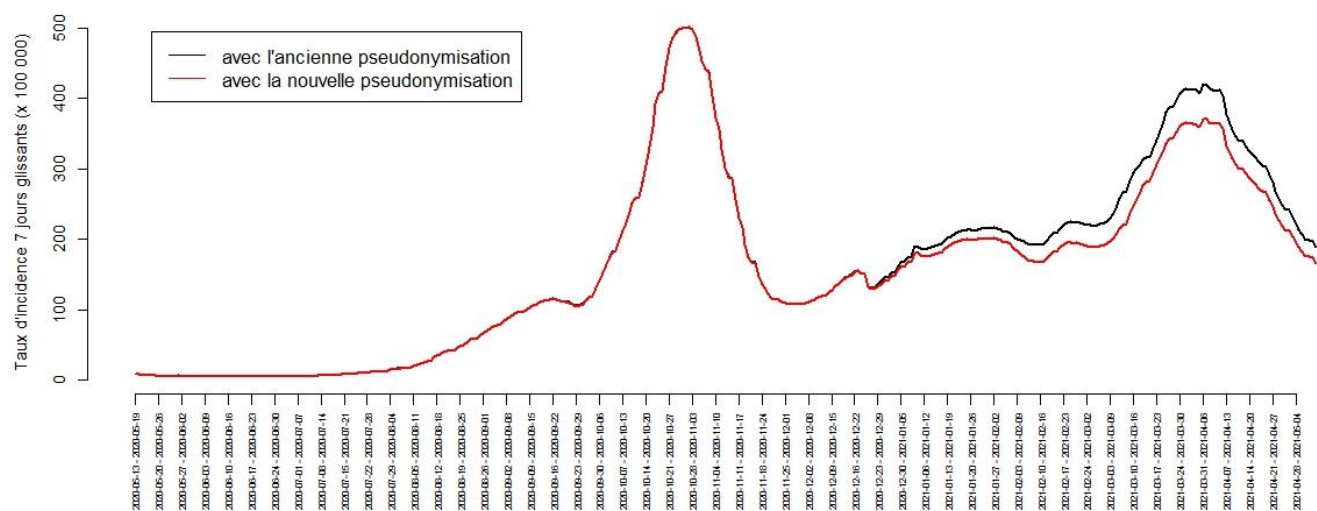
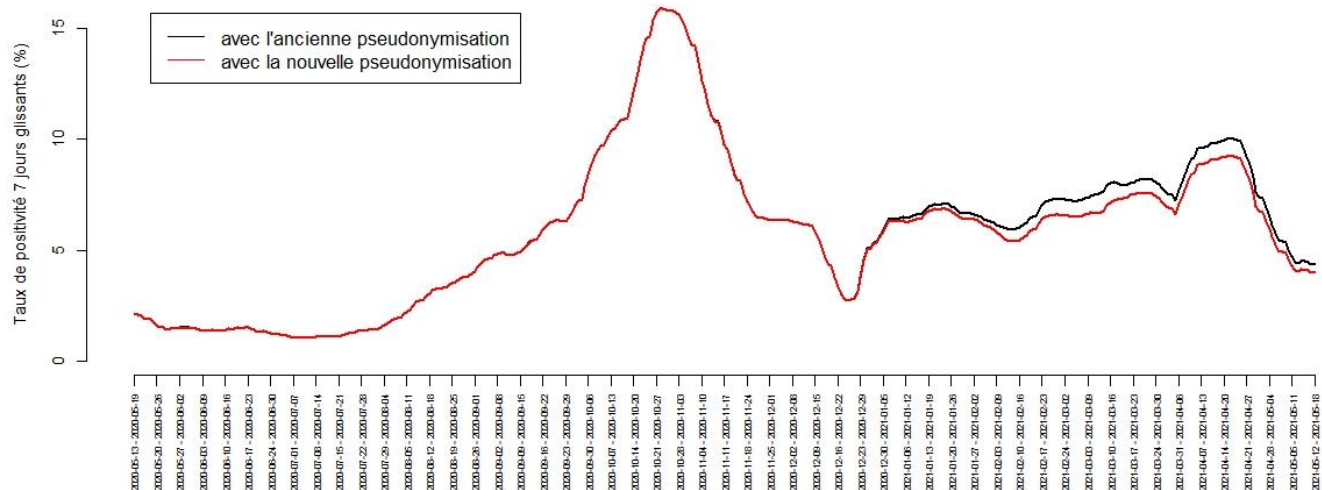


Figure 5. Évolution des taux de positivité sur sept jours glissants, ancienne et nouvelle pseudonymisation, depuis la semaine 23-2020, France (données au 19 mai 2021)



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

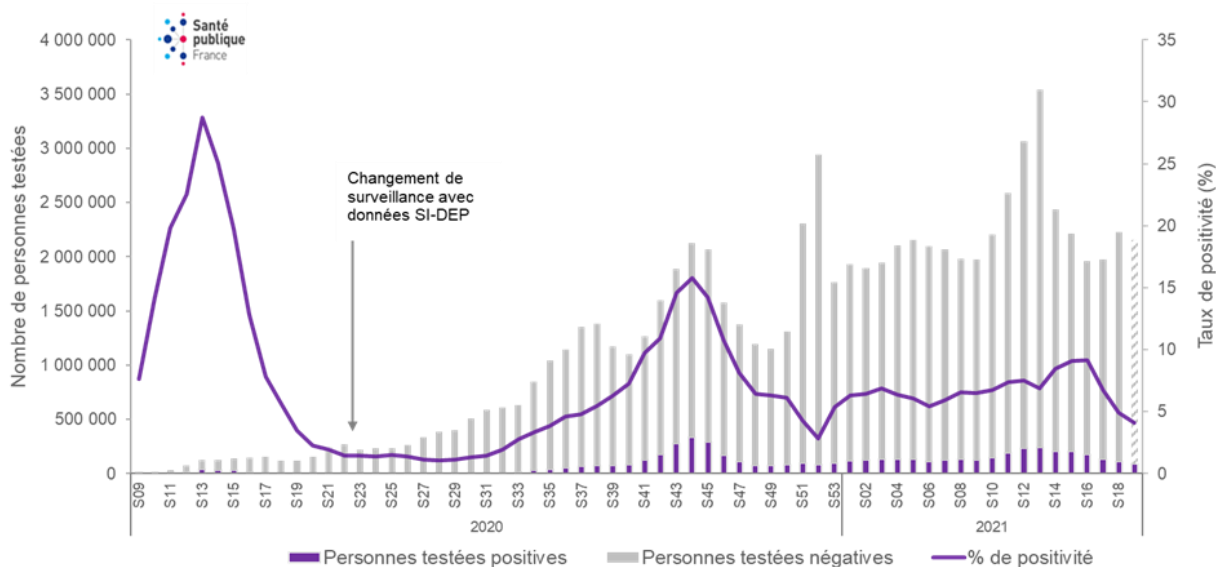
À partir de cette semaine, l'ensemble des données DI-DEP intègre la nouvelle méthode de pseudonymisation.

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 des semaines 18 et 19 (taux d'incidence et de dépistage) présentées dans ce chapitre ont été corrigées pour prendre en compte l'effet du samedi (08 mai) et du jeudi (13 mai) fériés.

- En semaine 19, 2 150 695 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 2 225 540 en S18) et 87 957 **nouveaux cas confirmés** ont été rapportés (vs 108 930 en S18) (Figures 6 et 7). À noter qu'avec l'ancienne méthode de pseudonymisation, étaient comptabilisés, en S19, 2 223 429 personnes testées (vs 2 301 165 en S18) et 99 560 nouveaux cas confirmés (vs 123 578 en S18).
- Au 19 mai 2021, un total de **5 553 136*** cas confirmés de COVID-19 a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.

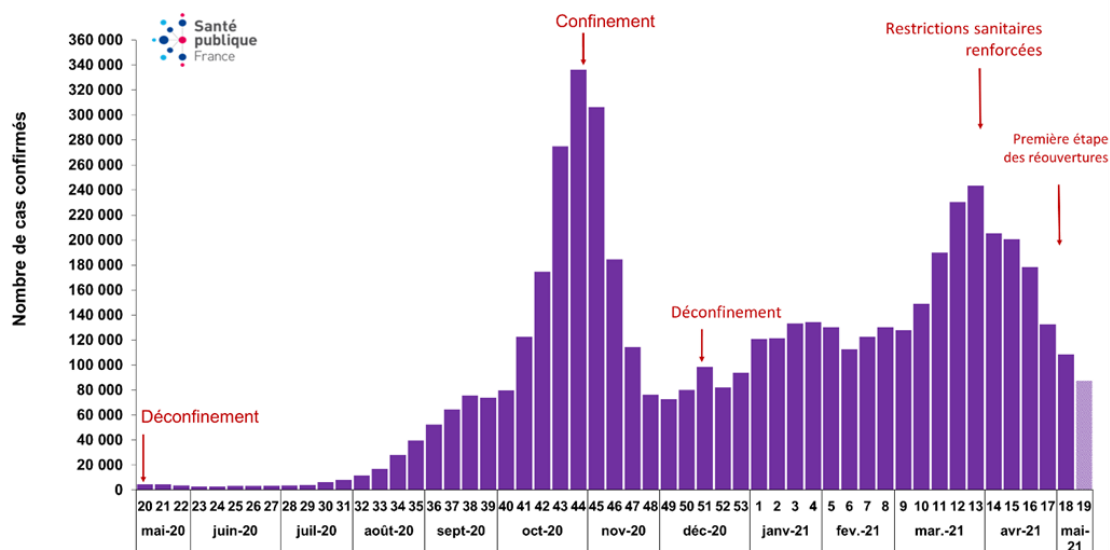
Figure 6. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, France (données au 19 mai 2021)



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

* Suite à l'intégration de la nouvelle pseudonymisation, les cas comptabilisés plusieurs fois à tort ont été soustraits du nombre total de cas confirmés et du nombre incident de cas confirmés par semaine (Figure 7).

Figure 7. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine (date de prélèvement) rapportés à Santé publique France du 11 mai 2020 au 16 mai 2021, France (données au 19 mai 2021)

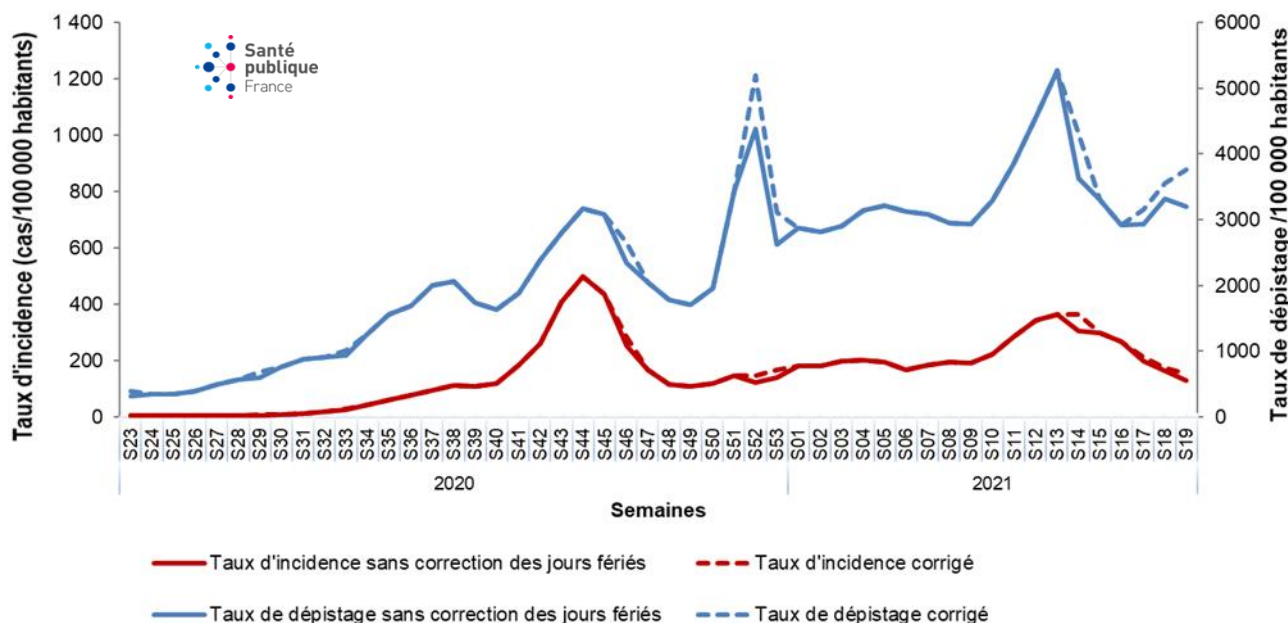


Semaine 19 : données non consolidées

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

- En S19, le **taux de positivité** national hebdomadaire des personnes testées était de **4,1%** (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides), en **diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (4,9%, soit -0,8 point) (Figure 6).
- Le **taux d'incidence** corrigé pour l'effet des jours fériés des cas confirmés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de 154 pour 100 000 habitants en S19, en **diminution** par rapport au taux corrigé de la semaine précédente (174 cas/100 000 habitants en S18, soit -12%) (Figure 8).
- Le **taux de dépistage** corrigé (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) était de 3 759 pour 100 000 habitants en S19, en **augmentation** par rapport au taux corrigé de S18 (3 555/100 000 habitants, soit +6%) (Figure 8).

Figure 8. 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 19 mai 2021)



Semaine 19 : données non consolidées

Source SI-DEP

- La proportion de tests effectués en S19 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 19, au niveau national, le taux d'incidence corrigé (pour 100 000 habitants) des cas confirmés était de 147 chez les 0-14 ans, 213 chez les 15-44 ans, 143 chez les 45-64 ans, 73 chez les 65-74 ans et 64 chez les 75 ans et plus (Figure 10a).

- **Le taux d'incidence corrigé était en diminution** par rapport à la S18 **dans toutes les classes d'âge**. La diminution la plus marquée était chez les 75 ans et plus (-23%), suivis par les 65-74 ans (-21%), les 45-64 ans (-14%), les 15-44 ans (-11%) et les 0-14 ans (-5%) (Figure 10a).

- **Le taux de dépistage corrigé a augmenté** par rapport à S18 **chez les 15-44 ans (+14%)** et les 45-64 ans (+6%). Il était en diminution chez les 75 ans et plus (-7%), les 0-14 ans (-3%) et les 65-74 ans (-1%) (Figure 7b).

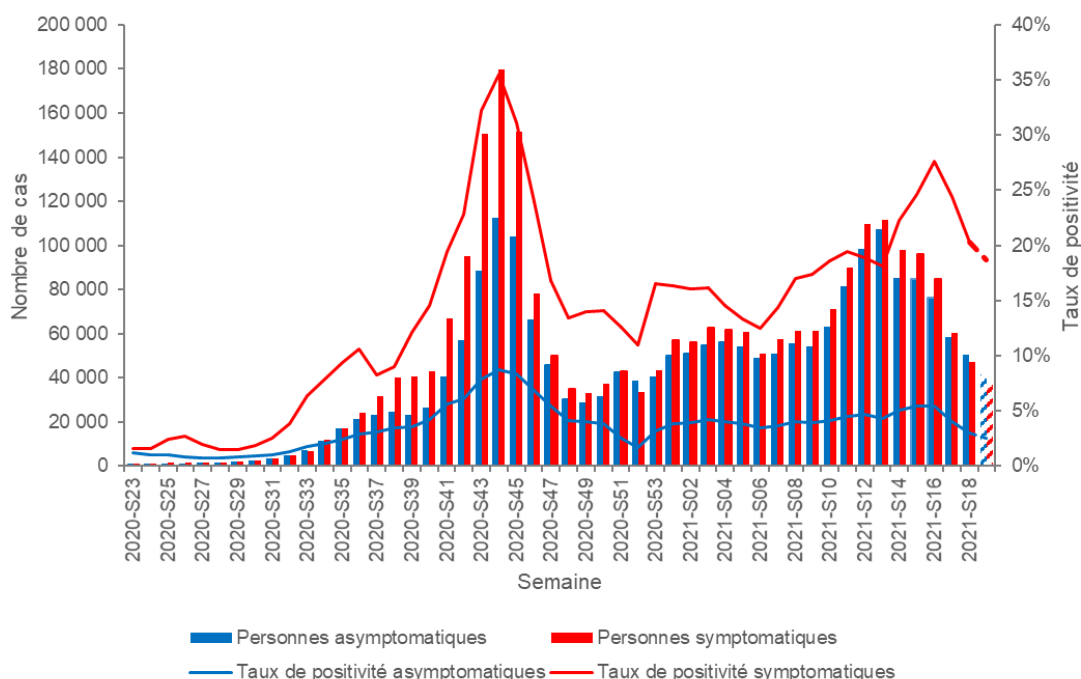
- **Le taux de positivité** des personnes testées était **en diminution par rapport à S18 dans toutes les classes d'âge** : -1,3 point chez les 15-44 ans, -1,0 point chez les 45-64 ans, -0,8 point chez les 65-74 ans, -0,5 point chez les 75 ans et plus et -0,1 point chez les 0-14 ans (Figure 10c).

Dépistage selon la présence de symptômes

- En semaine 19, l'information sur la présence ou non de symptômes était disponible pour 87% des **personnes testées** (soit n=1 875 978). La part des personnes symptomatiques était de 10,6%, en diminution par rapport à S18 (12,1%). Le taux de positivité était en diminution chez les symptomatiques (18,7% vs 20,3% en S18) et chez les asymptomatiques (2,5% vs 3,0% en S18) (Figure 9).

- **Parmi les cas**, 47,2% étaient symptomatiques, proportion en légère diminution par rapport à S18 (48,4%). **Le nombre de cas symptomatiques** était en **diminution** (37 243 vs 47 195 en S18, soit -21%) comme celui des **cas asymptomatiques** (41 668 vs 50 327 en S18, soit -17%) (Figure 9).

Figure 9. 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 19 mai 2021)

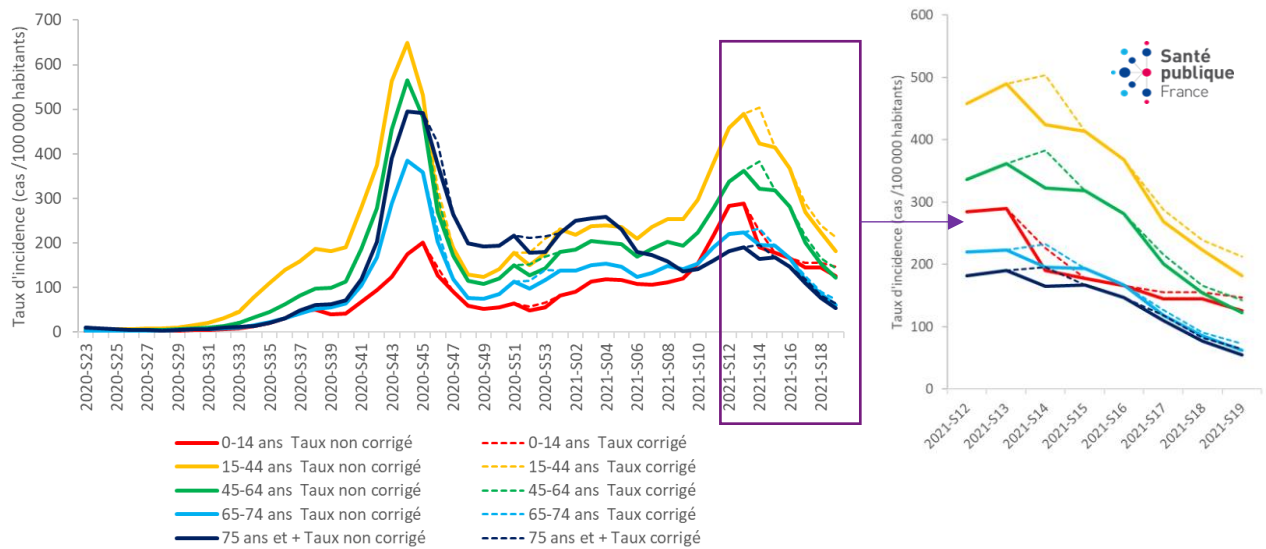


Semaine 19 : données non consolidées

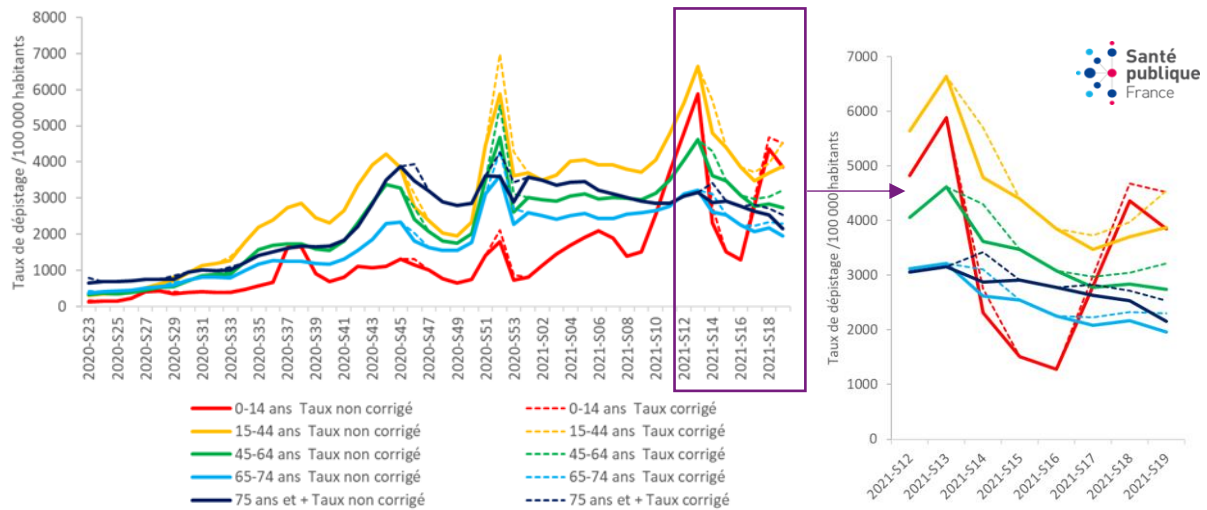
Source : SI-DEP

Figure 10. Évolution des taux d'incidence (7a) et de dépistage (7b) corrigés et non corrigés pour l'effet des jours fériés et du taux de positivité (7c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23-2020, France (données au 19 mai 2021)

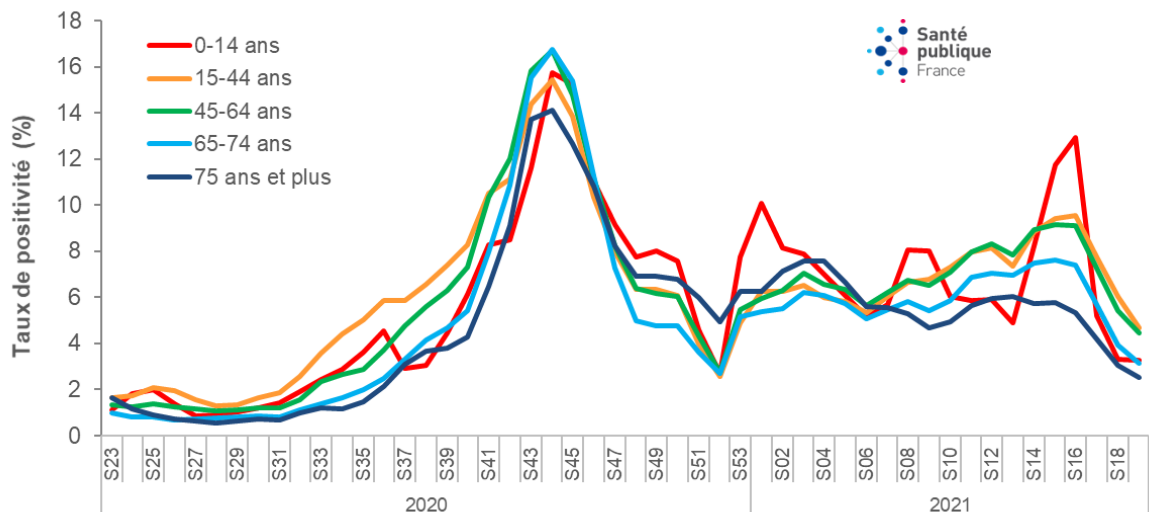
10a. Taux d'incidence



10b. Taux de dépistage



10c. Taux de positivité



Semaine 19 : données non consolidées

Source : SI-DEP

► Au niveau régional

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

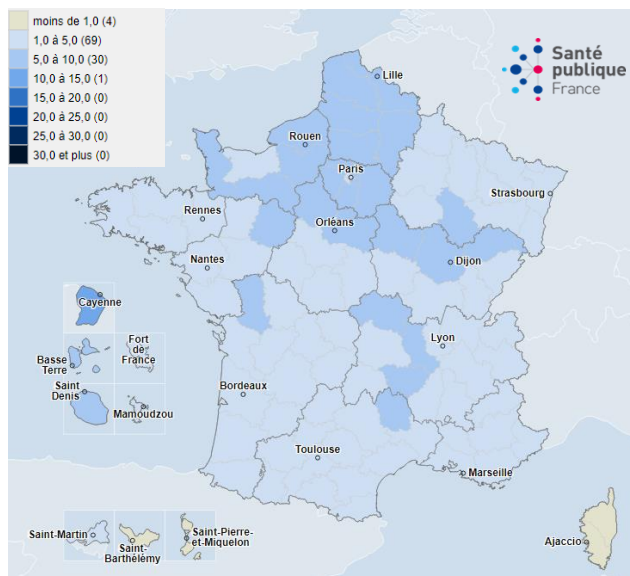
En métropole

- En France métropolitaine, 84 917 nouveaux cas ont été rapportés en semaine 19 (vs 105 721 en S18). Le taux de positivité était en diminution (4,1% vs 4,9% en S18, soit -0,8 point).
- En semaine 19, le **taux d'incidence** corrigé était au-dessus du seuil de 250/100 000 habitants dans trois départements (huit en S18). Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements de la Seine-Saint-Denis (267), du Val-de-Marne (266), du Val-d'Oise (259), de l'Oise (233) et de la Seine-et-Marne (232).
- En S19, les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** corrigés (pour 100 000 habitants) étaient : Paris (7 268), le Bas-Rhin (5 406), les Hauts-de-Seine (5 175), l'Aude (4 778), la Haute-Corse (4 713) et le Val-de-Marne (4 680).
- Le **taux de positivité** était inférieur à 10% dans tous les départements en S19, comme en S18. Les taux les plus élevés étaient observés dans les départements de la Seine-Saint-Denis (7,0%), de l'Aisne et du Val-d'Oise (6,4%), de l'Orne (6,2%), de la Haute-Saône et de la Loire (6,1%) et de la Seine-et-Marne (6,0%) (Figure 11).

En Outre-mer

- **En Guyane**, les indicateurs étaient **en forte hausse**, avec un taux d'incidence corrigé de 445 pour 100 000 habitants (vs 315 en S18) et un taux de positivité de 10,9% (vs 9,7% en S18).
- **En Guadeloupe**, les indicateurs étaient en **diminution**, avec un taux d'incidence corrigé de 139 pour 100 000 (vs 163 en S18) et un taux de positivité de 7,7% (vs 8,1% en S18).
- **En Martinique**, les indicateurs étaient en **légère diminution** avec un taux d'incidence corrigé de 40 pour 100 000 habitants (vs 48 en S18) et un taux de positivité de 2,7% (vs 3,0% en S18).
- **À Saint-Martin**, le taux d'incidence corrigé était en **augmentation** avec 195 cas pour 100 000 habitants (vs 167 en S18) et le taux de positivité était en **légère baisse** à 4,7% (vs 5,2% en S18)
- **À Mayotte**, les indicateurs étaient en **légère diminution**, avec un taux d'incidence corrigé de 12 pour 100 000 habitants (vs 18 en S18) et un taux de positivité de 1,4% (vs 2,0% en S18).
- **À La Réunion**, les indicateurs étaient **stables** avec un taux d'incidence corrigé de 136/100 000 habitants (vs 145 en S18) et un taux de positivité de 5,4% (vs 5,1% en S18).

Figure 11. Taux de positivité (%) pour le SARS-CoV-2 du 10 au 16 mai 2021, par département, France (données au 19 mai 2021)



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

► Analyse par niveaux scolaires

- En semaine 19, 561 015 personnes de moins de 18 ans ont été testées pour le SARS-CoV-2 (vs 600 497 en S18). Un total de 19 272 nouveaux cas a été rapporté. Les moins de 18 ans représentaient 22% 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 12%, les 6-10 ans 33%, les 11-14 ans 27% et les 15-17 ans 22%.

- Le **taux d'incidence** corrigé des cas confirmés au niveau national était de 202/100 000 habitants chez les 15-17 ans, 183 chez les 11-14 ans et chez les 6-10 ans, 119 chez les 3-5 ans et 54 chez les 0-2 ans (Figure 12a).

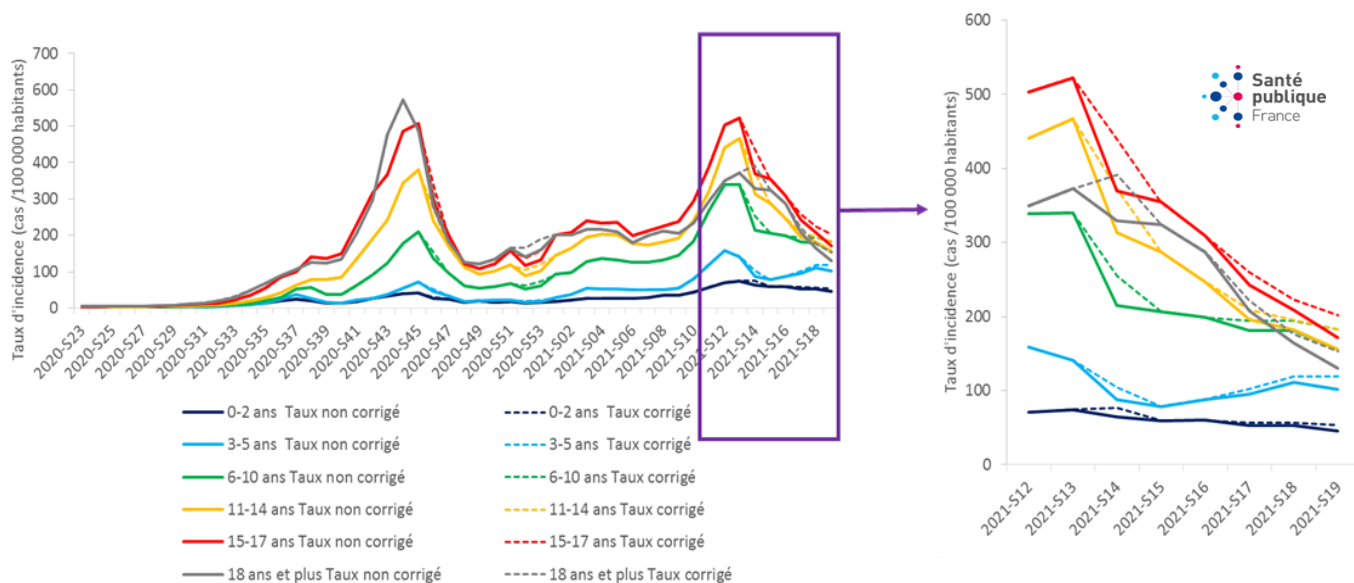
- Le taux d'incidence corrigé se stabilisait chez les 3-5 ans (+0,3%) après trois semaines d'augmentation. Le taux d'incidence corrigé poursuivait sa diminution chez les 15-17 ans (-10%), les 11-14 ans (-7%), les 6-10 ans (-6%) et les 0-2 ans (-5%).

- Le **taux de dépistage** corrigé diminuait chez les 3-5 ans (-12%) et les 6-10 ans (-19%), tandis qu'il continuait d'augmenter chez les 0-2 ans (+7%), les 11-14 ans (+35%) et les 15-17 ans (+39%) (Figure 12b).

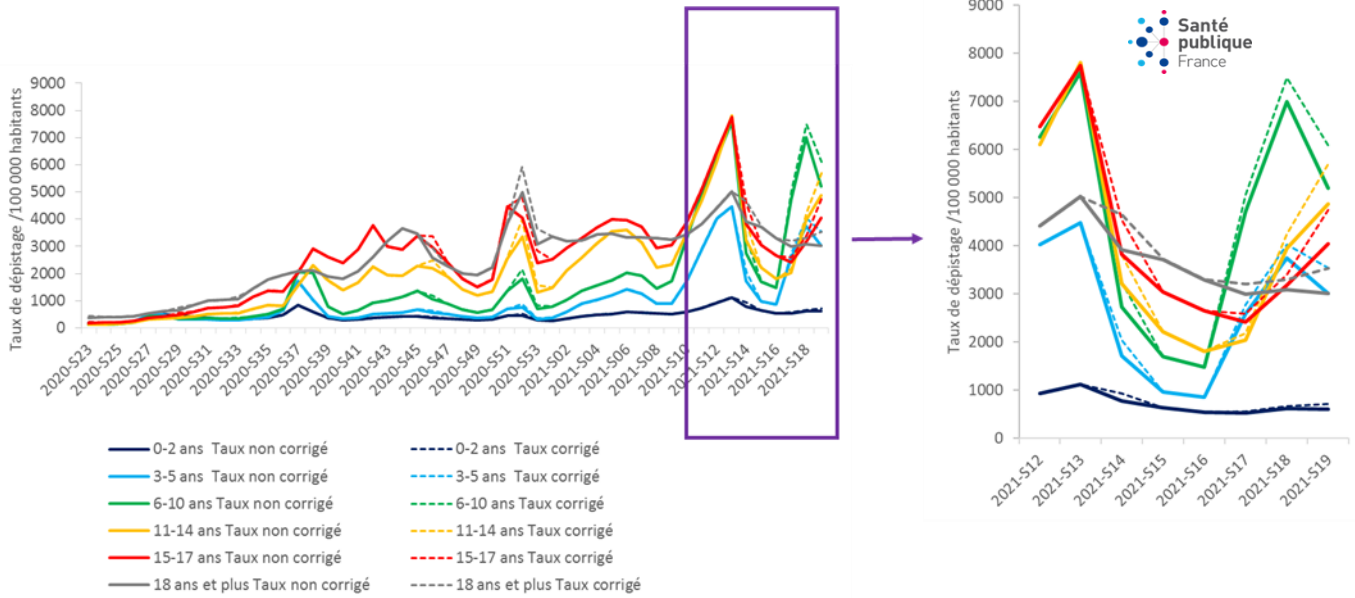
- Le **taux de positivité** diminuait pour la troisième semaine consécutive chez les 0-2 ans (-0,9 point), les 11-14 ans (-1,4 point) et les 15-17 ans (-2,3 points). Il augmentait de 0,4 point chez les 3-5 ans et les 6-10 ans (Figure 12c).

Figure 12. Évolution des taux d'incidence (9a) et de dépistage (9b) corrigés et non corrigés pour l'effet des jours fériés, et du taux de positivité (9c) des cas de COVID-19 selon les classes d'âge des moins de 18 ans, depuis la semaine 23-2020, France (données au 19 mai 2021)

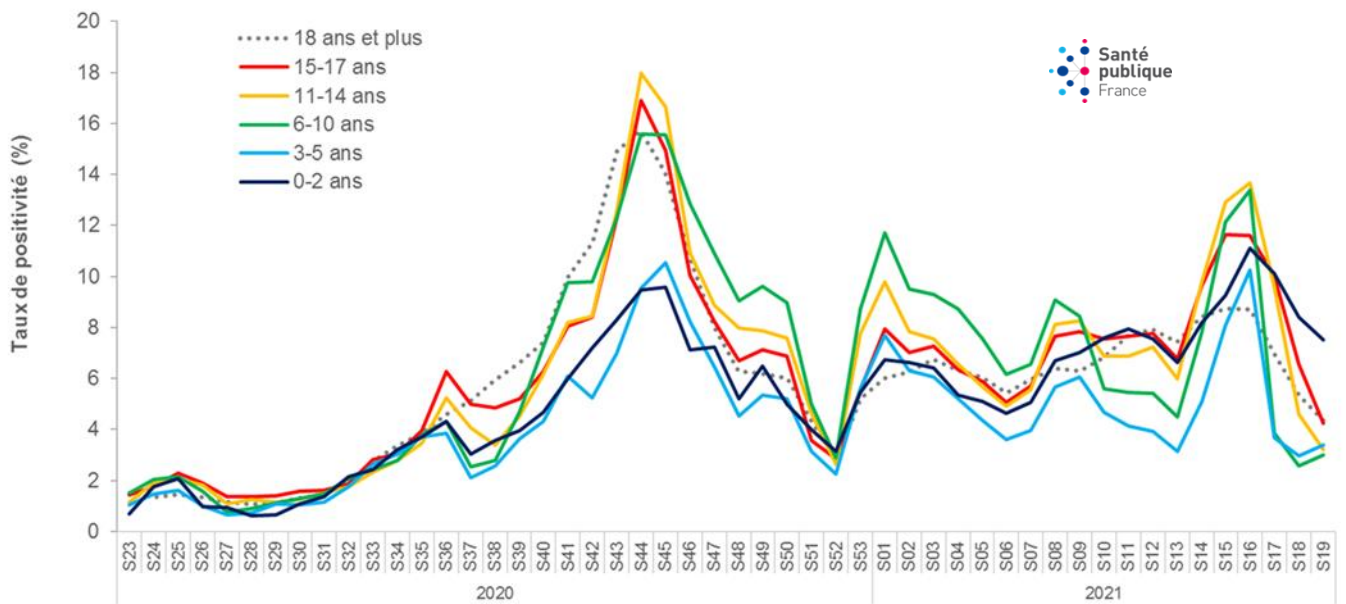
12a. Taux d'incidence



12b. Taux de dépistage



12c. Taux de positivité



Semaine 19 : données non consolidées

Source : SI-DEP

► Variants préoccupants : analyse des résultats des tests de criblage saisis dans SI-DEP

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

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

Pour plus de détails concernant l'actualité des variants, voir également les pages 18 et 57.

- **Au niveau national**, en semaine 19, sur les 116 566 tests de première intention positifs (tests RT-PCR et antigéniques) enregistrés dans la plateforme SI-DEP, **55,9% étaient associés à un test de criblage** lui aussi enregistré dans SI-DEP (soit 65 158 tests positifs criblés). Parmi ces tests positifs criblés, **77,9%** (50 749) correspondaient à une suspicion de **variant 20I/501Y.V1** (vs 79,5% en S18) et **5,9%** (3 841) à une suspicion de variant **20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3** (vs 5,6% en S18).
- La proportion de tests positifs criblés variait peu selon la classe d'âge : de 53,4% chez les 20-29 ans à 61,8% chez les 0-9 ans (Tableau 1).
- La proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1 était comprise entre 71,1% chez les 90 ans et plus et 79,6% 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 6,6% 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 19 mai 2021)

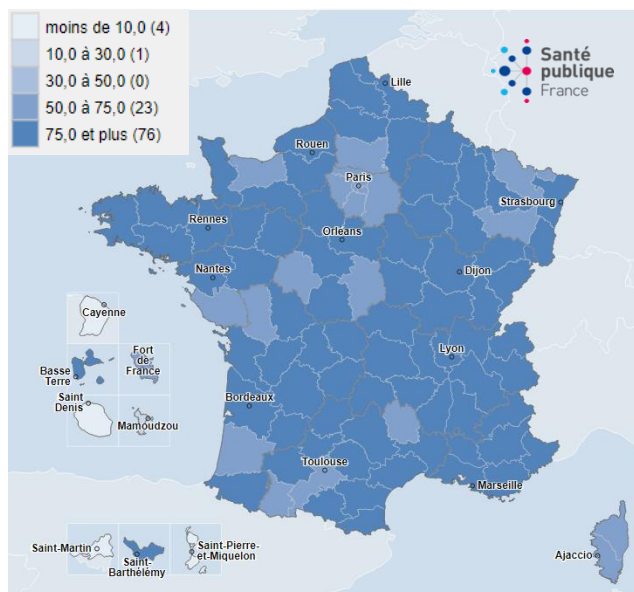
Âge (ans)	Nb de tests (RT-PCR et TAG)	Nb de tests positifs (RT-PCR et TAG)	PCR de criblage		20I/501Y.V1		20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3	
			N	%*	N	%**	N	%**
0-9	267 188	9 550	5 898	61,8	4 494	76,2	262	4,4
10-19	411 266	17 822	9 929	55,7	7 899	79,6	524	5,3
20-29	360 406	19 987	10 681	53,4	8 252	77,3	658	6,2
30-39	343 356	19 728	10 908	55,3	8 564	78,5	717	6,6
40-49	292 900	17 456	9 826	56,3	7 770	79,1	615	6,3
50-59	273 228	14 812	8 417	56,8	6 579	78,2	530	6,3
60-69	189 979	8 746	4 918	56,2	3 777	76,8	294	6,0
70-79	119 628	4 399	2 370	53,9	1 784	75,3	126	5,3
80-89	73 530	2 694	1 483	55,1	1 112	75,0	78	5,3
90 et plus	34 323	1 291	710	55,0	505	71,1	36	5,1
Inconnu	2 317	81	18	22,2	13	72,2	1	5,6
Tous	2 368 121	116 566	65 158	55,9	50 749	77,9	3 841	5,9

* Parmi les tests positifs.

** Parmi les PCR de criblage.

- Ces variants ont été détectés dans toutes les régions métropolitaines, avec des disparités départementales. Parmi les **départements métropolitains**, la proportion du variant 20I/501Y.V1 était supérieure à 80% dans 60 départements et **supérieure à 90% dans 17 d'entre eux** (Figure 13).
- **Huit départements** avaient une **proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 entre 10% et 20%** (vs neuf départements en S18).
- 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 (94,7%) et à La Réunion (55,3%). On note toujours une **très forte proportion de suspicions de variant 20I/501Y.V1** en Guadeloupe (92,1%) et en Martinique (60,0%) (Figures 13 et 14).

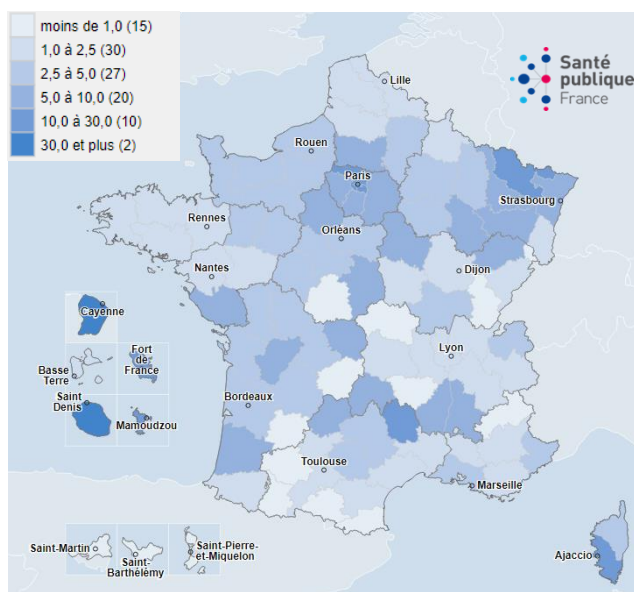
Figure 13. Proportion (%) de suspicions de variant préoccupant 20I/501Y.V1 parmi les tests de criblage positifs pour le SARS-CoV-2, par département, France (données au 19 mai 2021)



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 14. 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 19 mai 2021)



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

Source : SI-DEP

SURVEILLANCE GÉNOMIQUE DU SARS-CoV-2

Résultats de l'enquête Flash #8

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

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

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

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

► Enquête Flash #8 du 27 avril 2021

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

- L'enquête Flash #8 du 27 avril 2021 a porté sur **1 533 prélèvements provenant de 13 régions de France** (Tableau 3).
- L'enquête Flash #8 confirme la **prédominance du variant préoccupant 20I/501Y.V1 (87,5% des séquences interprétables)**, la proportion de ce variant étant en légère diminution par rapport à celle de Flash #7 (88,7%). Les variants préoccupants 20H/501Y.V2, 20J/501Y.V3 et 20I/484K ont été également détectés mais en proportions plus faibles et en augmentation (respectivement à 6,8%, 0,6% et 1,2% vs 4,6%, 0,4% et 0,8% dans Flash #7).

- Le variant 20I/501Y.V1 représentait plus de 80% des résultats quelle que soit la classe d'âge (Tableau 4) et était particulièrement présent en Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire, Normandie et Provence-Alpes-Côte d'Azur (> 93% des séquences interprétables) (Tableau 3). Le variant **20H/501Y.V2**, identifié dans toutes les classes d'âge, était particulièrement présent dans le Grand Est (25,7%), en Centre-Val de Loire (11,3%) et en Île-de-France (10,9%) (Tableau 3). **Cependant, les résultats de la région Grand Est sont à interpréter avec prudence du fait du suréchantillonnage en Moselle et des faibles effectifs.** Le variant préoccupant **20I/484K** a été identifié dans la quasi-totalité des classes d'âge, à l'exception des 0-9 ans et des 90 ans et plus (Tableau 4), mais seulement dans quatre régions (Hauts-de-France, Île-de-France, Bretagne et Pays de la Loire) (Tableau 3).

- Les suréchantillonnages réalisés dans les départements des **Alpes-Maritimes, Vendée, Finistère et Moselle** ont permis de déterminer que respectivement 98,1%, 91,5%, 88,3% et 60,0% des souches circulant dans ces départements appartenaient au clade¹ 20I/501Y.V1. Le variant 20H/501Y.V2 représentait respectivement 1,9%, 6,4%, 4,3% et 40,0% des souches interprétables de ces départements (Tableau 2). À noter que malgré le suréchantillonnage prévu dans la Creuse, aucun prélèvement de ce département n'a été envoyé.

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

Départements suréchantillonnés	20A/214 Ins		20A/477N (B.1.620)		20H/501Y.V2		20I/484K		20I/501Y.V1	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alpes-Maritimes	0	-	0	-	1	1,9	0	-	51	98,1
Finistère	1	1,1	6	6,4	4	4,3	0	-	83	88,3
Moselle	0	-	0	-	8	40,0	0	-	12	60,0
Vendée	0	-	0	-	3	6,4	1	2,1	43	91,5

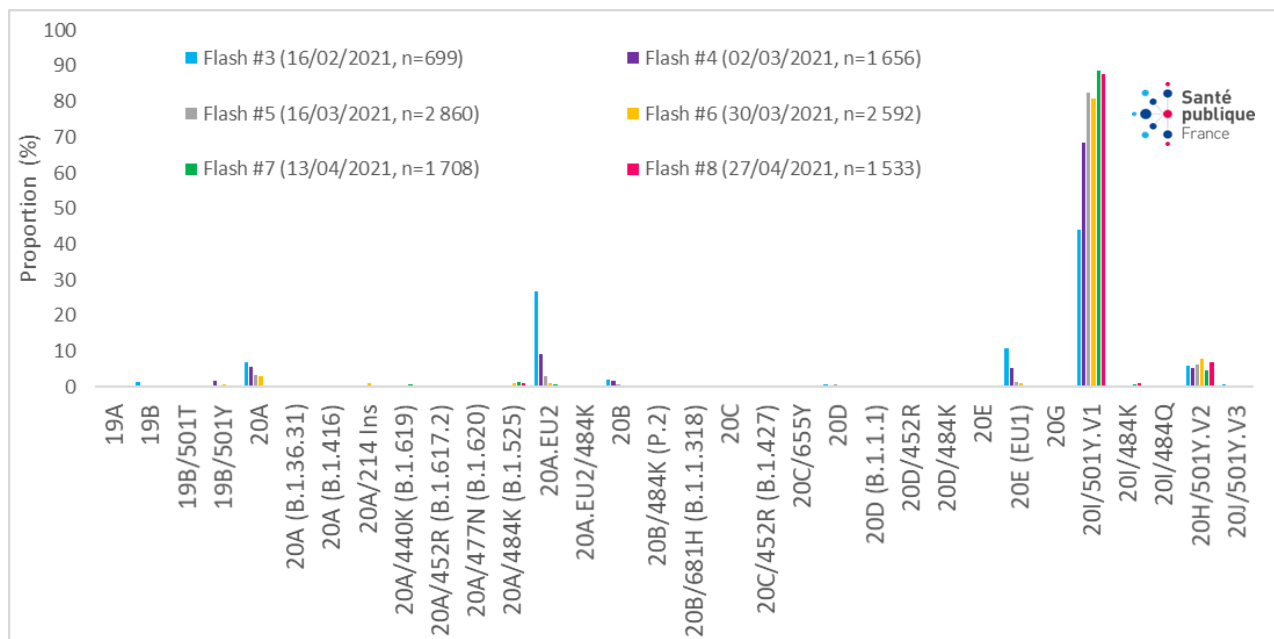
► Évolution des différents clades et variants au cours des enquêtes Flash #3 à #8 du 16 février 2021 au 27 avril 2021

- La comparaison des résultats des enquêtes Flash, basées sur un échantillonnage aléatoire des prélèvements, permet de mesurer l'évolution de la part des lignages et variants du SARS-CoV-2 circulant sur le territoire français au cours du temps. La figure 15 montre la forte augmentation de la proportion du variant préoccupant 20I/501Y.V1 entre février et avril 2021, une augmentation qui semble ralentir au cours des dernières semaines. Dans Flash #8, la proportion du variant 20H/501Y.V2 est de 6,8% (Flash #3 : 6,0% ; Flash #4 : 5,5% ; Flash #5 : 6,4% ; Flash #6 : 7,8% et Flash #7 : 4,6%) et celle du variant 20J/501Y.V3 est de 0,6% (Flash #3 : 0,6% ; Flash #4 : 0,1% ; Flash #5 : 0,3% ; Flash #6 : 0,4% et Flash #7 : 0,4%). Pour le variant 20I/484K, lors de cette nouvelle enquête, la proportion est de 1,2% et est en augmentation (Flash #3 : 0,0% ; Flash #4 : 0,0% ; Flash #5 : 0,1% ; Flash #6 : 0,5% et Flash #7 : 0,8%). Tous les autres lignages sont stables ou en diminution.

- De manière générale, la proportion de variants arborant la mutation E484K a augmenté au cours des différentes enquêtes Flash et atteint 11,1% pour Flash #8 (Flash #3 : 6,6%, Flash #4 : 5,8%, Flash #5 : 7,1%, Flash #6 : 10,5% et Flash #7 : 8,7%).

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

Figure 15. Évolution des résultats de séquençage par clade, enquêtes Flash #3 à #8, données au 18 mai 2021, France



- L'enquête Flash #9, basée sur un échantillonnage de prélèvements aléatoires, a été conduite le 11 mai 2021 ; ses résultats seront restitués dans un prochain point épidémiologique.

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

Tableau 3. Résultats de séquençage, par région du laboratoire préleveur, enquête Flash #8, 27 avril 2021, France (n=1 533 prélèvements)

Région du laboratoire préleveur	Prélèvements (N)	19A (%)	19B (%)	20A (%)	20A/214 Ins (%)	20A/440K (B.1.619) (%)	20A/452R (B.1.617.2) (%)	20A/477N (B.1.620) (%)	20A/484K (B.1.525) (%)	20A.EU2 (%)	20A.EU2/484K (%)	20B (%)	20B/681H (B.1.1.318) (%)	20I/501Y.V1 (%)	20I/484K (%)	20H/501Y.V2 (%)	20J/501Y.V3 (%)	Total (%)
ARA	218	-	-	-	0,5	0,5	1,0	-	1,0	-	-	-	0,5	91,2	-	5,2	-	100
BFC	67	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	-	3,2	-	85,7	-	9,5	-	100
BRE	172	-	-	-	0,6	-	-	3,7	1,2	-	-	-	-	89,6	0,6	4,3	-	100
CVL	69	-	-	-	-	-	-	1,6	1,6	-	-	-	-	85,5	-	11,3	-	100
COR	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92,0	-	8,0	-	100
GE	38	-	-	2,9	-	2,9	-	2,9	-	-	-	-	-	65,7	-	25,7	-	100
HDF	50	-	4,3	2,1	2,1	-	-	-	-	6,4	2,1	-	-	74,5	6,4	2,1	-	100
IDF	389	0,3	-	0,3	-	0,8	-	-	2,9	-	-	0,3	-	80,7	3,1	10,9	0,8	100
NOR	69	-	-	-	-	-	-	-	1,5	-	-	-	-	94,1	-	4,4	-	100
NA	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95,7	-	2,9	1,4	100
OCC	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90,3	-	3,2	6,5	100
PDL	146	-	-	-	-	0,7	-	-	-	-	-	-	-	94,2	0,7	4,3	-	100
PACA	185	-	-	-	-	-	-	-	0,6	2,2	-	-	-	93,4	-	2,2	1,7	100
Total	1 533	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	0,1	0,5	1,2	0,5	0,1	0,2	0,1	87,5	1,2	6,8	0,6	100

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

Tableau 4. Résultats de séquençage, par classe d'âge, enquête Flash #8, 27 avril 2021, France (n=1 533 prélèvements)

Classe d'âge	Prélèvements (N)	19A (%)	19B (%)	20A (%)	20A/214 Ins (%)	20A/440K (B.1.619) (%)	20A/452R (B.1.617.2) (%)	20A/477N (B.1.620) (%)	20A/484K (B.1.525) (%)	20A.EU2 (%)	20A.EU2/484K (%)	20B (%)	20B/681H (B.1.1.318) (%)	20I/501Y.V1 (%)	20I/484K (%)	20H/501Y.V2 (%)	20J/501Y.V3 (%)	Total (%)
0-9	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94,0	-	6,0	-	100
10-19	150	-	-	-	0,7	-	-	1,4	1,4	-	-	-	-	91,8	1,4	3,4	-	100
20-29	251	-	-	-	0,4	0,4	0,4	-	1,3	-	0,4	-	-	89,0	0,8	6,8	0,4	100
30-39	207	-	-	-	-	0,5	-	0,5	1,0	0,5	0,5	-	0,5	89,1	1,0	6,5	-	100
40-49	211	-	-	-	-	0,5	-	1,0	2,0	-	-	-	-	84,3	0,5	11,2	0,5	100
50-59	241	0,4	-	0,9	-	0,4	0,4	0,9	1,3	0,9	-	-	-	86,3	2,1	6,0	0,4	100
60-69	164	-	0,6	-	-	0,6	-	0,6	1,9	0,6	-	0,6	-	86,2	1,3	6,9	0,6	100
70-79	106	-	-	-	1,0	-	-	-	1,0	2,9	-	-	-	86,3	1,0	7,8	-	100
80-89	97	-	-	1,1	-	1,1	-	-	-	-	1,1	-	-	85,6	2,2	4,4	4,4	100
≥ 90	54	-	2,1	-	-	-	-	-	-	2,1	-	-	-	85,1	-	8,5	2,1	100
Total	1 533	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	0,1	0,5	1,2	0,5	0,2	0,1	0,1	87,5	1,2	6,8	0,6	100

ACTIVITÉ D'IDENTIFICATION DES CONTACTS

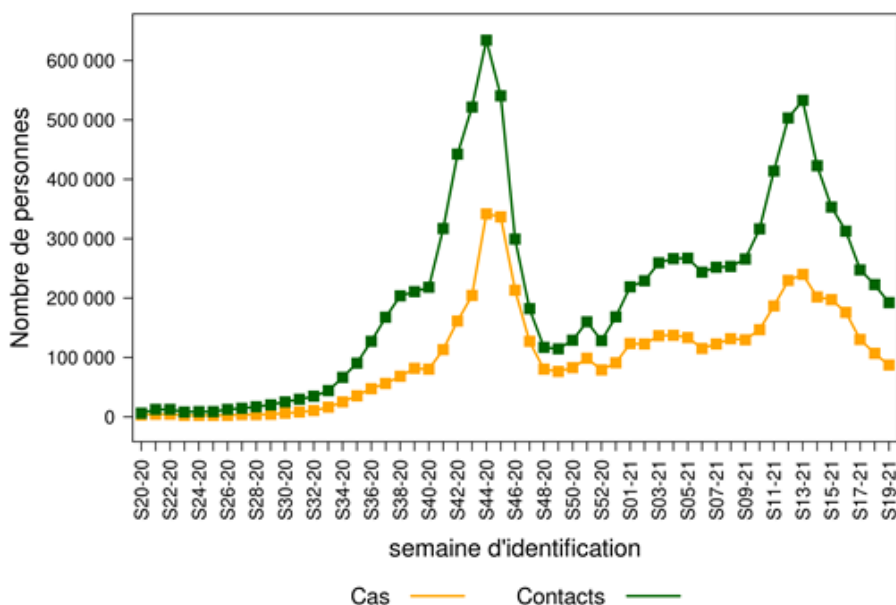
Le suivi des personnes-contacts des cas de SARS-CoV-2 vise à : 1- limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas ; 2- détecter et briser les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes-contacts à risque et leur isolement ; 3- repérer d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle. Cette stratégie repose sur une organisation en trois niveaux mobilisant les professionnels de santé de médecine de ville et des établissements de santé, l'Assurance maladie et les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France. Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale de l'assurance maladie) dans le cadre des actions de suivi des contacts (base de données individuelles ContactCovid) complètent les données de surveillance pour évaluer la situation épidémiologique. Les personnes-contacts identifiées dans ContactCovid peuvent être appelées, ou uniquement contactées via un SMS renvoyant vers une page Internet dédiée, contenant les informations utiles sur les mesures sanitaires à respecter et sur leurs droits. Depuis le 26 avril 2021, les enfants faisant partie d'une classe fermée en raison du SARS-CoV-2 ne sont plus saisis en tant que personnes-contacts à risque dans ContactCovid si le contact à risque a eu lieu au sein de la classe. La [définition des contacts à risque](#) est disponible sur le site de Santé publique France.

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

- En S19, le **nombre total de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts dans ContactCovid était en baisse pour la sixième semaine consécutive** : respectivement 87 001 nouveaux cas (soit -15,3% par rapport à S18 : 106 922) et 192 149 personnes-contacts (soit -12,3% par rapport à S18 : 222 540) (Figure 16).

- En S19, l'âge moyen des cas et des personnes-contacts à risque était en légère diminution (respectivement 36, 37 et 38 ans en S19, S18 et S17 pour les cas ; 29, 29 et 31 ans en S19, S18 et S17 pour les personnes-contacts). Parmi les personnes-contacts à risque, la part des 65 ans et plus était également en baisse (5,8% vs 6,3% en S18).

Figure 16. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque enregistrés par semaine, du 13 mai 2020 au 16 mai 2021, France

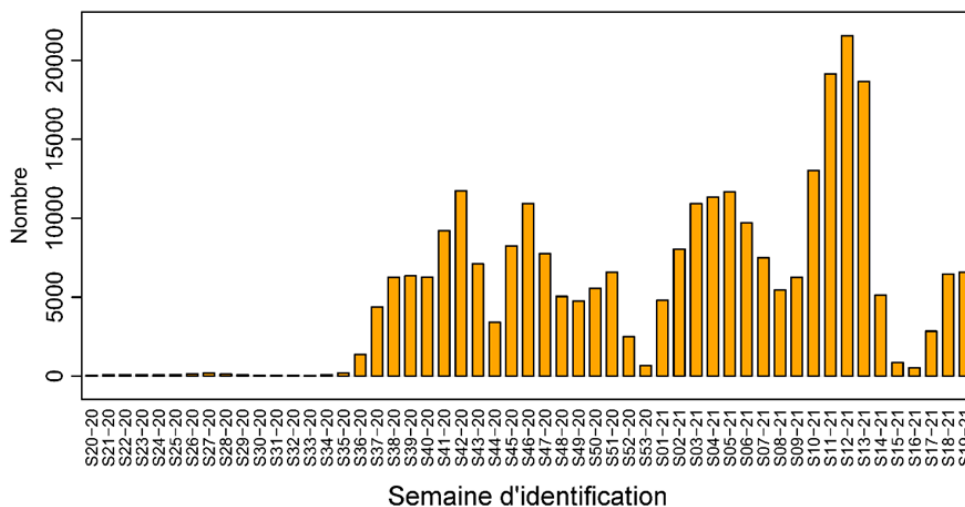


* Le nombre de cas enregistrés diffère des données de surveillance issues de SI-DEP du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid. En semaine 43-2020, les nombres de cas confirmés et de personnes-contacts à risque enregistrés sont sous-estimés en raison d'un problème technique. En raison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

Source : ContactCovid – Cnam

- En lien avec la réouverture des écoles le 26 avril (S17), le **nombre de cas ayant fréquenté le milieu scolaire était de 6 581 en S19 (vs 6 459 en S18 et 2 847 en S17)**, mais restait toujours en-deçà des valeurs observées en S12 (Figure 17). Parmi ces cas, 50% avaient entre 10 et 18 ans et 19% avaient plus de 18 ans.

Figure 17. Nombre de cas rapportés ayant fréquenté un milieu scolaire (avant ou après le début des signes), par semaine, du 13 mai 2020 au 16 mai 2021, France



Source : ContactCovid - Cnam

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

- En S19, la proportion de cas (96%) et de personnes-contacts à risque (96%) ayant pu être investigués par l'Assurance maladie était inchangée et à un niveau élevé.
- 12,1% des personnes-contacts à risque ont été investigués *via* le site Internet dédié (vs 14,6% en S18 et 33,6% en S13), sans être appelées directement.

► Délai de diagnostic des cas symptomatiques

- En S19, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et de prélèvement pour diagnostic par RT-PCR ou tests antigéniques renseignées (soit 56,2% des cas), **le délai moyen de diagnostic était inchangé à 2,0 jours** (valeur identique depuis S15). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.
- Le délai entre l'enregistrement d'une personne-contact à risque dans ContactCovid et le dernier contact de cette personne avec son cas index était stable avec une valeur moyenne de 3,0 jours (valeur identique depuis S17).

► Nombre de personnes-contacts à risque par cas

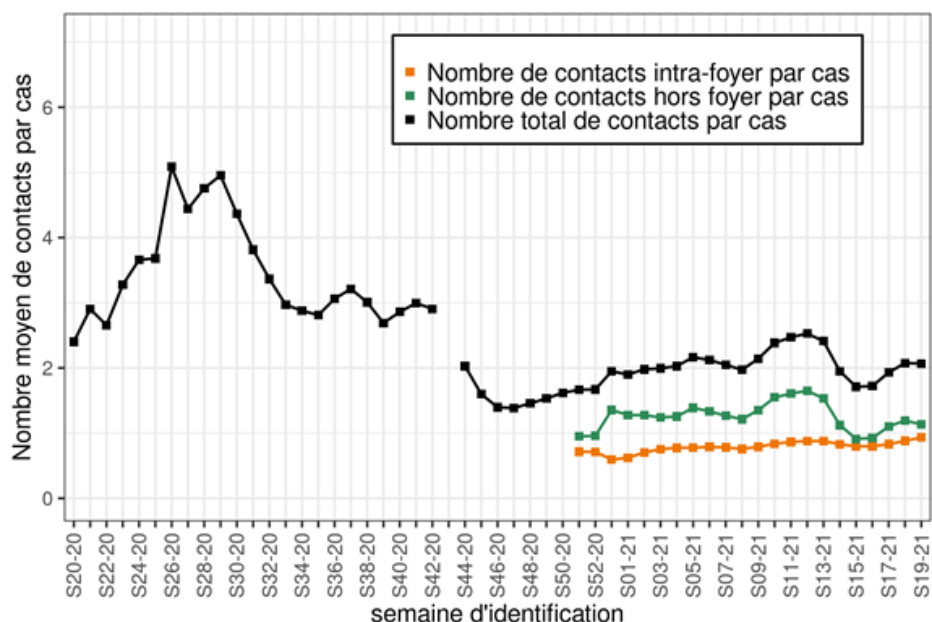
- **Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas a légèrement augmenté en S18 pour la deuxième semaine consécutive** (2,1 en S18 vs 1,9 en S17 et 1,7 en S16) **puis s'est stabilisé en S19** (2,1). (Figure 18).

- Le pourcentage de cas ne rapportant aucune personne-contact à risque était en diminution pour la troisième semaine consécutive à 40,9% (vs 44,8% en S16). Cette situation représentait 66,3% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 35,9% des cas âgés de 15 à 44 ans.

- **Le pourcentage de cas rapportant plus de cinq personnes-contacts à risque était en augmentation pour la troisième semaine consécutive**, à 9,4% (données non consolidées) vs 9,1% en S18, 8,3% en S17 et 7,1% en S16 (données consolidées). Cette situation représentait seulement 2,7% des cas âgés de 75 ans et plus, contre 11,2% 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 2,4).

Figure 18. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas (intra-foyer, hors foyer et les deux confondus), par semaine, du 13 mai 2020 au 16 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.

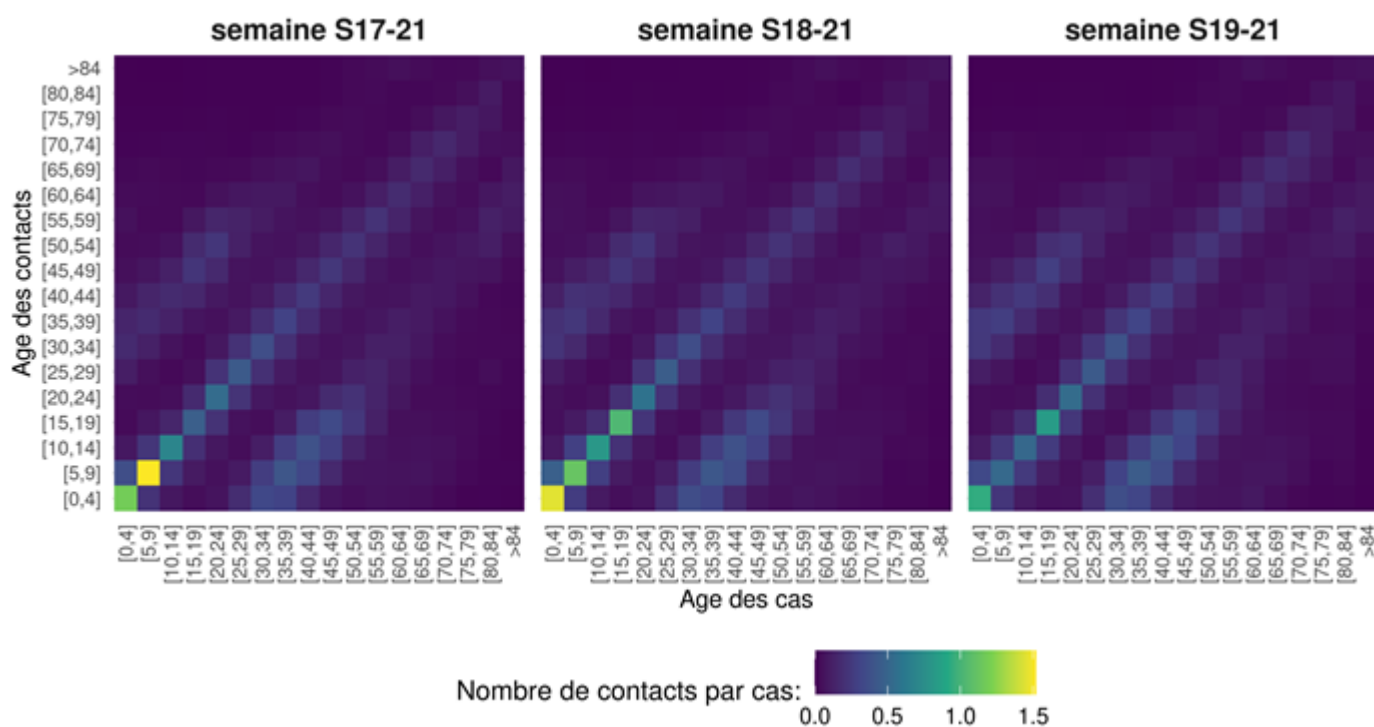
S19-2021 : valeur non consolidée.

Source : ContactCovid - Cnam

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

- En S19, les cas âgés de moins de 65 ans avaient toujours peu de contacts à risque avec des personnes âgées de 65 ans et plus (moins de 8,6% de leurs personnes-contacts). À l'inverse, plus de 31,8% des personnes-contacts des cas de plus de 65 ans avaient elles-mêmes plus de 65 ans.
- Le nombre de contacts diminuait entre les personnes de moins de 20 ans et surtout parmi celles de moins de 10 ans (Figure 19). Il augmentait aussi légèrement pour les cas de plus de 65 ans. Pour les autres classes d'âge, le nombre de contacts à risque par cas était globalement stable sur les trois dernières semaines.

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



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

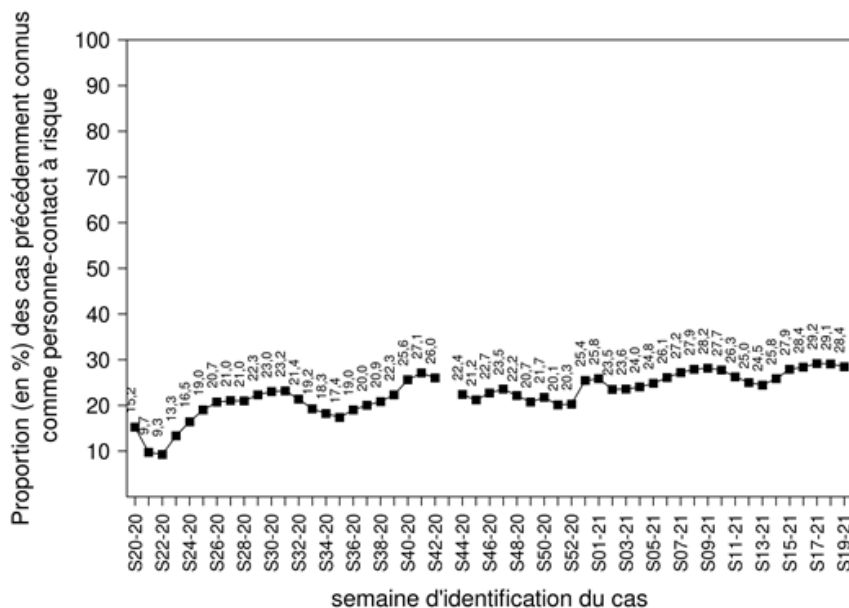
Valeurs calculées quand l'information est disponible pour au moins 30 cas.

Source : ContactCovid – Cnam

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

- En S19, la proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque d'un autre cas (28,4%) était stable par rapport à S18 (29,1%) (Figure 20).
- Au 16 mai, **10,9% des personnes-contacts identifiées en S18 étaient devenues des cas** (données non consolidées), soit une diminution de 1 point pour la deuxième semaine consécutive. Ce pourcentage était **plus élevé pour les personnes-contacts de cas symptomatiques** (13,4%) que de cas asymptomatiques (6,9%). La proportion de personnes-contacts devenues des cas était également plus élevée **lorsque leur cas index appartenait au même foyer qu'elles** (17,0%) que lorsque cela n'était pas le cas (6,7%).

Figure 20. Proportion des cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque par semaine, du 13 mai 2020 au 16 mai 2021, France



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

Source : ContactCovid - Cnam

► Mobilité des cas et des personnes-contacts

- En S19, le pourcentage de cas ayant voyagé en France hors de leur région de résidence habituelle était en nette augmentation à 2,8% (vs 2,0% en S18 et 2,1% en S17).
- Le pourcentage de cas ayant voyagé hors de France était en légère augmentation à 1,2% (vs 1,0% en S18 et 0,9% en S17). Les pays les plus visités par ces cas étaient des pays frontaliers (Suisse, Belgique, Luxembourg, Allemagne, Espagne).

SURVEILLANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

• Du 1^{er} mars 2020 au 16 mai 2021, **31 596 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 5).

• Il s'agissait de **19 231 (61%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** (Ehpad et autres EHPA) et **12 365 (39%) dans les autres ESMS** (hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autres ESMS) (Tableau 5).

• Parmi les 31 596 signalements en ESMS, **210 027 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents (Tableau 5). Parmi les **26 348 décès survenus dans ces établissements**, 26 074 (99%) concernaient des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 5. 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 16 mai 2021, France

		EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
	Signalements ⁵	19 231	9 033	1 158	2 174	31 596
Chez les résidents	Cas confirmés ⁶	177 476	26 314	1 628	4 609	210 027
	Décès ⁷ hôpitaux	10 494	493	0	131	11 118
	Décès ⁷ établissements	26 074	218	0	56	26 348
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	88 673	19 597	1 671	2 061	112 002

¹ Établissement d'hébergement pour personnes âgées

² Établissement d'hébergement pour personnes handicapées

³ Établissement de l'Aide sociale à l'enfance

⁴ Autres établissements

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

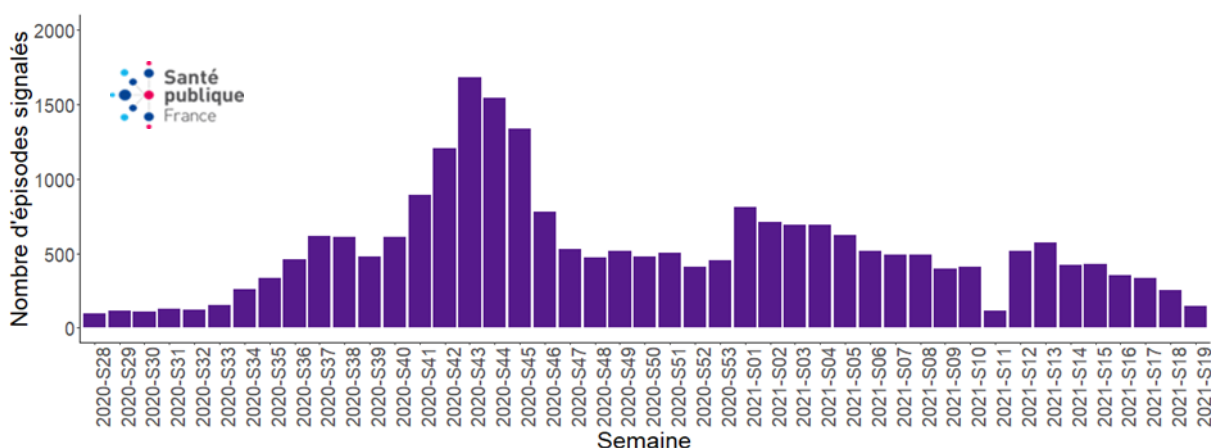
⁶ Cas de COVID-19 biologiquement confirmés

⁷ Cas possibles et confirmés décédés

• **De la semaine 05 à la semaine 09-2021, le nombre de signalements a diminué puis s'est stabilisé jusqu'en semaine 15** avec 431 signalements. À partir de la semaine 16, le nombre de signalements a de nouveau diminué (351 en S16, 332 en S17 et 255 en S18).

En semaine 19, 144 signalements ont été enregistrés. À noter que les données de S19 ne sont pas consolidées (Figure 21).

Figure 21. 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 16 mai 2021, France



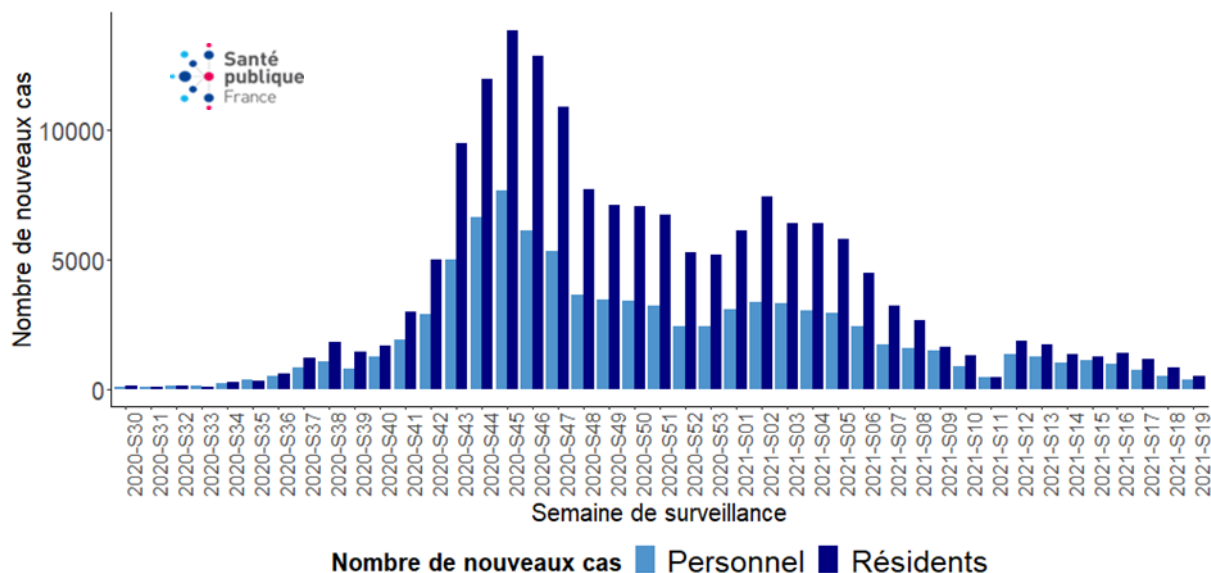
S11 : le déploiement de la nouvelle application permettant la collecte des données a entraîné une sous-déclaration cette semaine.

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

S19 : données non consolidées.

- Le nombre de cas confirmés a diminué à partir de la semaine 06-2021 et une stabilisation était constatée depuis la semaine 10. Depuis la semaine 17-2021, le nombre de cas confirmés enregistrés a de nouveau diminué (1 914 en S17 et 1 343 en S18). En semaine 19, 864 cas confirmés ont été enregistrés. À noter que les données de S19 ne sont pas consolidées (Figure 22).

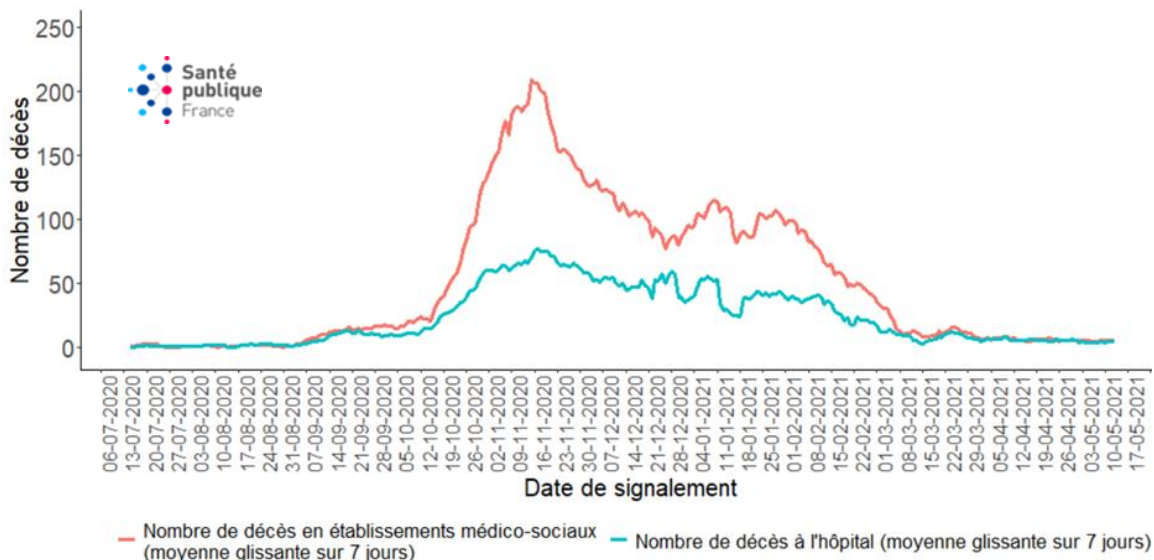
Figure 22. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS, par semaine, entre le 20 juillet 2020 et le 16 mai 2021, France



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.
 S19 : données non consolidées.

- Le nombre de décès hebdomadaires en établissement a diminué à partir de la semaine 05 et s'est stabilisé depuis la semaine 13 (37 décès ont été enregistrés en S19, 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 23). Le nombre moyen quotidien (moyenne glissante sur sept jours) est inférieur à 10 depuis le 31 mars, valeur comparable à celles observées les semaines précédant la deuxième vague (mois de septembre 2020).

Figure 23. 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 16 mai 2021, France*



* Dernières données de décès le 13 mai 2021 pour l'estimation de la moyenne glissante sur sept jours.

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

- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **486 805 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 18 mai 2021, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 19** (du 10 au 16 mai 2021), **4 724 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période (contre 6 613 passages en S18, soit -29%). Il s'agit de la **cinquième semaine de baisse** consécutive (Figure 24).

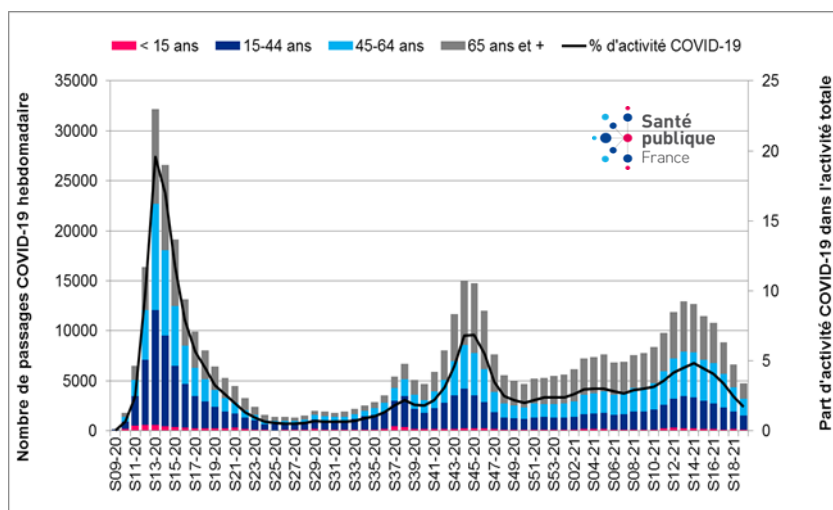
- La part d'activité (1,7% en S19 contre 2,4% en S18) était également en baisse, ainsi que le pourcentage d'hospitalisations après passages pour suspicion de COVID-19 (54% en S19 contre 57% en S18).

- Le nombre de passages pour suspicion de COVID-19 était en baisse dans toutes les classes d'âge : -29% chez les adultes (soit -1 875 passages) et -10% chez les enfants (soit -14 passages). La répartition du nombre de passages par classe d'âge restait néanmoins comparable à la semaine précédente : 0-4 ans (1%), 5-14 ans (1%), 15-44 ans (29%), 45-64 ans (36%), 65-74 ans (15%), 75 ans et plus (18%) (Figure 24).

- Les passages pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en baisse dans toutes les régions, excepté en Guadeloupe (stable) et en Guyane, toujours en hausse (+23%, soit +27 passages).

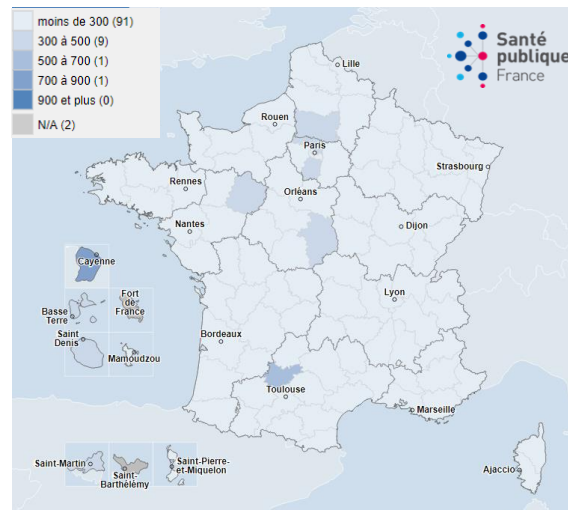
- En semaine 19 comme au cours des semaines précédentes, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, la majorité était enregistrée en Île-de-France (27%), Auvergne-Rhône-Alpes (12%), Hauts-de-France (9%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (8%).

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



Source : OSCOUR®

Figure 25. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, par département, semaine 19-2021, France



Source : OSCOUR®

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

NOMBRE DE REPRODUCTION EFFECTIF « R-effectif »

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori¹, avec une fenêtre temporelle mobile de sept jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP, des passages aux urgences (OSCOUR[®]) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. Les estimations 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 cinquième semaine consécutive.** Ainsi, au 15 mai, à partir des données virologiques (SI-DEP), elle était de **0,78** (IC95% [0,77-0,78]). À partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR[®]), l'estimation du nombre de reproduction au 15 mai était de **0,69** (IC95% [0,67-0,71]). Au 16 mai, celle obtenue à partir des données d'hospitalisations pour COVID-19 (SI-VIC) était de **0,67** (IC95% [0,65-0,69]) (Tableau 6 et Figure 26).

► Régions métropolitaines

- Les estimations du nombre de reproduction étaient significativement inférieures à 1 à partir des trois sources de données dans toutes les régions métropolitaines (Tableau 6).

► Régions d'outre-mer

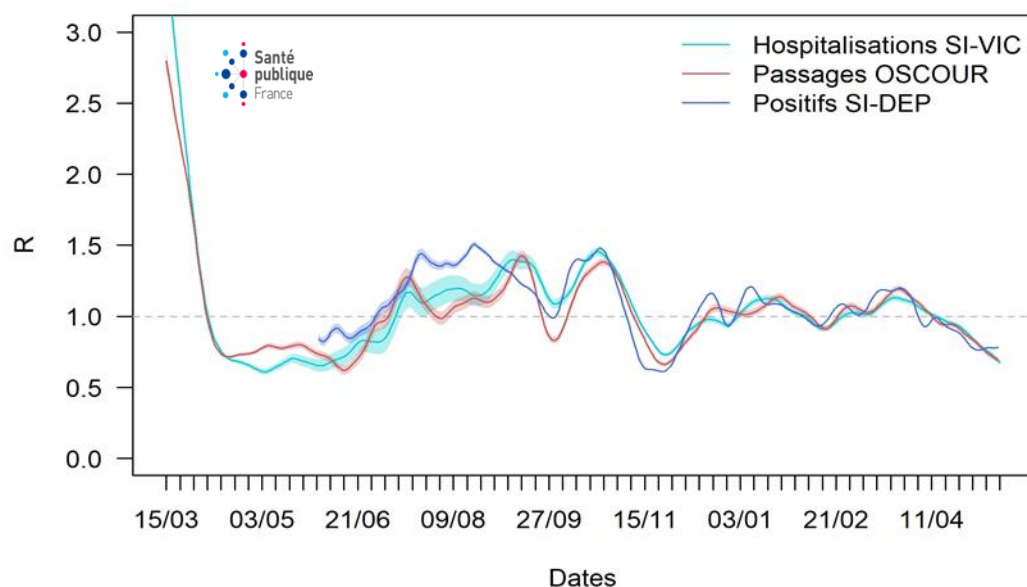
- **En Guyane**, les estimations du nombre de reproduction étaient **supérieures à 1 de façon significative à partir des données virologiques (SI-DEP) et des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR[®])**, et de façon non significative à partir des hospitalisations pour COVID-19 rapportés dans l'outil SI-VIC (Tableau 6).

- **À La Réunion**, les estimations du nombre de reproduction étaient supérieures à 1 de façon non significative à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR[®]) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC, mais elle était significativement inférieure à 1 à partir des données virologiques (SI-DEP).

- **En Guadeloupe, en Martinique et à Mayotte**, les estimations du nombre de reproduction effectif étaient significativement inférieures à 1 quelles que soient les sources de données.

[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 26. 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 16 mai 2021, France métropolitaine



Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC

Tableau 6. Nombre de reproduction effectif du 15 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 16 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	0,76 (0,75-0,77)	0,67 (0,62-0,73)	0,67 (0,62-0,73)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,81 (0,79-0,84)	0,69 (0,61-0,78)	0,71 (0,62-0,80)
	Bretagne	0,89 (0,86-0,92)	0,68 (0,56-0,80)	0,68 (0,56-0,80)
	Centre-Val de Loire	0,77 (0,75-0,80)	0,79 (0,69-0,90)	0,75 (0,65-0,85)
	Corse	0,41 (0,34-0,49)	0,54 (0,27-0,89)	NC
	Grand Est	0,81 (0,79-0,82)	0,63 (0,56-0,70)	0,62 (0,56-0,69)
	Hauts-de-France	0,83 (0,81-0,84)	0,75 (0,68-0,83)	0,76 (0,70-0,82)
	Île-de-France	0,78 (0,77-0,79)	0,71 (0,67-0,75)	0,65 (0,61-0,69)
	Normandie	0,82 (0,80-0,85)	0,87 (0,76-0,99)	0,78 (0,69-0,88)
	Nouvelle-Aquitaine	0,75 (0,73-0,77)	0,70 (0,62-0,78)	0,58 (0,50-0,66)
	Occitanie	0,70 (0,69-0,72)	0,66 (0,59-0,74)	0,64 (0,56-0,72)
	Pays de la Loire	0,86 (0,83-0,88)	0,72 (0,62-0,82)	0,75 (0,65-0,85)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,62 (0,61-0,64)	0,58 (0,52-0,64)	0,62 (0,56-0,69)
	France métropolitaine	0,78 (0,77-0,78)	0,69 (0,67-0,71)	0,67 (0,65-0,69)
France ultramarine	Guadeloupe	0,70 (0,64-0,77)	0,84 (0,64-1,05)	0,63 (0,44-0,86)
	Guyane	1,21 (1,14-1,28)	1,23 (1,03-1,44)	1,15 (0,89-1,43)
	La Réunion	0,93 (0,87-0,98)	1,06 (0,88-1,26)	1,06 (0,85-1,28)
	Martinique	0,57 (0,47-0,67)	NA	0,73 (0,42-1,13)
	Mayotte	0,64 (0,44-0,86)	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.

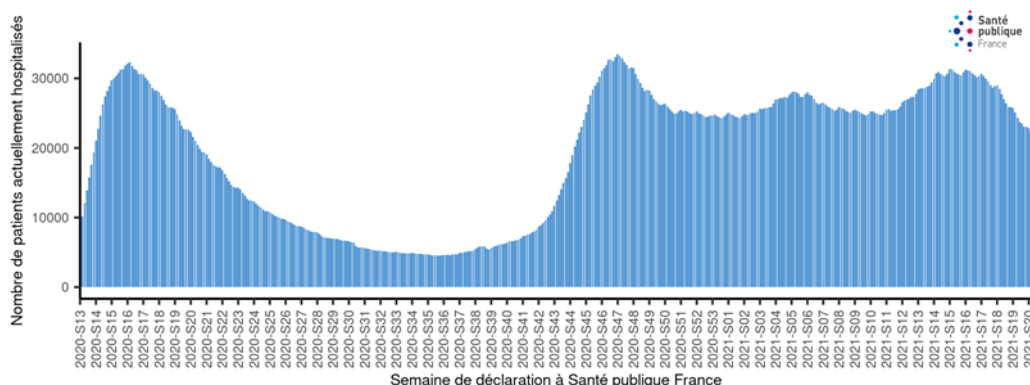
Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en services de soins critiques ou le décès d'un patient COVID-19 et la date de déclaration ou de mise à jour du statut du patient dans le système SI-VIC est fréquent. Les données par dates d'admission et de décès nécessitant en moyenne une semaine de consolidation,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

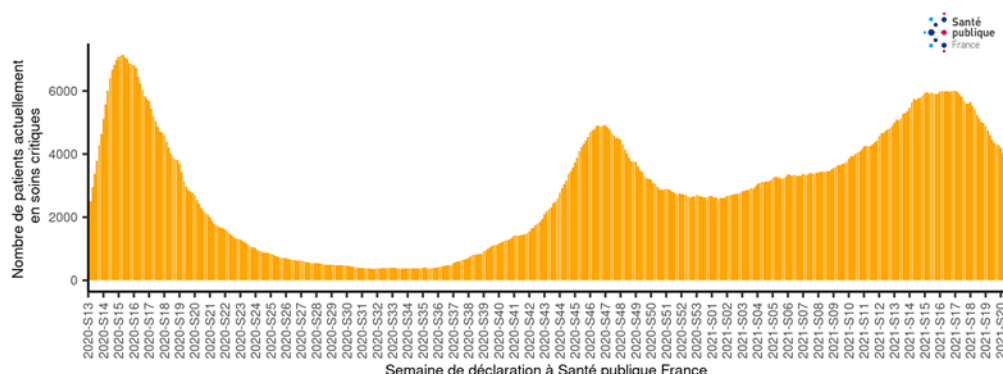
- Le 18 mai 2021, **22 118 patients COVID-19 étaient hospitalisés en France** (vs 25 088 le 11 mai, soit -12%) (Figure 27), dont :
 - 4 030 en services de soins critiques (vs 4 758 le 11 mai, soit -15%) (Figure 28 et Tableau 7). Parmi ceux-ci, 3 077 étaient en services de réanimation et 953 dans d'autres services de soins critiques (soins intensifs ou soins continus).
 - 10 709 en hospitalisation conventionnelle (soit -16%),
 - 6 889 en soins de suite et réadaptation et 490 en autres unités de soins.

Figure 27. Nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 18 mai 2021)



Source : SI-VIC

Figure 28. Nombre de patients COVID-19 en services de soins critiques, par date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 18 mai 2021)



Source : SI-VIC

- Parmi les **464 268** patients ayant été hospitalisés depuis le 1^{er} mars 2020 :
 - l'âge médian des patients était de 73 ans et 52% étaient des hommes ;
 - **81 721** patients sont décédés : 74% étaient âgés de 75 ans et plus et 58% étaient des hommes (Tableau 7).

Tableau 7. Nombre de patients COVID-19 hospitalisés (dont en services de soins critiques) le 18 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 18 mai 2021				Depuis le 1 ^{er} mars 2020	
	Hospitalisations		Dont Soins Critiques		Décès	
	N	%	N	%	N	%
Total	22 118		4 030		81 721	
Classes d'âge *						
Total	21 929		4 010		81 279	
0-14 ans	58	<1	17	<1	6	<1
15-44 ans	1 324	6	294	7	595	<1
45-64 ans	5 284	24	1 651	41	6 692	8
65-74 ans	5 423	25	1 503	37	14 064	17
75 et +	9 840	45	545	14	59 922	74
Régions *						
Total	22 058		4 015		81 692	
Métropole						
Auvergne-Rhône-Alpes	2 571	12	438	11	11 344	14
Bourgogne-Franche-Comté	906	4	138	3	4 694	6
Bretagne	647	3	70	2	1 594	2
Centre-Val de Loire	846	4	142	4	2 665	3
Corse	51	<1	6	<1	204	<1
Grand Est	1 765	8	320	8	9 971	12
Hauts-de-France	2 730	12	487	12	8 851	11
Île-de-France	5 803	26	1 237	31	19 805	24
Normandie	1 247	6	177	4	3 219	4
Nouvelle-Aquitaine	1 109	5	201	5	3 688	5
Occitanie	1 247	6	232	6	4 417	5
Pays de la Loire	610	3	118	3	2 637	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 041	9	349	9	7 820	10
Outre-mer						
La Réunion	166	<1	29	<1	186	<1
Martinique	65	<1	10	<1	93	<1
Mayotte	11	<1	6	<1	128	<1
Guadeloupe	146	<1	29	<1	271	<1
Guyane	97	<1	26	<1	105	<1

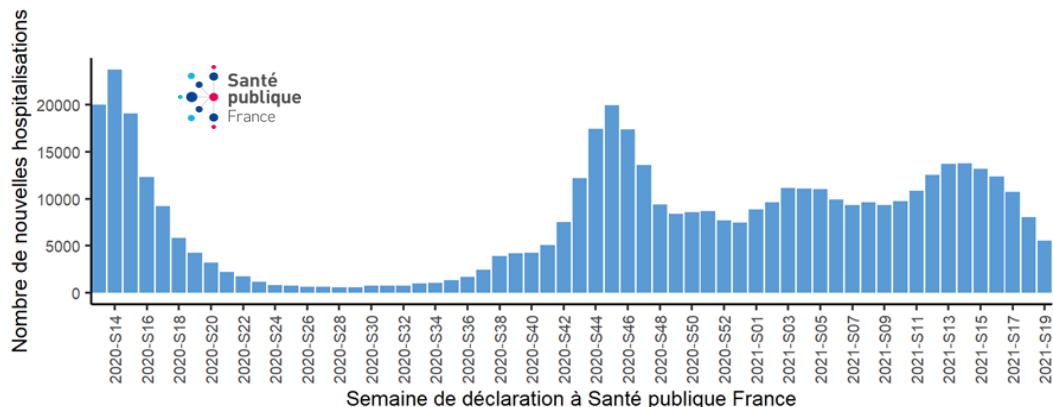
* L'information sur l'âge ou sur la région n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Source : SI-VIC

Nouvelles hospitalisations et nouveaux décès

- La diminution du nombre de déclarations de nouvelles hospitalisations, observée depuis S15, s'est poursuivie en S19 : **5 557** vs **8 062** en S18, soit **-31%** (Figure 29). En S19, 89% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

Figure 29. Nombre hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 16 mai 2021)

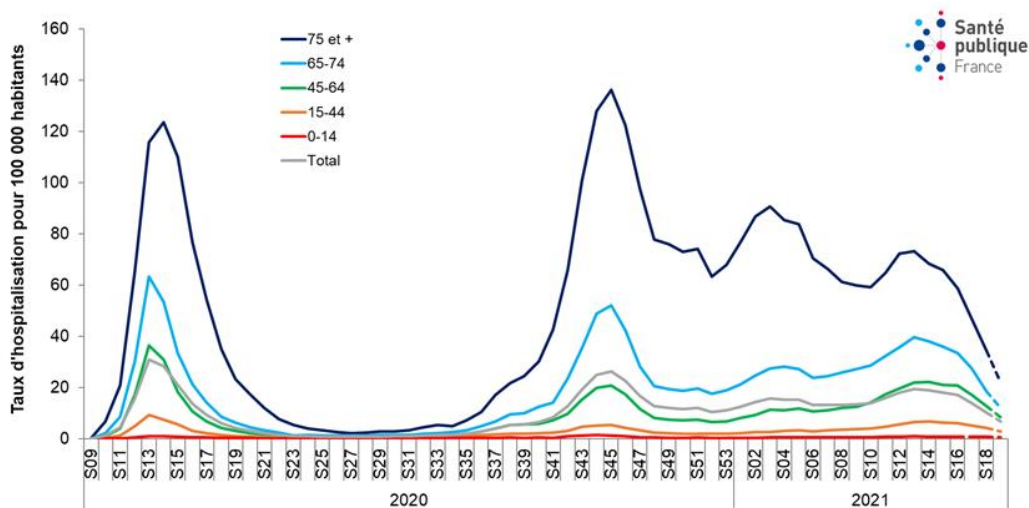


Source : SI-VIC

- Après consolidation, les **données par date d'admission à l'hôpital** montrent que le nombre de nouvelles hospitalisations a diminué en S18 (-27% par rapport à S17). Les données de S19 (-34% par rapport à S18) ne sont pas encore consolidées.

- **La diminution du taux d'hospitalisations par date d'admission** depuis S15 s'est poursuivie dans toutes les classes d'âge en S18. Les données de S19 ne sont pas encore consolidées (Figure 30).

Figure 30. 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 18 mai 2021)

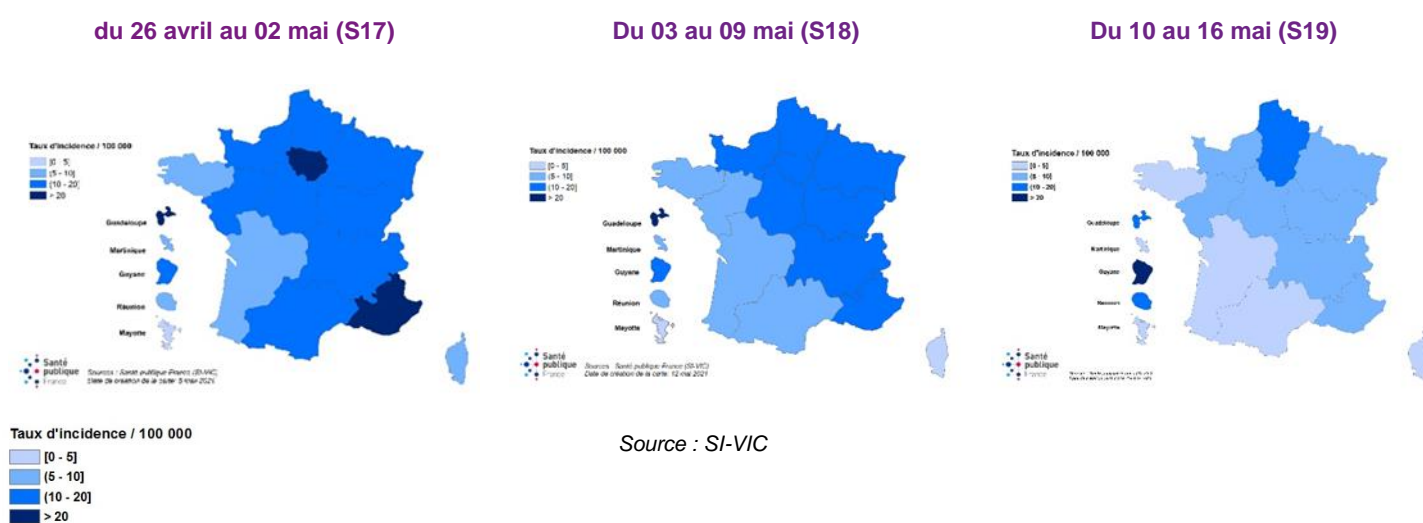


S19 : données non consolidées

Source : SI-VIC

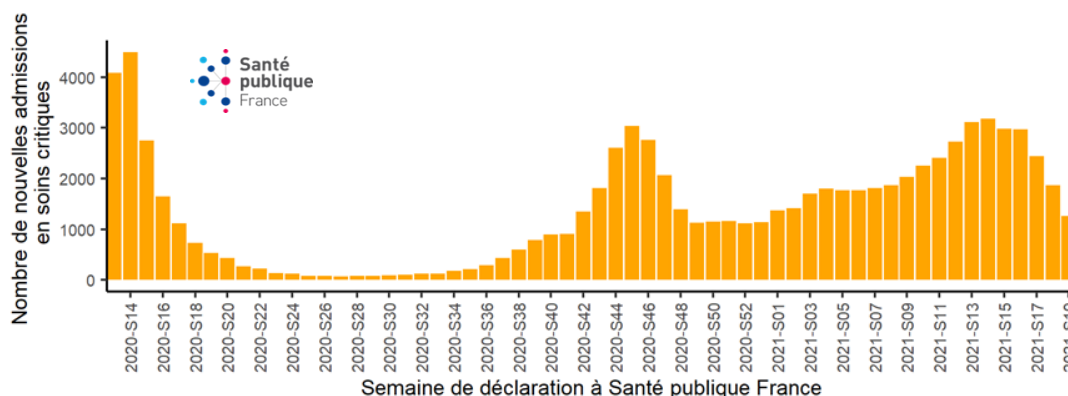
- En S19, le **taux hebdomadaire** d'hospitalisations par date de déclaration était de **8,3/100 000 habitants**, contre **12,0** en S18.
- En France métropolitaine, le taux hebdomadaire d'hospitalisations était en **diminution dans toutes les régions**.
- En S19, les **taux d'hospitalisations les plus élevés** de métropole étaient enregistrés en **Île-de-France** (11,6/100 000 habitants) et **Hauts-de-France** (11,6). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 9,9 pour 100 000 habitants (Figure 31).
- **En Outre-mer, les plus forts taux d'hospitalisations en S19** étaient observés en **Guyane** (22,7 pour 100 000 habitants), en augmentation par rapport à S18 (+16%, soit +9 hospitalisations), en **Guadeloupe** (13,5), en diminution par rapport à S18 (-33%, soit -25 hospitalisations) et à La Réunion (10,8), en augmentation par rapport à S18 (+17 hospitalisations). Il était en diminution en Martinique (-18 hospitalisations) et à Mayotte (-11 hospitalisations).

Figure 31. Évolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, du 26 avril au 16 mai 2021 (S17 à S19, date de déclaration), France



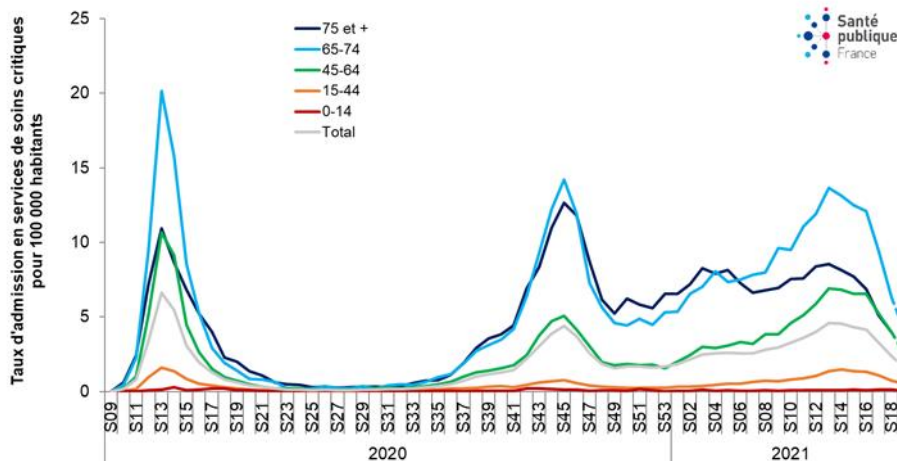
- La diminution observée en S17 du nombre de déclarations de **nouvelles admissions en services de soins critiques de patients COVID-19** s'est poursuivie en S19 : **1 256** contre **1 865** en S18, soit **-33%** (Figure 32). Parmi ces admissions :
 - **95%** des patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19 ;
 - le nombre de nouvelles déclarations d'admission en services de réanimation était de **853** (vs 1 246 en S18, soit -32%).

Figure 32. 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 16 mai 2021)



- Après consolidation, les **données par date d'admission en services de soins critiques** montrent que le nombre de nouvelles admissions a diminué en S18 (-28% par rapport à S17). Les données de S19 (-33% par rapport à S18) 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 S18. Les données de S19 ne sont pas consolidées. Les effectifs réduits des hospitalisations dans la classe des 0-14 ans ne permettent pas d'interpréter les différences par rapport aux semaines précédentes (Figure 33).

Figure 33. 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 18 mai 2021)

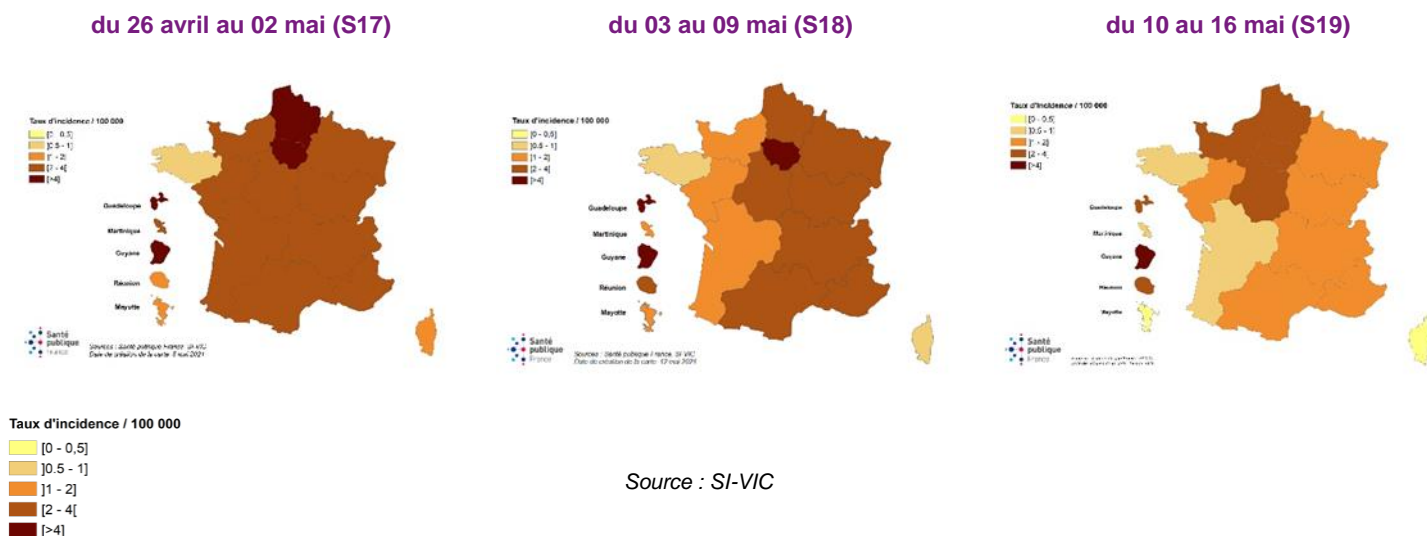


S19 : données non consolidées

Source : SI-VIC

- Le **taux hebdomadaire** de nouvelles admissions de patients COVID-19 en services de soins critiques par date de déclaration était de **1,9 pour 100 000 habitants** en S19 contre 2,8 en S18.
- **En France métropolitaine, le taux d'admissions en services de soins critiques** en S18 était en **diminution dans tous les régions**, excepté en **Normandie** où il était en augmentation (cette tendance étant à confirmer une fois les données par date d'admission consolidées).
- En S19, les **plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de soins critiques** en métropole étaient rapportés en **Île-de-France** (2,8/100 000 habitants), dans les **Hauts-de-France** (2,6), en **Centre-Val de Loire** (2,6) et en **Normandie** (2,4). Les autres régions métropolitaines enregistraient des taux inférieurs à 1,9 pour 100 000 habitants (Figure 34).
- **En Outre-mer, les plus forts taux hebdomadaires d'admissions en services de soins critiques** en S19 étaient observés en **Guyane** (6,2/100 000 habitants), en augmentation par rapport à S18 (+6 hospitalisations) et en **Guadeloupe** (3,2), en légère diminution par rapport à S18 (-4 hospitalisations). Il était de 2,4 à **La Réunion** (-2 hospitalisations), 0,8 en **Martinique** (-3 hospitalisations) et 0,4 à **Mayotte** (-4 hospitalisations).

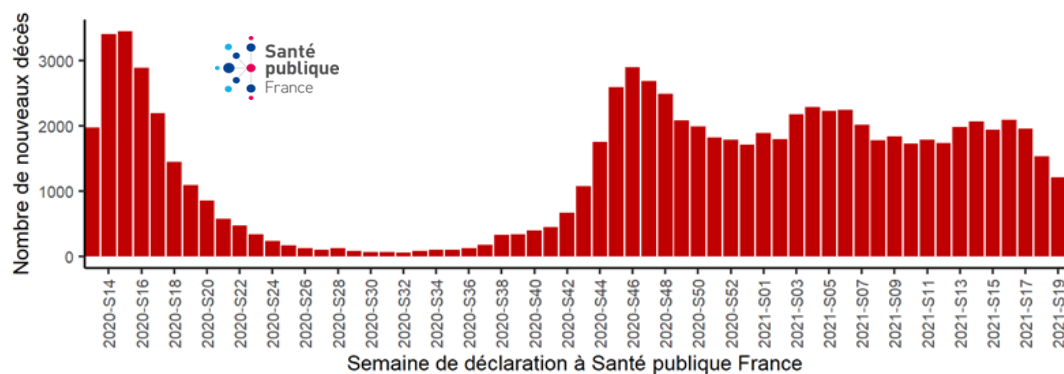
Figure 34. Évolution du taux hebdomadaire d'admission en services de soins critiques de patients COVID-19 pour 100 000 habitants par région, du 26 avril au 16 mai 2021 (S17 à S19, par date de déclaration), France



● La diminution observée depuis S17 du nombre de déclarations de décès de patients COVID-19 survenus au cours d'une hospitalisation s'est poursuivie en S19 : **1 211** décès contre **1 537** en S18 (soit -21%) (Figure 35). En S19, 91% de ces patients étaient hospitalisés pour traitement de la COVID-19.

● Après consolidation, les **données par date de survenue du décès à l'hôpital** montrent une diminution du nombre de décès **en S18** (-15% par rapport à S17). Les données de S19 (-34% par rapport à S18) ne sont pas encore consolidées.

Figure 35. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès de patients COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 23 mars 2020, France (données au 16 mai 2021)



● Le **taux hebdomadaire** de décès de patients COVID-19 était de **1,8 pour 100 000 habitants** en S19, contre 2,3 en S18.

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

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

- Entre le 05 octobre 2020 et le 18 mai 2021, parmi les **12 965 patients signalés avec un diagnostic confirmé de COVID-19, 69% étaient des hommes**. Cette proportion a diminué entre les périodes septembre-décembre 2020 et janvier-mai 2021 (72% vs 67%, $p < 0,001$). **L'âge médian des patients a également diminué, passant de 68 ans** (intervalle interquartile (IIQ) : [60-75]) **à 65 ans** (IIQ : [56-72]) ($p < 0,001$), avec une **proportion de patients âgés de 65 ans et plus passant de 63% à 51%** ($p < 0,001$). **À l'inverse, la part des cas de 45-64 ans a augmenté sur la période de janvier à mai par rapport à la période précédente** (39% vs 31%, $p < 0,001$). **La proportion de cas pédiatriques (0-14 ans) restait comparable entre les deux périodes (<1%)**. 154 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** ($IMC \geq 30 \text{ kg.m}^{-2}$), **l'hypertension artérielle** et **le diabète** (Tableau 8).

- Parmi les 10 427 patients pour lesquels l'information était renseignée, **47% ont présenté un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) sévère au cours de leur séjour**. Cette proportion reste comparable entre les deux périodes. La prise en charge ventilatoire était renseignée pour 10 566 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 était plus élevée en janvier-mai 2021 qu'en septembre-décembre 2020 (48% vs 43%). Inversement, la proportion de patients ayant nécessité une ventilation invasive était en baisse (40% vs 45% en septembre-décembre 2020). Il est à noter toutefois que les données ne sont pas encore consolidées, notamment pour les signalements les plus récents. Par conséquent, ces indicateurs sont susceptibles d'être modifiés pour la période la plus récente.

- **2 530 décès** ont été rapportés à ce jour (dont 11 professionnels de santé) : 1 236 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 (soit 25% des cas signalés) et 1 221 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]) ; **79% étaient âgées de 65 ans et plus et 94% présentaient au moins une comorbidité**. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient **l'hypertension artérielle** (53%), **l'obésité** (3% des cas décédés dont l'IMC était renseigné), les **pathologies cardiaques** (34%) et **le diabète** (34%). 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 18 mai 2021, **8 191 sorties de réanimation** ont été rapportées, 3 442 parmi les patients admis en septembre-décembre 2020 et 4 749 parmi ceux admis en janvier-mai 2021.

Tableau 8. Âge et comorbidités des patients atteints de COVID-19 admis en réanimation et signalés du 05 octobre 2020 au 18 mai 2021 par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, France

Classe d'âge	Septembre-décembre 2020 (n=5 149)		Janvier-mai 2021 (n=7 816)	
	n	%	n	%
0-14 ans	11	<1	29	<1
15-44 ans	290	6	668	9
45-64 ans	1 602	31	3 089	40
65-74 ans	1 926	38	2 699	35
75 ans et +	1 300	25	1 292	17
Non renseigné	20		39	
Comorbidités ¹	n	% ²	n	% ²
Aucune	556	11	894	12
Au moins une comorbidité	4 461	89	6 567	87
Hypertension artérielle	2 307	46	3 438	45
Obésité (IMC>=30) ³	2 036	45	3 442	49
Diabète	1 589	32	2 011	27
Pathologie cardiaque	1 267	25	1 497	20
Pathologie pulmonaire	1 071	21	1 462	19
Pathologie rénale	449	9	597	8
Immunodépression	381	8	400	5
Cancer	362	7	467	6
Pathologie neuromusculaire	164	3	224	3
Pathologie hépatique	120	2	153	2
Autre	788	16	949	13
Non renseigné	132		241	

¹ Un patient peut présenter plusieurs comorbidité(s) parmi celles listées dans le tableau.

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

³ La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC est renseigné (n=4 502 et n=7 012).

► Signalement d'infections à SARS-CoV-2 nosocomiales

Le signalement des infections associées aux soins, dématérialisé via l'outil e-SIN, a permis depuis mars 2020 aux établissements de santé de rapporter des cas (isolés ou groupés) de COVID-19 nosocomiaux, c'est-à-dire survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un ES. Ce dispositif permet d'alerter les ARS et les centres régionaux de prévention des infections associées aux soins (CPIAS) en région, ainsi que Santé publique France. Il reste déclaratif et ne tend pas à l'exhaustivité.

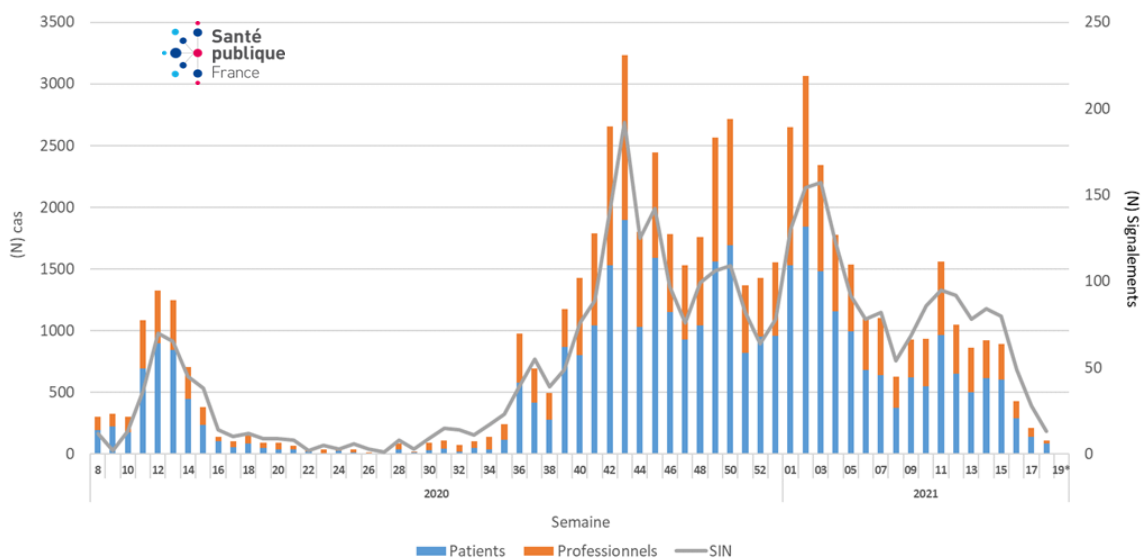
● Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 16 mai 2021, **4 985 signalements** (SIN) de cas de COVID-19 **nosocomiaux** ont été émis par **1 098 établissements**. Ils impliquaient **62 678 cas** : **38 618 patients (312 décès liés)**, **24 048 professionnels** et **12 visiteurs**. Parmi ces signalements, **333** font mention d'un **variant**, dont **314** sont renseignés : **274 501Y.V1**, **12 501Y.V2**, **3 501Y.V3**, **10 501Y.V2** et **501Y.V3**, **2 20C/H655Y** et **13 autres**.

Signalements de cas groupés

● Parmi les signalements nosocomiaux, **3 663 (73%) correspondaient à des cas groupés** (au moins trois cas liés). Les **signalements de cas groupés** de COVID-19 nosocomiaux correspondaient à **60 850 cas** : 37 322 patients (273 décès liés), 23 517 professionnels et 11 visiteurs. Les données du dernier bilan d'avril étant consolidées, on observe depuis la semaine 14 une diminution nette de la part des professionnels. En effet, elle s'était stabilisée aux alentours de 40% et décroît depuis début avril autour de 30% (42% en S13 vs 33% en moyenne les semaines 14 à 17). Les semaines 18 et 19 ne sont pas encore consolidées.

● Amorcée depuis quelques semaines, la diminution hebdomadaire du nombre de signalements de cas groupés se confirme depuis la semaine 15 (Figure 36). Les semaines 18 et 19 restent à consolider, d'autant que le jeudi férié en S19 a probablement retardé la réalisation de certains signalements.

Figure 36. Nombre de cas patients et professionnels et nombre de signalements de cas groupés nosocomiaux, par semaine du premier cas, entre le 17 février 2020 et le 16 mai 2021, France (n=3 663)



* Semaines 18 et 19 : données non consolidées

● Depuis le ralentissement des signalements, soit depuis S15, la cartographie des services (n=124) avec des cas groupés nosocomiaux reste semblable à celle observée tout au long de l'épidémie. Ainsi, les services les plus représentés sont ceux de médecine (n=49, 40%), avec une part importante des services de gériatrie (n=15, 30%), les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) (n=34, 27%), de soins longue durée (SLD)/établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) (n=9, 7%) et les services de psychiatrie (n=15, 12%).

● Depuis la semaine 15, une diminution du **nombre médian de cas par épisode** est observée mais reste à confirmer avec la consolidation des données dans les prochaines semaines. Ainsi, il était de 11 cas [3-235] sur la période allant de S01 à S14-2021 et de 10 cas [3-284] au cours des semaines 15 à 17.

SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ

► Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 18 mai 2021, **108 069 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : **81 721** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **26 348** décès en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (données au 16 mai 2021).

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

- Au niveau national, **le nombre hebdomadaire de décès était en diminution en semaine 18**, avec 1 570 décès contre 1 994 en S17 (-21%). **En semaine 19, la tendance était à la diminution**, avec 1 248 décès signalés (données non consolidées pour les ESMS).

- En ESMS : le nombre hebdomadaire de décès était stable depuis S13 (37 décès signalés en S17, 33 en S18 et 37 en S19, données non consolidées en S19).

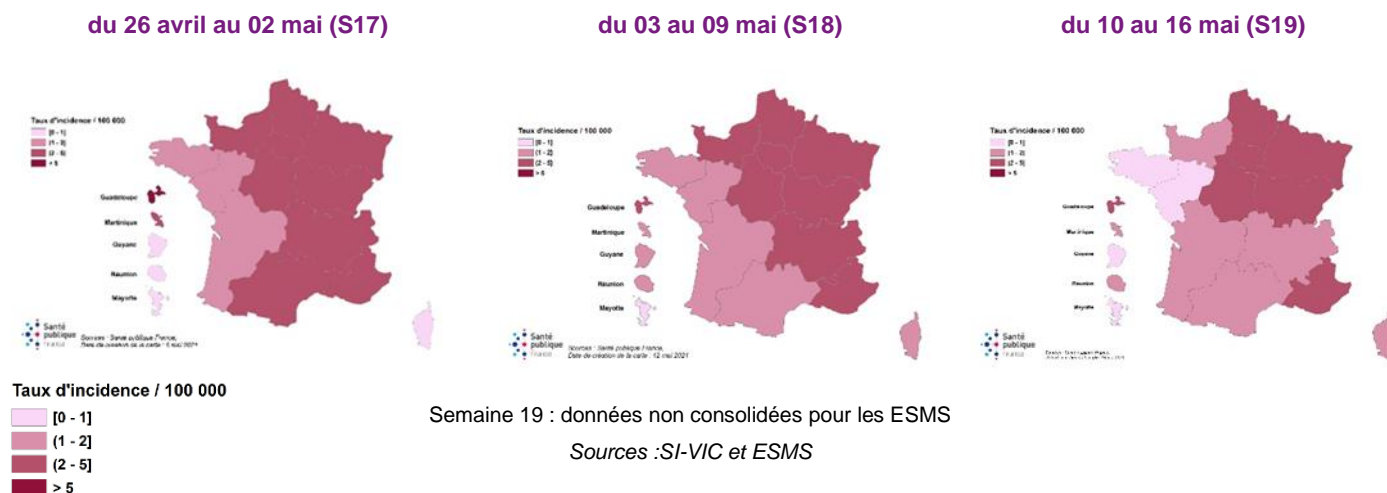
- En hospitalisation : le nombre de décès était en baisse en S18 (-21%) et en S19 (-21%).

- À l'échelle nationale, **le taux hebdomadaire de décès** était de **2,3 pour 100 000 habitants en S18**. En S19 (données non consolidées pour les ESMS), il était de 1,9 pour 100 000 habitants.

- **En semaine 19** (données non consolidées pour les ESMS), les **plus forts taux de décès** par région rapportés à la population étaient observés en **Guadeloupe (3,6/100 000)**, **Hauts-de-France (2,7)**, **Centre-Val de Loire (2,6)**, **Bourgogne-Franche-Comté (2,3)**, **Île-de-France (2,3)**, **Grand Est (2,2)** et **Provence-Alpes-Côte d'Azur (2,1)** (Figure 37).

- Entre les semaines 18 et 19, bien que les données ne soient pas consolidées, une **augmentation** du taux de décès était observée en **Centre-Val de Loire (+6 décès)** et en **Guadeloupe (+4 décès)**.

Figure 37. Taux hebdomadaires de décès de patients COVID-19 pour 100 000 habitants (décès à l'hôpital ou en ESMS), évolution du 26 avril au 16 mai 2021 (S17 à S19), par région, France



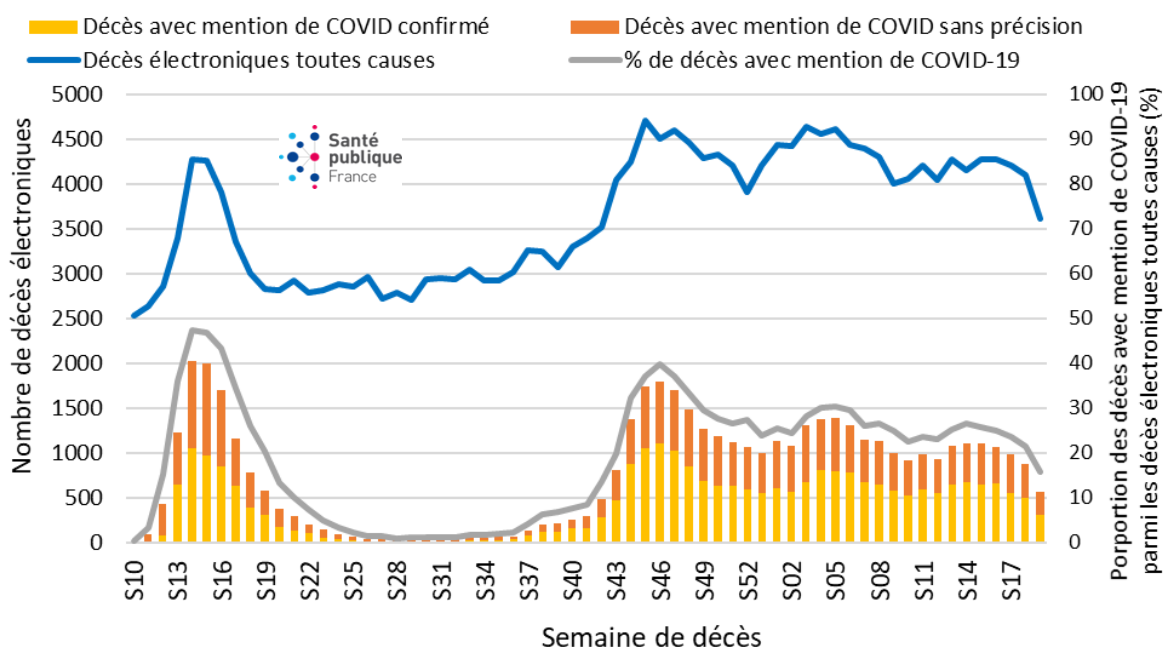
► Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 48 230 certificats contenaient une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès renseignées (Tableau 9). Ils représentent 21% des décès toutes causes confondues certifiés par voie électronique.

- Des comorbidités étaient renseignées pour 31 275 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 19 (du 10 au 16 mai 2021), **563 décès** faisaient l'objet d'une mention de COVID-19 dans le certificat, représentant 15,6% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 38). Ce nombre de décès était en baisse de 35,7% par rapport à la semaine précédente (soit -313 décès). **La proportion de certificats de décès avec mention d'infection au SARS-CoV-2 confirmée était de 54,4%.**

Figure 38. 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 16 mai 2021, France (données au 18 mai 2021)



Sources : Santé publique France, Inserm-CépiDc

Tableau 9. 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 17 mai 2021, France (données au 18 mai 2021)

Sexe	n	%
Hommes	26 521	55
Femmes	21 708	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	103	33	209	67	312	1
45-64 ans	1 025	30	2 434	70	3 459	7
65-74 ans	2 335	31	5 158	69	7 493	16
75 ans ou plus	13 492	37	23 469	63	36 961	77
Tous âges	16 955	35	31 275	65	48 230	100

Description des comorbidités	n	%
Pathologie cardiaque	11 162	36
Hypertension artérielle	7 072	23
Diabète	5 129	16
Pathologie respiratoire	4 245	14
Pathologie rénale	4 139	13
Pathologies neurologiques*	2 697	9
Obésité	1 991	6
Immunodéficience	732	2

* Ce groupe inclut les pathologies neurovasculaires et neuromusculaires

¹ Pourcentages présentés en ligne ; ² Pourcentages présentés en colonne

► Mortalité toutes causes

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

- Au niveau national, le nombre de décès tous âges confondus était significativement supérieur à celui attendu depuis **S40-2020** (du 28 septembre au 04 octobre 2020) jusqu'à **S18-2021** (du 04 au 09 mai 2021). Les effectifs avaient franchi un premier pic en semaines 45 et 46-2020 (atteignant respectivement +33% et +31% par rapport à la mortalité attendue) puis un deuxième, de moindre amplitude, en semaine 03-2021 (atteignant +22%). Après une diminution observée entre les semaines 04 et 10, la mortalité était à nouveau repartie à la hausse jusqu'en semaine 13 et s'était stabilisée jusqu'en semaine 16. **Le nombre de décès semblait être en baisse en semaines 17 et 18** (Figure 39, tableau 10). L'interprétation de la dynamique de la mortalité pour la semaine 18 est à prendre avec précaution, compte tenu des délais allongés de transmission en lien avec le week-end long de l'Ascension.

- L'excès de décès tous âges était principalement porté par les 65-84 ans, classe d'âge où les effectifs restaient significativement supérieurs à ceux attendus jusqu'à la semaine 18. Le nombre de décès était également en léger excès entre les semaines 13 à 17 chez les personnes de 85 ans ou plus, et entre les semaines 12 et 17 chez les 15-64 ans. Le nombre de décès en semaine 18 semblait toutefois diminuer dans toutes les classes d'âges, avec un retour dans les marges de fluctuation habituelles chez les personnes de 15-64 ans et de 85 ans ou plus.

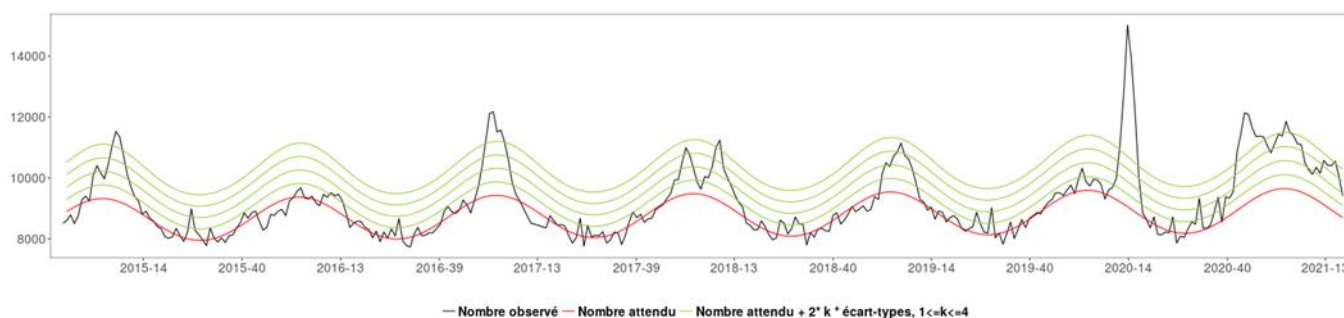
Tableau 10. Estimation de la proportion (%) de l'excès de décès par rapport à la mortalité attendue, tous âges confondus, dans un échantillon de 3 000 communes, de la semaine 01 à la semaine 17-2021, France

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

Estimations non consolidées pour les S14 à S17-2021

Sources : Santé publique France, Insee

Figure 25. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, de la semaine 36-2014 à la semaine 18-2021, France

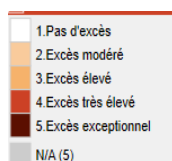
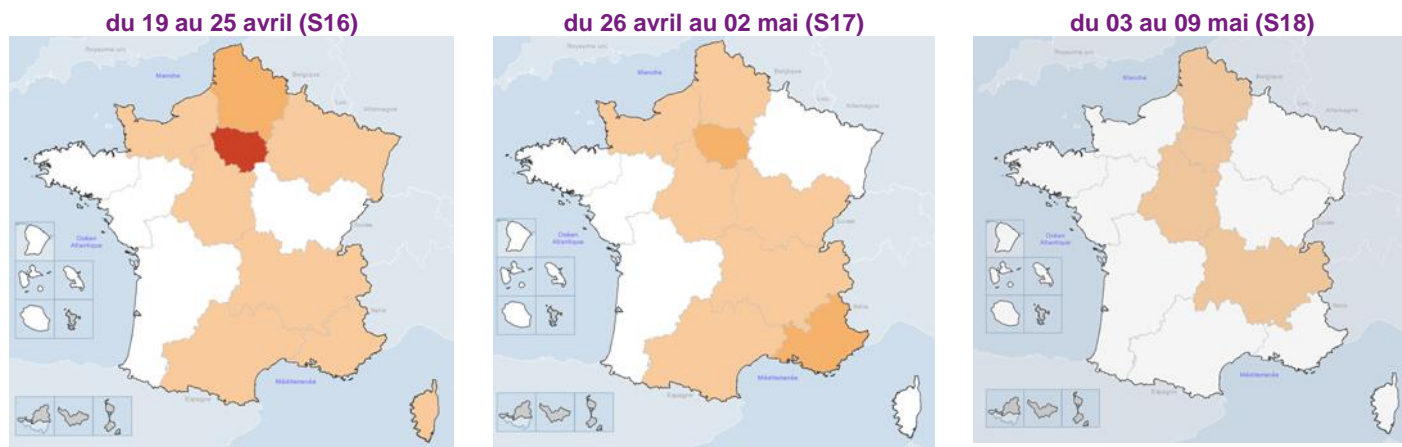


Sources : Santé publique France, Insee

- Au niveau régional, le nombre de décès dans les régions Hauts-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Île-de-France semblait en diminution en semaines 17 et 18. Les effectifs restaient toutefois significativement supérieurs à ceux attendus sur ces deux semaines. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, et dans une moindre mesure en Bourgogne-Franche-Comté, les effectifs étaient à nouveau en hausse en semaine 17 et semblaient diminuer en semaine 18. Dans le Centre-Val de Loire, la hausse du nombre de décès observée en semaine 16 se poursuivait en semaines 17 et 18, alors que ce nombre était revenu dans les marges de fluctuation habituelles depuis la semaine 08. Ces dynamiques restent à confirmer avec la consolidation des données.

- Au total, quatre régions métropolitaines présentaient un nombre de décès significativement supérieur à celui attendu en semaine 18 : Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Hauts-de-France et Île-de-France (Figure 40).

Figure 40. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues pour les semaines 16, 17 et 18, par région, France (données au 18 mai 2021)



Pas d'excès : indicateur standardisé de décès (Z-score) <2

Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99

Excès élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 5 et 6,99

Excès très élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 7 et 11,99

Excès exceptionnel de décès indicateur standardisé de décès (Z-score) supérieur à 12

Sources : Santé publique France, Insee

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 14 à 18, 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

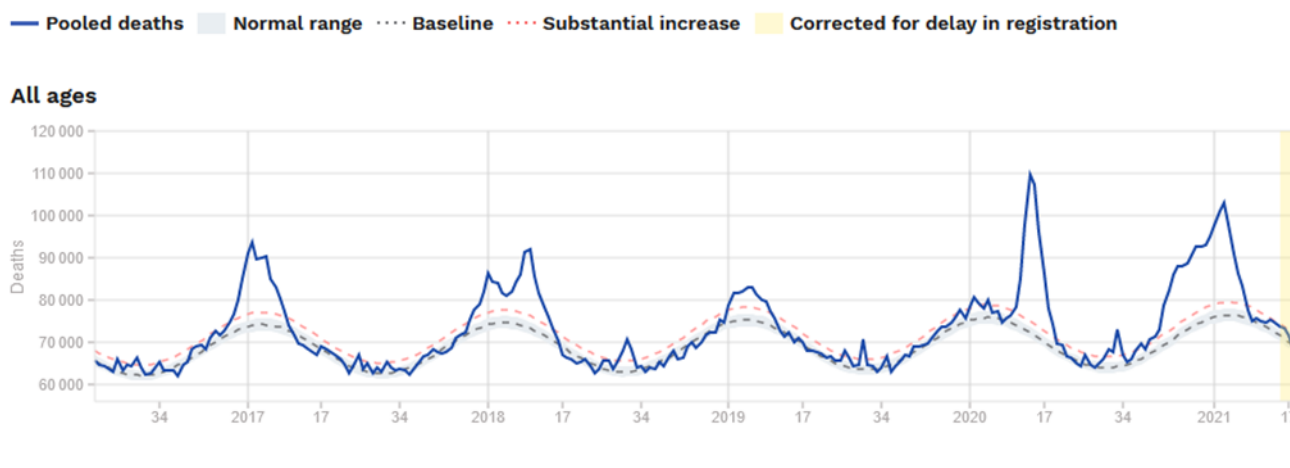
● Parmi les 28 pays ou régions du [consortium EuroMOMO](#) qui participent à l'analyse agrégée à l'échelle européenne et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, une hausse de la mortalité était notée depuis le début du mois d'octobre 2020, qui s'était accrue de S43 à S46 (Figure 41). 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 17, tous âges confondus (Figure 41).

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

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

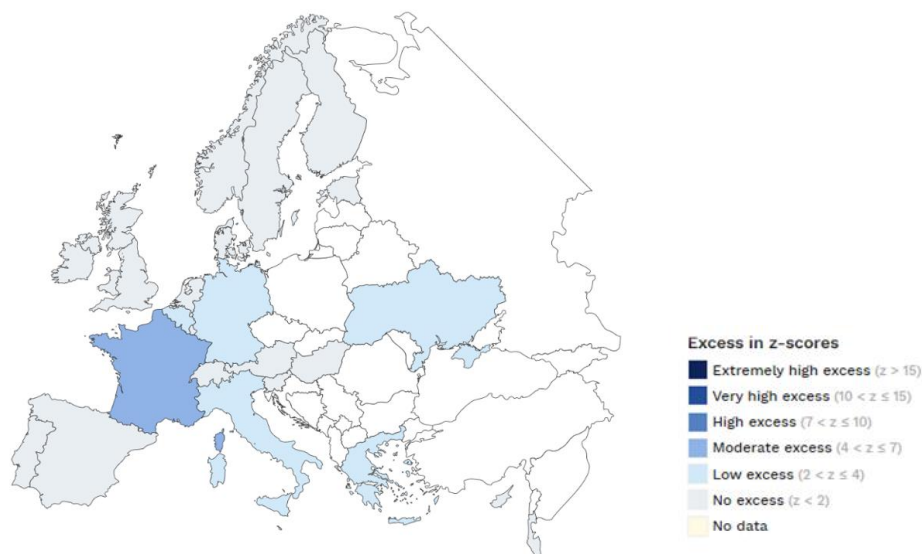
● Un excès de mortalité était observé dans sept pays/régions en semaine 14, dans six pays/régions en semaine 15, dans sept pays/régions en semaine 16 et dans six pays/régions en semaine 17 (Ukraine, France, Allemagne, Belgique, Italie et Grèce) (Figure 42).

Figure 41. Évolution hebdomadaire de la mortalité toutes causes, tous âges confondus, dans 28 pays/régions européens, de la semaine 17-2017 à la semaine 17-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 12 mai 2021)



Source : EuroMOMO

Figure 42. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 17-2021 (données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 12 mai 2021)



Source : EuroMOMO

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. Les personnes concernées par cette vaccination sont les suivantes : l'ensemble des personnes de 50 ans et plus quels que soient leur lieu de vie et leur état de santé (avec ou sans comorbidités) ; les personnes de 16 ans et plus souffrant d'une pathologie à très haut risque de forme grave de Covid-19 (voir [liste](#)), les personnes de plus de 18 ans souffrant d'une ou plusieurs comorbidités, les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre de la grossesse ; les personnes de 18 ans et plus hébergées en maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), foyers pour personnes handicapées non médicalisés, ainsi qu'en établissements médico-sociaux spécifiques ; les proches (personnes vivant sous le même toit ou apportant une aide dans la vie quotidienne) de 16 ans et plus de personnes sévèrement immunodéprimées (dialysées, ayant reçu une transplantation d'organe ou de moelle osseuse, traitées par des médicaments immunosuppresseurs forts) ; les professionnels du secteur de la santé et du secteur médico-social (voir [liste](#)), certains professionnels de 55 ans et plus, bénéficiant de créneaux de vaccination dédiés (voir [liste](#)).

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

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

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

► En population générale

- Le 18 mai 2021, **21 133 653 personnes ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19** en France et **9 866 934 sont complètement vaccinées** (données par date d'injection).

Il est ainsi estimé qu'à cette date, **31,5% de la population** en France a reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 14,7% est complètement vaccinée (Tableau 11).

L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la **population adulte** (âgée de 18 ans ou plus) est de 40,1% pour au moins une dose et 18,7% pour une vaccination complète.

Tableau 11. 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 18 mai 2021, par région, France

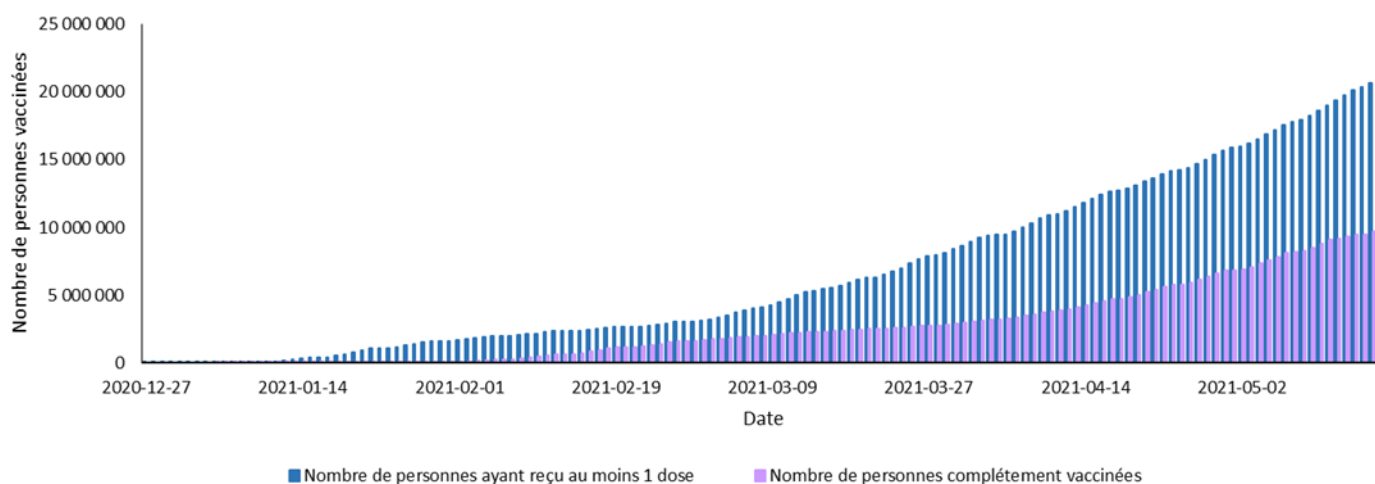
Régions	Au moins une dose de vaccin (N)	Couverture vaccinale une dose (%)	Vaccination complète (N)	Couverture vaccinale Vaccination complète (%)
Auvergne-Rhône-Alpes	2 528 991	31,5	1 197 849	14,9
Bourgogne-Franche-Comté	932 304	33,5	455 402	16,4
Bretagne	1 163 593	34,8	526 576	15,8
Centre-Val de Loire	827 193	32,3	378 714	14,8
Corse	136 896	39,7	78 073	22,7
Grand Est	1 815 300	32,9	851 975	15,5
Hauts-de-France	1 932 225	32,4	854 891	14,3
Ile-de-France	3 423 256	27,9	1 453 991	11,8
Normandie	1 149 531	34,8	541 771	16,4
Nouvelle-Aquitaine	2 113 193	35,2	1 021 518	17,0
Occitanie	1 968 189	33,2	964 228	16,3
Pays de la Loire	1 220 487	32,1	530 136	13,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 665 804	32,9	884 612	17,5
France métropolitaine	20 876 962	32,2	9 739 736	15,0
Guadeloupe	26 778	7,1	11 853	3,1
Guyane	31 405	10,8	16 676	5,7
La Réunion	124 853	14,5	57 930	6,7
Martinique	44 045	12,3	25 945	7,2
Mayotte	18 436	6,6	10 717	3,8
Saint-Barthélemy	7 096	71,2	1 531	15,4
Saint-Martin	4 073	11,5	2 544	7,2
Non précisé	5	non applicable	2	non applicable
France entière	21 133 653	31,5	9 866 934	14,7

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

● **En une semaine** (du 12 au 18 mai 2021), **près de 2,6 millions de personnes ont reçu leur première dose** de vaccin, soit en moyenne **369 000 personnes par jour** (Figure 43).

Au cours de cette semaine, 3,46 millions de doses ont été injectées (en premières ou secondes doses), soit 494 000 doses par jour en moyenne.

Figure 43. 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 18 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 12) du fait du ciblage prioritaire dont ils font l'objet dans la campagne de vaccination, selon la recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS) : résidents en Ehpad ou USLD, personnes de 50 ans et plus. Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 77,7% (vaccination complète : 62,9%). S'agissant des personnes âgées de 75 à 79 ans, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 84,1% (vaccination complète : 67,7%). Pour les 80 ans et plus, elle s'élève à 74,3% (vaccination complète : 60,3%) et évolue peu par rapport à la semaine précédente (73,1% le 11 mai 2021). Cette faible progression chez les personnes les plus âgées invite au renforcement des actions pour aller vers ces personnes, notamment au travers de la vaccination à domicile.

Tableau 12. 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 18 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	494 073	9,1	139 095	2,6
25-29	462 673	12,4	157 479	4,2
30-39	1 304 409	15,7	430 858	5,2
40-49	2 009 503	23,4	629 536	7,3
50-59	3 923 355	44,6	1 242 717	14,1
60-64	2 535 848	61,8	752 398	18,3
65-69	2 632 732	67,5	900 849	23,1
70-74	2 805 141	80,6	1 604 179	46,1
75-79	1 864 869	84,1	1 501 384	67,7
80 ans et +	3 089 666	74,3	2 506 075	60,3
inconnu*	11 384	non applicable	2 364	non applicable
France	21 133 653	31,5	9 866 934	14,7

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

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

- Les couvertures vaccinales pour au moins une dose sont de 29,1% pour les hommes et de 33,8% pour les femmes.

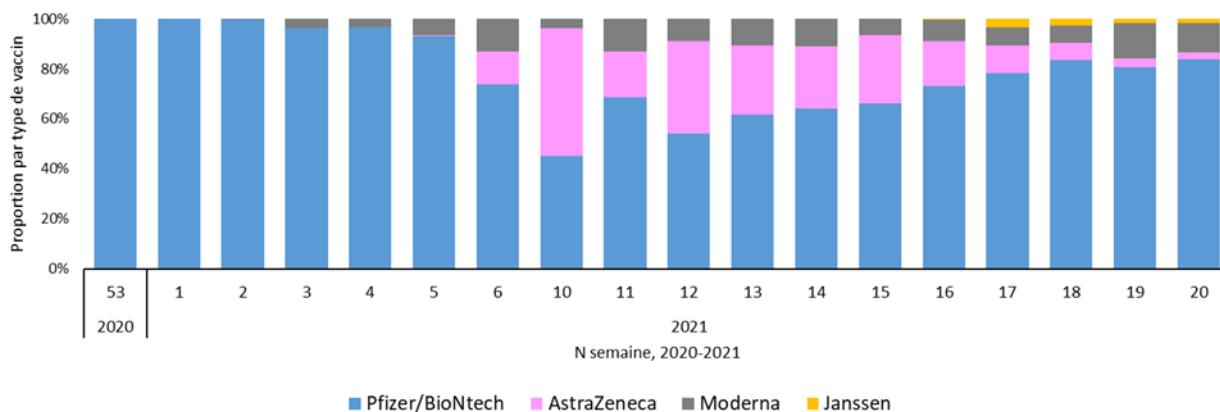
- La majorité des personnes vaccinées l'ont été avec le vaccin Pfizer/BioNTech et, dans une moindre mesure, avec le vaccin AstraZeneca (Tableau 13, Figure 44).

Tableau 13. Nombres de personnes vaccinées par type de vaccins pour la première dose et la seconde dose en France (données du 27 décembre 2020 au 18 mai 2021)

Vaccins	Première dose de vaccin (N)	Répartition (%)	Seconde dose de vaccin (N)	Répartition (%)
Pfizer/BioNTech	15 002 604	71,0	7 929 267	86,8
Moderna	1 803 035	8,5	919 485	10,1
AstraZeneca	4 158 505	19,7	282 152	3,1
Janssen	169 509	0,8	142	<0,1
Non précisé	0	0,0	0	0,0
Total	21 133 653	100,0	9 131 046	100,0

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

Figure 44. Proportion de personnes vaccinées par type de vaccin pour la première dose en France (données du 27 décembre 2020 au 18 mai 2021)



► Résidents en Ehpad ou en USLD

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

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

► Professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD

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

● Au 18 mai 2021, il est estimé selon la méthode précédemment décrite que 385 578 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, 82,4% des professionnels exerçant en Ehpad ou en USLD ont reçu une première dose de vaccin et 296 489 sont complètement vaccinés, soit 63,0% des professionnels.

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

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

► Professionnels de santé

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

● **Au 18 mai 2021** (données par date d'injection), 2 039 842 personnes déclarées comme professionnels de santé dans Vaccin Covid ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France et 1 365 506 sont entièrement vaccinées. Sur la base de ces données, les couvertures vaccinales chez les professionnels de santé en exercice sont ainsi estimées à 91,7% (au moins une dose) et 63,4% (complètement vaccinés).

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

La surestimation est très certainement liée au fait que des personnes ont été enregistrées comme professionnels de santé dans Vaccin Covid sans l'être réellement ou sans être en activité (par exemple, les agents non professionnels de santé travaillant en milieu hospitalier ou en ESMS, ou les professionnels de santé retraités).

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

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

SITUATION INTERNATIONALE

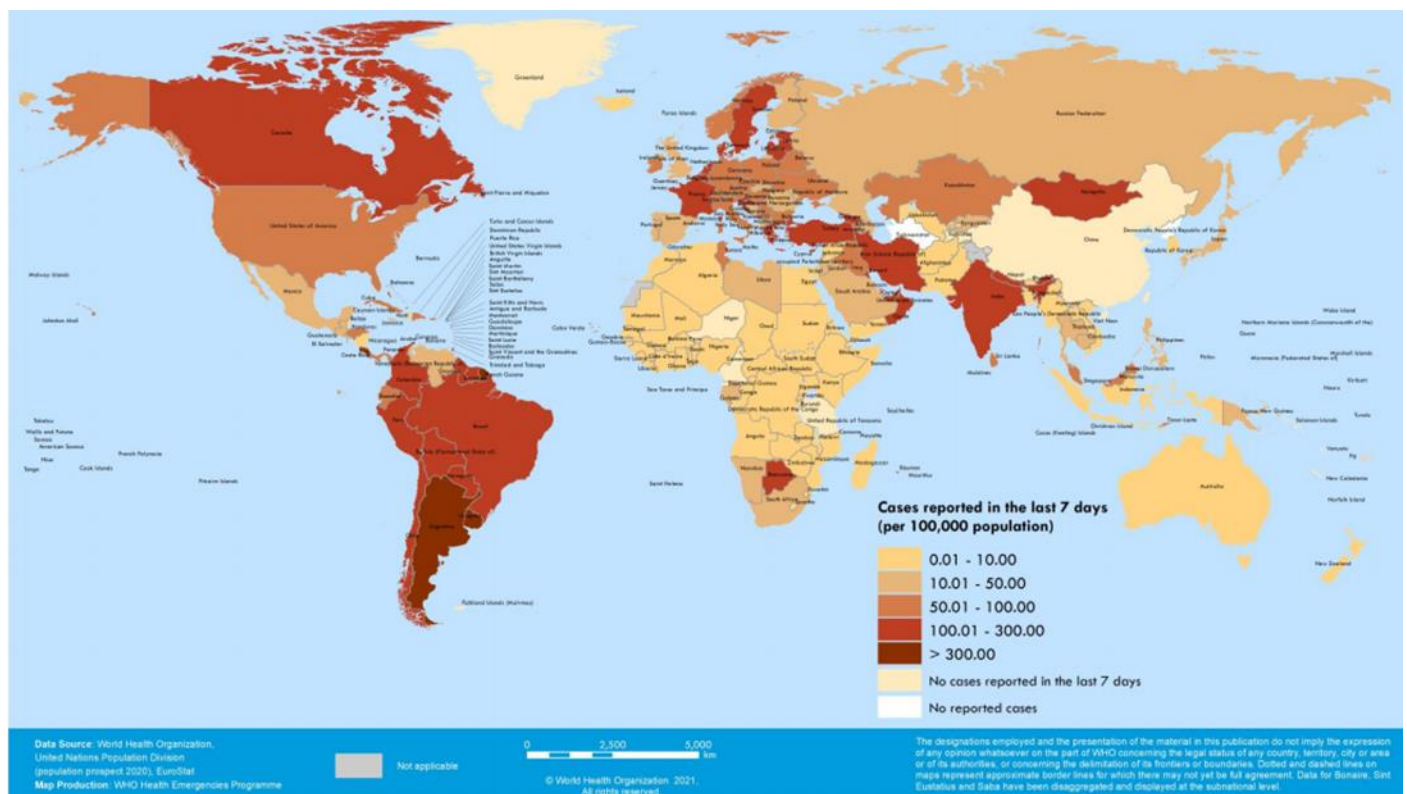
Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **163 312 429 cas confirmés** de COVID-19 ont été rapportés dans le monde – **dont 3 386 825 décès** – au 18 mai 2021. En semaine 19, plus de **4,8 millions** de nouveaux cas ont été signalés et un peu moins de **86 000** décès, ce qui constitue une baisse respective de 12% et de 5% par rapport à la semaine précédente.

► Foyers majeurs

- En semaine 19, les foyers majeurs de l'épidémie se situaient dans les zones **Asie du Sud-Est** (2 529 924 cas et 30 881 décès rapportés) et **Amériques** (1 201 726 cas et 31 439 décès). Ces régions étaient à l'origine de respectivement 53% et 25% des nouveaux cas de COVID-19 rapportés au niveau mondial, et de 36% et 37% des nouveaux décès en semaine 19 (Figure 45 et Tableau 14).

- Les pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas en S19 étaient : l'Inde (+2 387 663 nouveaux cas), le Brésil (+437 076), les États-Unis (+235 638), l'Argentine (+151 332) et la Colombie (+115 834).

Figure 45. Nombre de cas de COVID-19 rapportés dans le monde pour 100 000 habitants, données de la semaine 19 (du 10 mai au 16 mai 2021)



Source : OMS

► Tendances

• En semaine 19, le nombre de nouveaux cas était en baisse en Asie du Sud-est, en Europe et en Méditerranée orientale. Il était relativement stable dans les autres régions OMS. Les décès augmentaient seulement en Asie du Sud Est (+7%).

Tableau 14. Nombre de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de décès liés à la COVID-19 rapportés dans le monde en semaine 19 (du 10 mai au 16 mai 2021).

Région OMS	Afrique		Amériques		Asie du Sud-Est		Europe		Méditerranée orientale		Pacifique occidental	
Cas rapportés	+40 175		1 201 726		+2 529 924		+684 903		+220 035		+132 757	
Tendance	-4%	→	-3%	→	-12%	↘	-26%	↘	-22%	↘	+4%	→
Décès rapportés	+940		+31 439		+30 881		+16 255		+4 709		+1 751	
Tendance	-9%	↘	-7%	↘	+7%	↗	-16%	↘	-16%	↘	+4%	→

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

Source : OMS

► Par région

• La région de l'**Asie du Sud-Est** a signalé plus de 2,5 millions de nouveaux cas et plus de 30 000 décès, enregistrant respectivement une baisse après neuf semaines d'augmentation et une hausse pour la dixième semaine consécutive. La dynamique de la région continue à être portée par l'Inde, bien que d'autres pays, comme le Népal et le Sri Lanka, continuent de connaître une augmentation notable du nombre de cas. L'Inde rapportait ainsi 2 387 663 nouveaux cas, soit 173 pour 100 000 habitants (-13 % par rapport à la semaine 18). Les autres pays rapportant les nombres de nouveaux cas les plus élevés étaient le Népal avec 61 814 nouveaux cas, soit 212 pour 100 000 habitants (+8%) et l'Indonésie avec 26 908 nouveaux cas, soit 10 cas pour 100 000 habitants (-27%). Les trois pays cumulant le plus de décès étaient l'Inde (27 922 décès, +4%), le Népal (1 224 décès, +266%), et l'Indonésie (1 125 décès, -5%). Pour plus de détails sur la région Asie du Sud-Est, [cliquez ici](#).

• La région des **Amériques** a signalé plus de 1,2 million de nouveaux cas et plus de 31 000 nouveaux décès. Une tendance à la baisse des nouveaux cas se poursuit pour la quatrième semaine consécutive. Les nouveaux décès sont en diminution pour la seconde semaine consécutive. Les pays rapportant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient le Brésil avec 437 076 nouveaux cas, soit 206 pour 100 000 habitants (+3% par rapport à S18), les États-Unis avec 235 638 nouveaux cas, soit 71 pour 100 000 habitants (-21%) et l'Argentine avec 151 332 nouveaux cas, soit 335 pour 100 000 habitants (+8%). Les pays connaissant les plus grands nombres de nouveaux décès étaient le Brésil, qui a rapporté 13 514 nouveaux décès (-12%), les États-Unis avec 4 143 nouveaux décès (-12%), et la Colombie avec 3 383 nouveaux décès (+8%). Pour plus de détails sur la région Amériques, [cliquez ici](#).

• En région **Europe**, un peu moins de 685 000 nouveaux cas et plus de 16 000 décès ont été signalés en S19. Les nombres de nouveaux cas et de décès sont en baisse respectivement pour les sixième et cinquième semaines consécutives. Les pays ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient la Turquie avec 90 721 nouveaux cas (108 pour 100 000 habitants, soit -46%), la France avec 87 957 nouveaux cas (154 pour 100 000 habitants, soit -12% par rapport à S18) et l'Allemagne avec 73 105 nouveaux cas (88 pour 100 000 habitants, soit -29%). Les pays rapportant les plus grands nombres de décès étaient la Russie, qui a enregistré 2 545 nouveaux décès (+3%), la Turquie avec 1 791 nouveaux décès (-20%) et l'Ukraine avec 1 682 nouveaux décès (-6%). Pour plus de détails sur la région Europe, [cliquez ici](#).

● En région **Méditerranée orientale**, un peu plus de 220 000 nouveaux cas et plus de 4 700 décès ont été signalés en semaine 19. Le nombre de nouveaux cas continuait de baisser pour la quatrième semaine consécutive et le nombre de nouveaux décès pour la deuxième semaine consécutive. Les pays comptant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Iran avec 99 205 nouveaux cas, soit 118 pour 100 000 habitants (-20%), l'Irak avec 28 359 nouveaux cas, soit 71 pour 100 000 habitants (-26%) et le Pakistan avec 20 511 nouveaux cas, soit 9 cas pour 100 000 habitants (-29%). Les plus grands nombres de décès ont été observés en Iran (2 109 décès, -13%), au Pakistan (670, -20%) et en Tunisie (429, -21%). Pour plus de détails sur la région Méditerranée orientale, [cliquez ici](#).

● En région **Pacifique occidental**, plus de 132 000 nouveaux cas et 1 700 décès ont été rapportés en semaine 19, correspondant aux chiffres les plus élevés rapportés pour la région depuis le début de la pandémie. Les trois pays signalant les plus grands nombres de nouveaux cas étaient le Japon avec 44 961 nouveaux cas (36 pour 100 000 habitants, soit +26%), les Philippines avec 43 339 nouveaux cas (40 pour 100 000 habitants, soit -10%), et la Malaisie avec 29 386 nouveaux cas (91 pour 100 000 habitants, soit +16%). Ces trois pays rapportaient à eux seuls 89% des cas de la région. Les pays signalant les plus grands nombres de décès étaient les Philippines (782 décès, -15%), le Japon (640, +21%) et la Malaisie (209, +54%). Pour plus de détails sur la région Pacifique occidental, [cliquez ici](#).

● En région **Afrique**, plus de 40 000 nouveaux cas et 900 nouveaux décès ont été signalés. Le nombre de cas et de décès hebdomadaires montre une tendance à la baisse depuis quatre semaines. Les trois pays ayant signalé les plus grands nombres de nouveaux cas étaient l'Afrique du Sud avec 16 326 nouveaux cas (28 pour 100 000 habitants, soit +36% par rapport à la semaine 18), le Botswana avec 3 745 nouveaux cas (159 pour 100 000 habitants, soit +153%) et l'Éthiopie avec 3 615 nouveaux cas (3 pour 100 000 habitants, soit -13%). Les pays rapportant les plus grands nombres de décès étaient l'Afrique du Sud (459 décès, +44%), le Kenya (118 décès, -15%) et l'Éthiopie (105, -35%). 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 19 (du 10 au 16 mai 2021), l'ensemble des indicateurs épidémiologiques a continué de diminuer. La circulation du virus reste cependant encore élevée en métropole. Alors que la baisse des nouvelles admissions à l'hôpital et en soins critiques s'accroît sensiblement, sa répercussion sur la pression hospitalière reste modérée. Ainsi, le nombre de personnes en cours d'hospitalisation et en services de soins critiques est toujours élevé. La couverture vaccinale continue de progresser, avec au 18 mai 2021, 14,7% de la population complètement vaccinée et 31,5% ayant reçu une première dose. Dans le contexte de la levée progressive des mesures de restrictions collectives, il est primordial que chacun maintienne un haut niveau d'adhésion aux mesures individuelles de prévention, de dépistage, d'isolement des cas et des personnes-contacts à risque. Dans cette période de baisse de la circulation du virus, d'accélération de la vaccination et de levée des restrictions, le traçage des contacts a plus que jamais sa place dans la maîtrise de l'épidémie. Il est enfin important d'encourager à la vaccination les personnes prioritaires non encore vaccinées.

Cette semaine est marquée par l'évolution de la production des indicateurs SI-DEP intégrant la nouvelle méthode de pseudonymisation. L'ancienne méthode surestimait de 12% le taux d'incidence et de 8% le taux de positivité, sans conséquence sur la dynamique de l'épidémie et son suivi.

Au niveau national, **87 957 nouveaux cas** ont été confirmés en semaine 19, soit près de 12 600 cas en moyenne chaque jour. Après prise en compte de l'effet des jours fériés (samedi 08 mai en S18 et jeudi 13 mai en S19), le taux d'incidence **corrigé de la semaine 19 était en diminution** (154/100 000 habitants en S19 vs 174 en S18, soit -12%). **Le taux de dépistage corrigé (3 759 pour 100 000 habitants) était en augmentation en semaine 19 (+6%)**. Le taux de positivité était de 4,1%, en diminution de **0,8 point par rapport à S18** (4,9%).

La diminution du taux d'incidence corrigé était rapportée dans toutes les classes d'âge. On observait une diminution du taux de dépistage corrigé chez les 0-14 ans et les 65 ans et plus et une augmentation chez les 15-64 ans. Ces tendances pourraient être liées au recours au dépistage dans le contexte de la levée récente des restrictions des déplacements interrégionaux et des campagnes de dépistage dans les établissements scolaires. Elles seront suivies avec attention dans les prochaines semaines.

La part des personnes symptomatiques parmi les personnes testées a continué de diminuer en S19. Le nombre de cas avait diminué chez les symptomatiques comme chez les asymptomatiques (respectivement de -21% et -17%). Le taux de positivité était en diminution chez les personnes testées, qu'elles présentent ou non des symptômes.

En semaine 19, **la diminution du nombre de cas et de personnes-contacts enregistrés dans ContactCovid s'est poursuivie**. Néanmoins, le nombre de contacts à risque par cas était en légère augmentation, ainsi que la proportion de cas ayant voyagé hors de leur région, ce qui reflète vraisemblablement l'assouplissement de certaines mesures de restrictions (fin des attestations de déplacement, autorisation des déplacements interrégionaux).

Cependant, **la proportion de cas précédemment connus comme personne-contact s'est maintenue au niveau des valeurs observées durant ces dernières semaines**. Cela traduit une certaine maîtrise des chaînes de transmission puisque ces cas, qui avaient été précédemment contactés par l'Assurance maladie en tant que personnes-contacts, avaient toujours eux-mêmes moins de personnes-contacts à risque, probablement en raison d'une meilleure adhésion à la mesure de l'isolement.

Le suivi de l'évolution de ces indicateurs dans les semaines à venir permettra d'évaluer l'influence potentielle du calendrier de l'assouplissement des mesures collectives sur les caractéristiques et la maîtrise des chaînes de transmission.

En médecine ambulatoire, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé par le réseau Sentinelles restait faible (38/100 000 habitants en S19). Le **nombre d'actes médicaux SOS Médecins** pour suspicion de COVID-19 était en diminution (-3% par rapport à S18) mais toujours en hausse (+17%) chez les enfants de 2 à 14 ans, diminution probablement liée à la réouverture des établissements scolaires.

En semaine 19, le nombre de **passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était en diminution de -29%** par rapport à la semaine 18. Cette baisse concernait toutes les classes d'âge.

La diminution des nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 et du nombre de nouvelles admissions en services de soins critiques amorcée depuis la semaine 16 **s'est accentuée** ces deux dernières semaines reflétant ainsi la baisse de l'incidence en population (baisse respectivement de -31% et -33% par rapport à S18). L'impact de cette réduction des nouvelles admissions sur **le nombre de personnes en cours d'hospitalisation est plus modérée** : avec **22 118** personnes hospitalisées le 18 mai (vs 25 088 le 11 mai, soit -12%), dont **4 030** patients en soins critiques (vs 4 758, soit -15%), le niveau de pression sur le système de soins hospitalier demeure très fort.

Le nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 hospitalisés a continué de diminuer en semaine 19 **de -21%**. Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), le nombre de décès stable depuis la semaine 13 (données S19 non consolidées), est resté faible (moins de 50 décès hebdomadaires), traduisant l'impact de la vaccination.

Le nombre de décès toutes causes et tous âges confondus était stable depuis la semaine 13 et semblait en baisse en semaines 17 et 18. Dans quatre régions métropolitaines, le nombre de décès, en semaine 18, était significativement supérieur à celui attendu : Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Hauts-de-France et Île-de-France.

► Indicateurs épidémiologiques régionaux

Régions métropolitaines

En semaine 19, **les tendances nationales à l'amélioration de la situation étaient observées dans toutes les régions métropolitaines**. Toutefois, on observait une augmentation du taux d'admissions en services de soins critiques en Normandie et du taux de décès en Centre-Val de Loire, ainsi qu'une stabilité du taux d'incidence en Bretagne.

Les régions **Île-de-France et Hauts-de-France** étaient toujours celles qui **présentaient les plus forts taux d'incidence, d'hospitalisations et d'admissions en services de soins critiques** malgré la diminution de ces indicateurs.

En **Île-de-France**, le **taux d'incidence corrigé était de 238 pour 100 000** habitants (-12% par rapport à S18), le taux de positivité atteignait 4,9%, en diminution de 1,4 point et on notait une augmentation du taux de dépistage corrigé (+13%). On observait également une diminution des **taux d'hospitalisations et d'admissions en services de soins critiques** qui étaient respectivement à 11,6 et 2,8/100 000 habitants.

Dans les **Hauts-de-France**, le **taux d'incidence corrigé était de 212/100 000 habitants**, soit -6% par rapport à S18. Le taux de positivité était de 5,2%, en diminution (soit -0,6 point). On observait également une diminution des **taux d'hospitalisations et d'admissions en services de soins critiques** qui étaient respectivement à 11,6 et 2,6/100 000 habitants.

Il est à noter qu'en **Normandie** en semaine 19, le **taux d'incidence corrigé était parmi les plus élevés** (178/100 habitants) mais diminuait par rapport à S18 (-6%). Le taux d'hospitalisation était en diminution (9,5 vs 11,2 en S18), mais on observait une augmentation du taux d'admission en soins critiques (2,4 vs 1,5 en S18).

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

En Guyane, l'augmentation du taux d'incidence était encore en semaine 19 très marquée avec un taux corrigé de **445/100 000 habitants**, soit +42%. Les taux d'hospitalisations et d'admission en soins critiques, déjà élevés, étaient également en augmentation (respectivement 22,7 et 6,2).

À La Réunion, le taux d'incidence corrigé était de 136/100 000 habitants, **en diminution** de 6% par rapport à S18 (taux corrigé 145/100 000 habitants). **Le taux d'hospitalisations était en augmentation** à 10,8/100 000 habitants (vs 8,8 en S18) et le taux d'admissions en soins critiques était en diminution à 2,4 (soit +2 admissions par rapport à S18).

En Guadeloupe, le taux d'incidence corrigé était de 139/100 000 habitants, **en diminution** de -15% par rapport à S18 (taux corrigé de 163/100 000 habitants). Les taux d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques étaient respectivement de 13,5 et 3,2/100 000 habitants, en diminution par rapport à S18.

En Martinique et à Mayotte, la dynamique de circulation du SARS-CoV-2 était à la baisse avec une diminution des taux d'incidence et une stabilisation ou une diminution des indicateurs hospitaliers.

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

► Variants préoccupants du SARS-CoV-2

À ce jour, **cinq variants ont été qualifiés de préoccupants (VOC)** en raison de leur transmissibilité augmentée et/ou d'un risque d'échappement à la réponse immunitaire. Trois d'entre eux, les variants **20I/501Y.V1 (ayant émergé au Royaume-Uni)**, **20H/501Y.V2 (ayant émergé en Afrique du Sud)** et **20J/501Y.V3 (ayant émergé au Brésil)**, circulent en France depuis le début de l'année 2021. Le quatrième VOC (**20I/484K ou 20I/484Q selon le type de mutation**), **ayant émergé au Royaume-Uni début 2021**, était peu détecté en France jusqu'à la mi-mars, mais les données de séquençage montrent une transmission communautaire dans plusieurs régions. **Le lignage 20A/452R (ou B.1.617), initialement détecté en Inde en décembre 2020, a été classé VOC le 11 mai par l'OMS et le 12 mai 2021 par l'analyse de risque conjointe CNR/SpFrance.** Cette classification concerne l'ensemble des trois sous-lignages B.1.617.1, B.1.617.2 et B.1.617.3, qui diffèrent légèrement sur le plan du profil de mutations.

Variants préoccupants (VOC)

Le variant VOC 20I/501Y.V1 est toujours nettement dominant par rapport aux autres variants en France métropolitaine. Les données des enquêtes Flash montrent qu'une augmentation de la proportion de variants ayant la mutation E484K est observée dans plusieurs régions. Dans la perspective de l'augmentation de la pression vaccinale, il est important de suivre particulièrement les variants porteurs de mutations potentiellement associées à un échappement vaccinal.

Au niveau national en S19, parmi les tests positifs criblés dont les résultats étaient disponibles dans SI-DEP (55,9% de l'ensemble des tests de première intention positifs), **77,9% correspondaient à une suspicion de variant 20I/501Y.V1 et 5,9% 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 60 départements, et supérieure à 90% dans 17 d'entre eux. La proportion de suspicions de variant 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 était comprise entre 10% et 20% dans huit départements métropolitains.

Les résultats de l'enquête Flash #8 du 27 avril 2021 confirment la prédominance du variant préoccupant 20I/501Y.V1, qui représentait plus de 80% des résultats interprétables quelle que soit la classe d'âge, et était particulièrement présent en Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire, Normandie et Provence-Alpes-Côte d'Azur (>93% des séquences interprétables). Le **variant 20H/501Y.V2** était plus présent dans le Grand Est (25,7%, **mais ce taux est certainement surestimé du fait du suréchantillonnage en Moselle**), dans le Centre-Val de Loire (11,3%) et en Île-de-France (10,9%). La proportion du **variant préoccupant 20I/484K**, désormais identifié dans la quasi-totalité des classes d'âge (à l'exception des 0-9 ans et des

90 ans et plus) et dans quatre régions (Hauts-de-France, Île-de-France, Pays de la Loire et Bretagne), était en augmentation (1,2% des séquences interprétables vs 0,8% dans l'enquête Flash# 7).

Le VOC 20I/484K, identifié pour la première fois en Grande-Bretagne suite à l'acquisition par le VOC 20I/501Y.V1 de la mutation E484K, était peu détecté en France jusqu'à la mi-mars. Une transmission communautaire a été rapportée depuis début avril dans plusieurs régions : Bretagne (en particulier à Brest), Ile-de-France et Hauts-de-France. Toutefois, le variant 20I/484K restait très nettement minoritaire par rapport au variant 20I/501Y. Dans les autres régions, aucune évolution notable dans les détectations de cas du variant 20I/E484K n'a été observée et le nombre de cas restait faible.

Le lignage B.1.617 a été détecté pour la première fois en Inde à la fin de l'année 2020 et inclut trois sous-lignages (B.1.617.1, B.1.617.2 et B.1.617.3) qui diffèrent légèrement sur le plan des mutations d'intérêt et **sont tous classés comme VOC à la date du 12 mai**. Les souches B.1.617.1 et B.1.617.2 montrent une prévalence croissante en Inde, qui coïncide avec la forte augmentation de cas observée dans le pays lors des semaines récentes. Les données de séquençage disponibles montrent une augmentation progressive du B.1.617.1 à partir du début de l'année 2021, puis un déclin au profit du B.1.627.2 qui semble désormais largement majoritaire. Dans le monde, au 18 mai 2021, la présence de variants du lignage B.1.617 (toutes sous-lignées confondues) a été rapportée dans 65 pays. Des données préliminaires suggèrent une augmentation de la transmissibilité de ce lignage, ainsi qu'un impact limité en matière d'échappement immunitaire. Toutefois, ces données restent parcellaires, notamment quant aux différences entre les trois sous-lignages.

En France, au 18 mai, 38 épisodes impliquant au moins un cas de variant du lignage B.1.617 ont été rapportés. Des épisodes ont été identifiés dans neuf régions différentes (sept en France métropolitaine, Guadeloupe et la Réunion). Le sous-lignage majoritaire était le B.1.617.2 (29 épisodes). Le B.1.617.1 a été identifié dans cinq épisodes, et le sous-lignage n'était pas précisé pour quatre épisodes. Un lien avec l'Inde a été rapporté dans toutes les situations, à l'exception d'un cas chez un voyageur de retour du Népal, et de trois clusters familiaux. Pour ces trois clusters, les investigations ont identifié dans l'entourage des cas des clusters impliquant des personnes résidant ou ayant séjourné dans d'autres pays (mais pas en Inde). Il n'est pas possible de déterminer si ces épisodes sont liés à ces autres pays ou à des chaînes de transmission du lignage B.1.617 qui se seraient produites localement en France. **À ce jour, aucun élément en faveur d'une diffusion communautaire significative n'a été rapporté en France**. La situation reste suivie avec attention.

Variants à suivre (VOI)

D'autres variants du SARS-CoV-2 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.

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

Variant B.1.616 ayant émergé en Bretagne

En janvier 2021, un cluster de cas atypiques d'infections par le SARS-CoV-2 a été identifié dans les Côtes d'Armor. Ce cluster se caractérisait par des suspicions cliniques d'infections par le SARS-CoV-2 chez des personnes ayant des tests RT-PCR nasopharyngés négatifs ou faiblement positifs.

Au 18 mai 2021, 44 cas confirmés d'infection par le variant 20C/655Y ont été rapportés en France, dont 41 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. La majorité des cas est reliée à des transmissions au sein de clusters hospitaliers dans la zone, survenus en mars et avril, et qui semblent désormais contenus. 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. Les difficultés diagnostiques et le potentiel de transmission du variant 20/655Y incitent à maintenant la vigilance sur ce variant.

► Surveillances spécifiques et populationnelles

Parmi les 12 965 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, une diminution de l'âge des patients admis en réanimation est observée. 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 (89% vs 87%, $p=0,0002$). Parmi les personnes décédées, 6% ne présentaient pas de comorbidités.

Les indicateurs de la surveillance des signalements dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), qui concernent majoritairement des Ehpad, montraient une diminution du nombre de signalements depuis la semaine 15, une diminution du nombre de cas (depuis S17) et du nombre de décès (depuis S13) qui est comparable aux nombres observés avant la deuxième vague d'octobre 2020.

Dans le cadre de la **surveillance des infections nosocomiales (e-SIN)**, entre le 1^{er} janvier 2020 et le 16 mai 2021, **4 985 signalements de cas de COVID-19 nosocomiaux survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un établissement de santé ont été enregistrés**. Étaient concernés 62 678 cas : 38 618 patients (312 décès liés), 24 048 professionnels et 12 visiteurs. Parmi ces signalements, une grande majorité ($n=3\ 663$) correspondait à des cas groupés (au moins trois cas liés). Les services où sont survenus ces clusters étaient, le plus fréquemment, ceux de médecine, puis ceux de SSR, SLD et Ehpad. La diminution hebdomadaire du nombre de signalements de cas groupés amorcée en semaine 12 se confirmait les semaines suivantes.

► Santé mentale

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

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

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

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

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

► Prévention

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

La vaccination contre la COVID-19 progresse et on dénombrait, au 18 mai 2021, **21 133 653 personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin et 9 866 934 vaccinées avec un schéma complet, soit respectivement 31,5% et 14,7% de la population**.

L'estimation de la couverture vaccinale au sein de la **population adulte** (âgée de 18 ans ou plus) était de 40,1% pour au moins une dose et de 18,7% pour une vaccination complète.

Pour les personnes âgées de 75-79 ans, la couverture vaccinale pour au moins une dose était de 84,1% (complètement vaccinées : 67,7%) et de 74,3% pour les 80 ans et plus (complètement vaccinées : 60,3%).

En une semaine (du 12 au 18 mai 2021), **près de 2,6 millions de personnes ont reçu leur première dose** de vaccin, soit en moyenne **369 000 personnes par jour**. Au cours de cette semaine, 3,46 millions de doses ont été injectées (en premières ou secondes doses), soit, en moyenne, 494 000 doses 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).

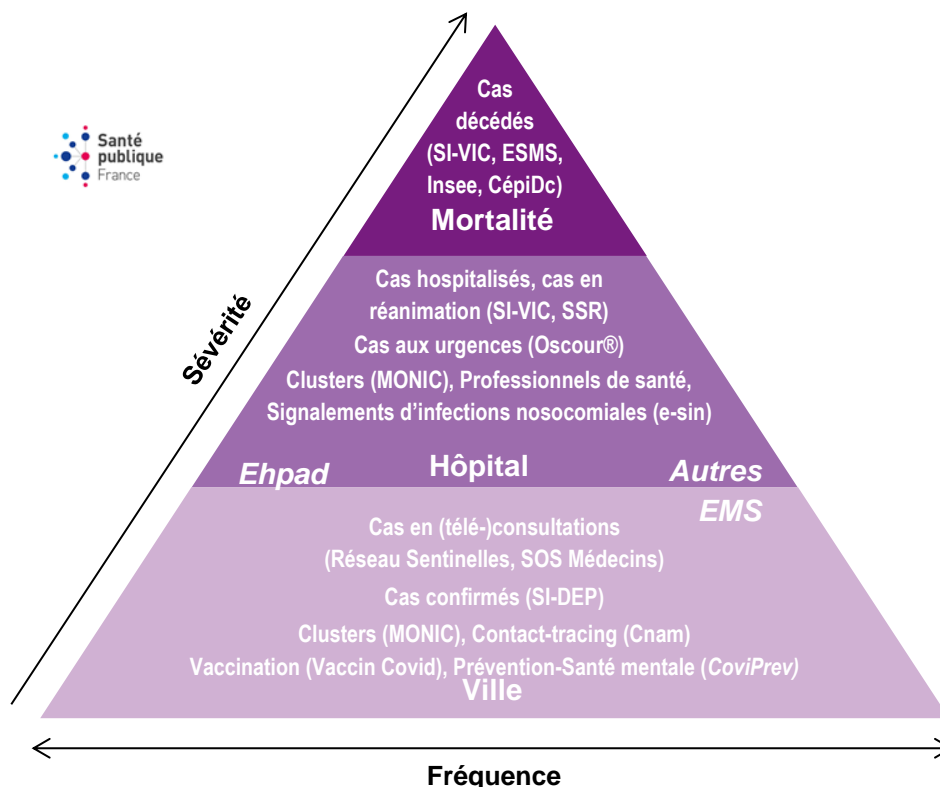
Vaccin Covid : système d'information géré par l'Assurance maladie et alimenté par les professionnels de santé permettant le suivi de la vaccination contre la COVID-19 en France (depuis le 04 janvier 2021).

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

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

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

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



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



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



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



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



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



Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)



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



Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

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

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

Directrice de publication

Pr Geneviève Chêne

Directrice adjointe de publication

Pr Laëtitia Huiart

Contributeurs

Coordination : Christine Campèse, Nicolas Méthy, Nelly Fournet, Sandrine Hagège, Patrick Rolland

Systèmes de surveillance : Lélia Abad, Pauline Adam, Anne-Sophie Barret, Jonathan Bastard, Anne Berger-Carbonne, Sybille Bernard-Stoeklin, Pascale Bernillon, Clara Blondel, Christophe Bonaldi, Céline Caserio-Schönemann, Édouard Chatignoux, Didier Che, Jamel Daoudi, Jean-Claude Desenclos, Julien Durand, Myriam Fayad, Adeline Feri, Laure Fonteneau, Camille Fortas, Anne Fouillet, Laurence Guldner, Katia Hamdad, Éline Hassan, Marion Hulin, Yann Le Strat, Audrey Léon, Daniel Levy-Bruhl, Etienne Lucas, Alexandra Mailles, Anna Maisa, Frédéric Moisan, Jérôme Naud, Michael Padget, Camille Pelat, Alessandro Pini, Élisabeth Pinto, Johnny Platon, Isabelle Pontais, Isabelle Poujol, Claire Sauvage, Sophan Soing-Altrach, Cécile Sommen, Guillaume Spaccaferri, Benjamin Taisne, Mathieu Tourdjman, Sophie Vaux

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

Contact presse

Vanessa Lemoine

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

Diffusion

Santé publique France

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

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

Date de publication

20 mai 2021

Citer ce document

COVID-19. Point épidémiologique hebdomadaire. N°64, 20 mai 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 62 p.