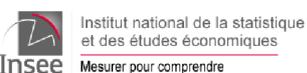


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, Laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville Agences régionales de santé (ARS) Les Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence et de pédiatrie



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 11 juin 2020

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données concernant COVID-19 issues de son réseau de partenaires.

Ce bilan est basé sur les données épidémiologiques de surveillance du COVID-19 (SARS-CoV-2) rapportées à Santé publique France jusqu'au 9 juin 2020.

Points clés

► En France et à l'exception de Mayotte et de la Guyane

- Poursuite de la diminution de la circulation du SARS-CoV-2 depuis plus de 9 semaines
- Réduction du nombre de nouveaux clusters et absence de diffusion communautaire non contrôlée à ce jour
- Absence de signaux en faveur d'une reprise de l'épidémie

► A Mayotte, maintien de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé

► En Guyane, intensification de la circulation virale et deux clusters avec diffusion communautaire

- Plus de 2% des professionnels des établissements de santé infectés par le SARS-CoV-2
- Mortalité toutes causes confondues revenue depuis la semaine 18 dans les valeurs habituelles observées au niveau national

Chiffres clés en France

Indicateurs hebdomadaires, semaine 23 (du 1^{er} au 7 juin 2020)

S23

S22

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP) (du 31 mai au 6 juin)	2 899	(3 777)*
Taux de positivité (%) pour SARS-COV-2 (SI-DEP) (du 31 mai au 6 juin)	1,5	(1,5)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	1 456	(1 627)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau Oscour®)	2 688	(3 964)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 156	(1 738)*
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	129	(226)*
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	395	(570)*

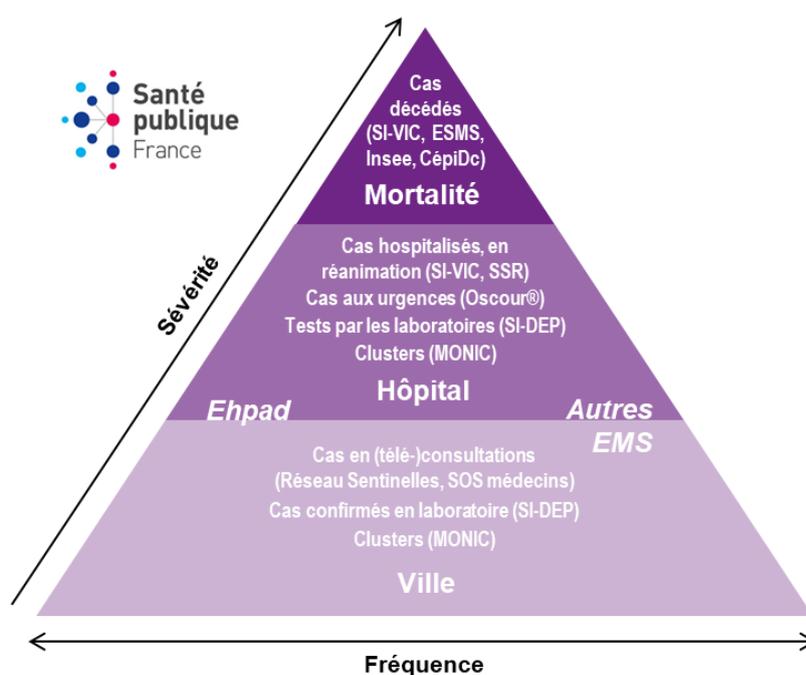
Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 9 juin 2020

* données consolidées

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	102 863
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	29 296

Sommaire	Page
Chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3
Surveillance à partir des laboratoires de virologie	4-5
Surveillance en population : COVIDnet	6
Cas confirmés de COVID-19	7
Signalement des clusters à visée d'alerte	8-9
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	10-11
Surveillance aux urgences	12
Nombre de reproduction effectif «R effectif»	13
Surveillance en milieu hospitalier	14-16
Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)	17
Surveillance des professionnels dans les établissements de santé	18-19
Surveillance de la mortalité	20-23
Enquête sur la vie quotidienne et prévention	24
Discussion	25-27
Méthodes	28

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



CépiDc-Inserm : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ; Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; EMS : Etablissement médico-social ; ESMS : Etablissement 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

Surveillance en médecine ambulatoire

Réseau Sentinelles

La surveillance spécifique du COVID-19 du Réseau Sentinelles (Inserm, Sorbonne Université) a été mise en place le 16 mars 2020 et a ensuite évolué. Après le déconfinement, la surveillance virologique en vigueur des IRA (infection respiratoire aiguë) effectuée par les médecins du réseau a été suspendue durant les semaines 20 et 21 et relayée par une surveillance basée sur les recommandations de la DGS¹ qui préconise la réalisation d'un test pour tout patient suspect de COVID-19. Les prélèvements et analyses sont donc réalisés par les laboratoires de ville depuis la semaine 22.

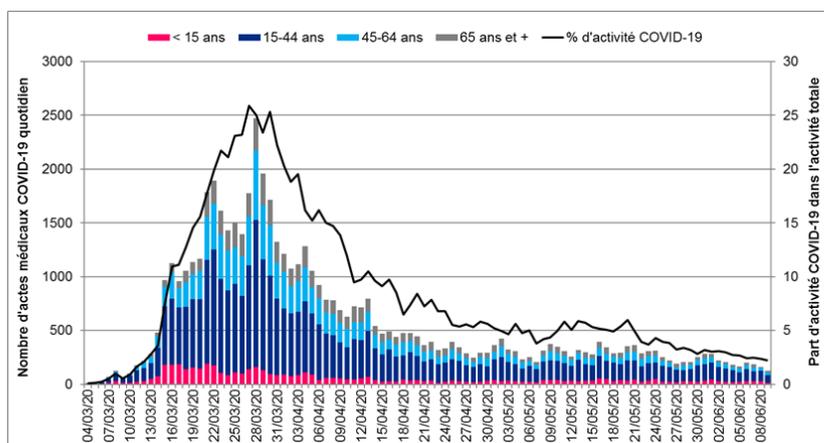
- En semaine 23 (du 1^{er} au 7 juin), le **taux de consultations** (ou téléconsultations) estimé pour une IRA était de **12/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95%: 8;16] en France métropolitaine. Il était stable par rapport à celui de la semaine 22 (du 25 au 31 mai 2020) : 14/100 000 habitants [IC à 95%: 10;18].
- En semaine 23, sur les 128 cas suspects de COVID-19 identifiés, un prélèvement a été prescrit pour 98% d'entre eux. Les résultats des analyses étaient connus pour 56 patients et pour 2 se sont avérés positifs. En semaine 22, un prélèvement a été prescrit pour 94% des 195 cas suspects de COVID-19 identifiés. Parmi les 131 patients pour lesquels le résultat était connu, 4 prélèvements se sont avérés positifs. Ces données seront consolidées au cours des prochaines semaines.

[1] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de ville des patients de covid-19 en phase de déconfinement.

Associations SOS Médecins

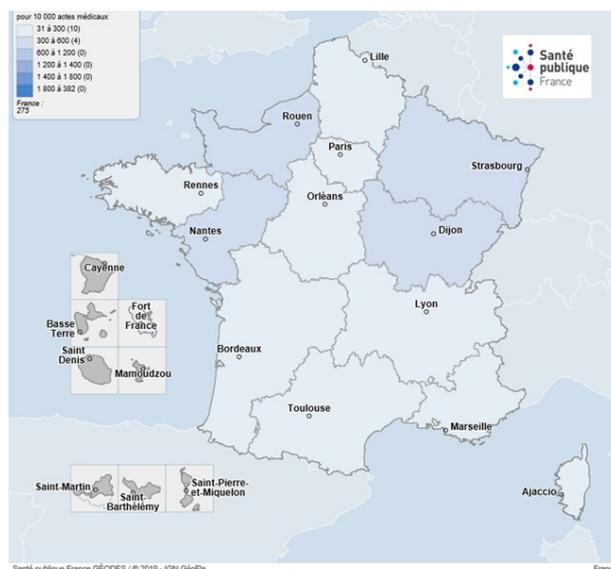
- En semaine 23, 1 456 actes médicaux pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. Ce nombre d'actes était en baisse de 11% par rapport à S22 (1 627 actes), tous âges et par classe d'âge.
- La majorité des actes concernait les 15-44 ans (57%) et les 45-64 ans (18%).
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale tous âges confondus était en baisse : 2,8% en S23 vs 3,3% en S22 (Figure 1).
- En semaine 23, sur l'ensemble des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 enregistrés au niveau national, 17% ont été enregistrés en Île-de-France, 13% en Nouvelle-Aquitaine, 12% en Auvergne-Rhône-Alpes et 11% dans le Grand Est.
- Au niveau national comme au niveau régional, depuis 6 semaines, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 est stable à un niveau bas.
- Depuis le 3 mars 2020, 56 101 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 9 juin 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur la période).

Figure 1. Nombre d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et par classe d'âge depuis le 1^{er} mars 2020, France (source : SOS Médecins)



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

Figure 2. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour 10 000 actes, pour suspicion de COVID-19, semaine 23 (du 1er au 7 juin 2020) (source : SOS Médecins)



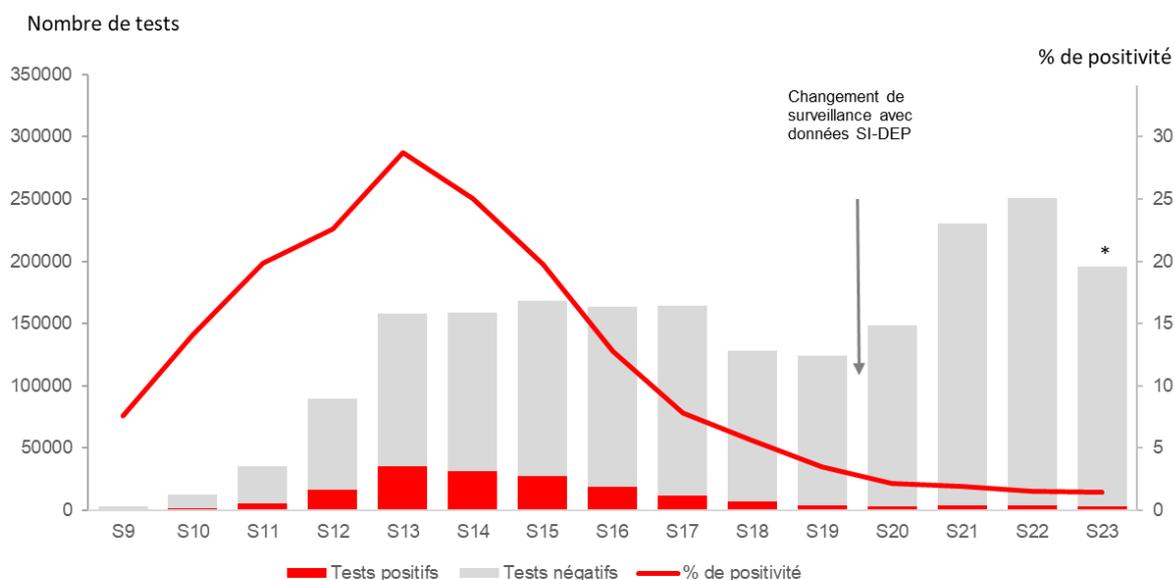
Surveillance virologique

Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou par département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées dans le temps. Ces indicateurs, associés aux autres indicateurs, permettent de suivre la dynamique de l'épidémie.

Jusqu'à ces dernières semaines, la surveillance virologique s'est appuyée sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 Labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis la semaine 20, elle s'appuie sur le système **SI-DEP (système d'information de dépistage)**, opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce nouveau système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés. Prochainement, les données des sérologies seront également transmises.

- **Au 9 juin à 11h**, la quasi-totalité des laboratoires (5 164 sites de prélèvements) a transmis des données.
- Du 31 mai au 6 juin 2020, 194 099 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et pour 2 899 patients, le test s'est avéré positif. **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 1,49%** (calculé sur les tests valides). Ce taux est similaire à celui consolidé de la semaine précédente S22 (1,53%) (Figure 3).

Figure 3. Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité dans les laboratoires, par semaine, France, du 24 février au 9 juin 2020 (source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 SI-DEP)



* données provisoires

- **En France métropolitaine**, le taux de positivité était inférieur à 5% dans l'ensemble des départements (Figure 4), sauf pour la Marne (6,5%). Le taux d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) était **au niveau national de 4,3/100 000 habitants**. Il était inférieur à 10/100 000 h. pour la très grande majorité des départements. Les taux d'incidence les plus élevés ont été observés dans les départements de la Marne (19,3/100 000 habitants), la Meurthe et Moselle (20,9/100 000 h) et la Meuse (26,4/100 000 h) (Figure 5).
- **En outre-mer**
 - A Mayotte, le taux de positivité était de 24,9% et le taux d'incidence de 80,9/100 000 habitants.
 - En Guyane, le taux de positivité était de 19,2% et le taux d'incidence de 26,8/100 000 habitants. Dans ce département, des clusters sont en cours d'investigation.

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

Figure 4. Taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département, France, semaine 23 (31 mai au 6 juin 2020) (source SI-DEP)

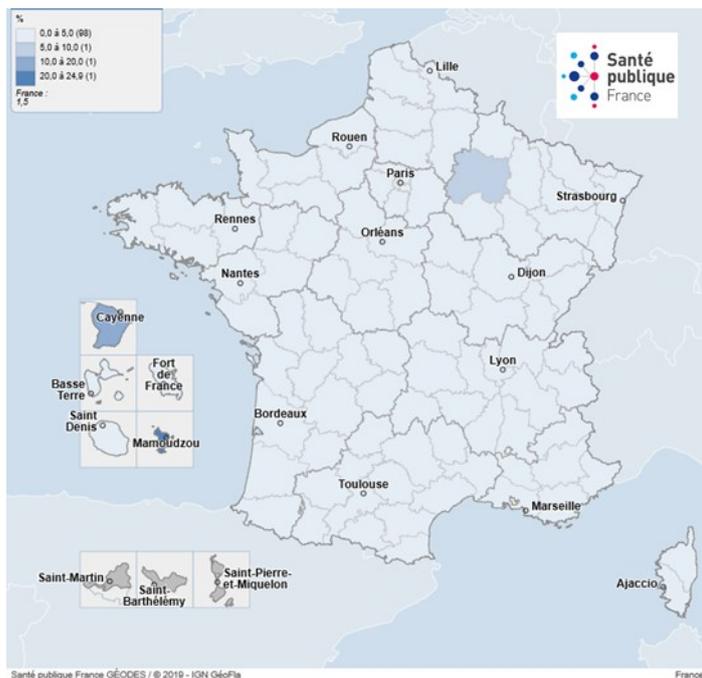
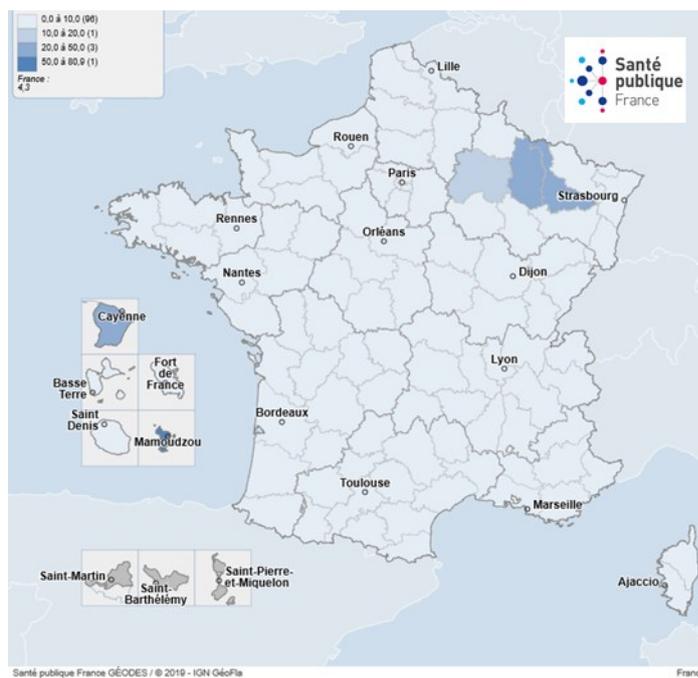
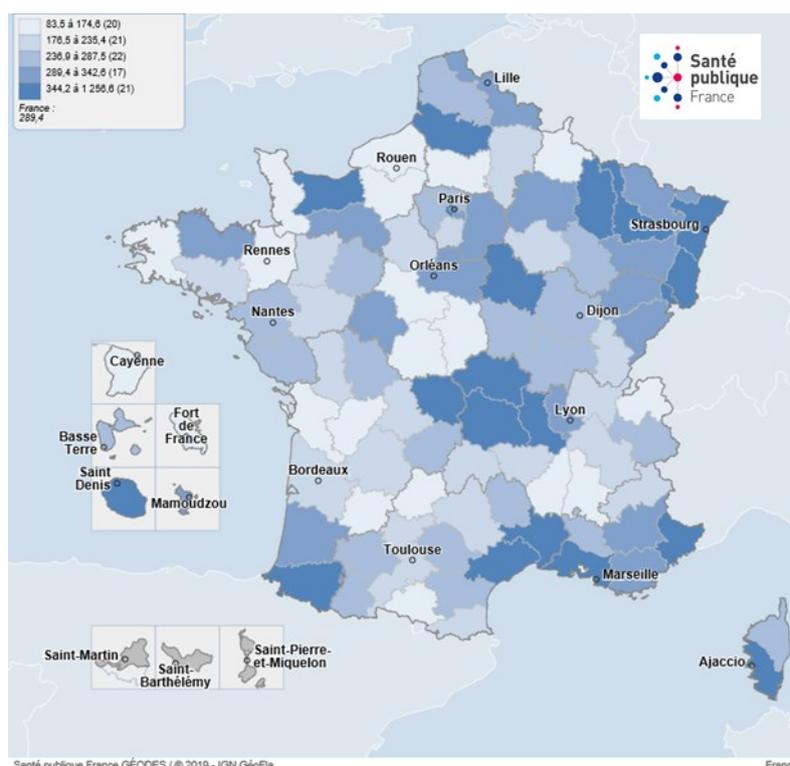


Figure 5. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 pour 100 000 habitants par département, France, semaine 23 (31 mai au 6 juin 2020) (source SI-DEP)



- Le taux de dépistage (nombre de patients testés pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) était de 289,4 pour 100 000 habitants en France. Les départements présentant les plus forts taux de dépistage du 31 mai au 6 juin 2020 étaient la Creuse (1256 / 100 000 habitants), la Meuse (601 / 100 000 h.), la Meurthe-et-Moselle (506,7 / 100 000 hab.) et les Bouches-du-Rhône (500 / 100 000 h.) (Figure 6).
- A Mayotte, le taux de dépistage était de 324 / 100 000 habitants. En Guyane, il était de 140 / 100 000 h.

Figure 6. Taux de dépistage pour le SARS-CoV-2 par département, France, semaine 23 (31 mai au 6 juin 2020) (source SI-DEP)



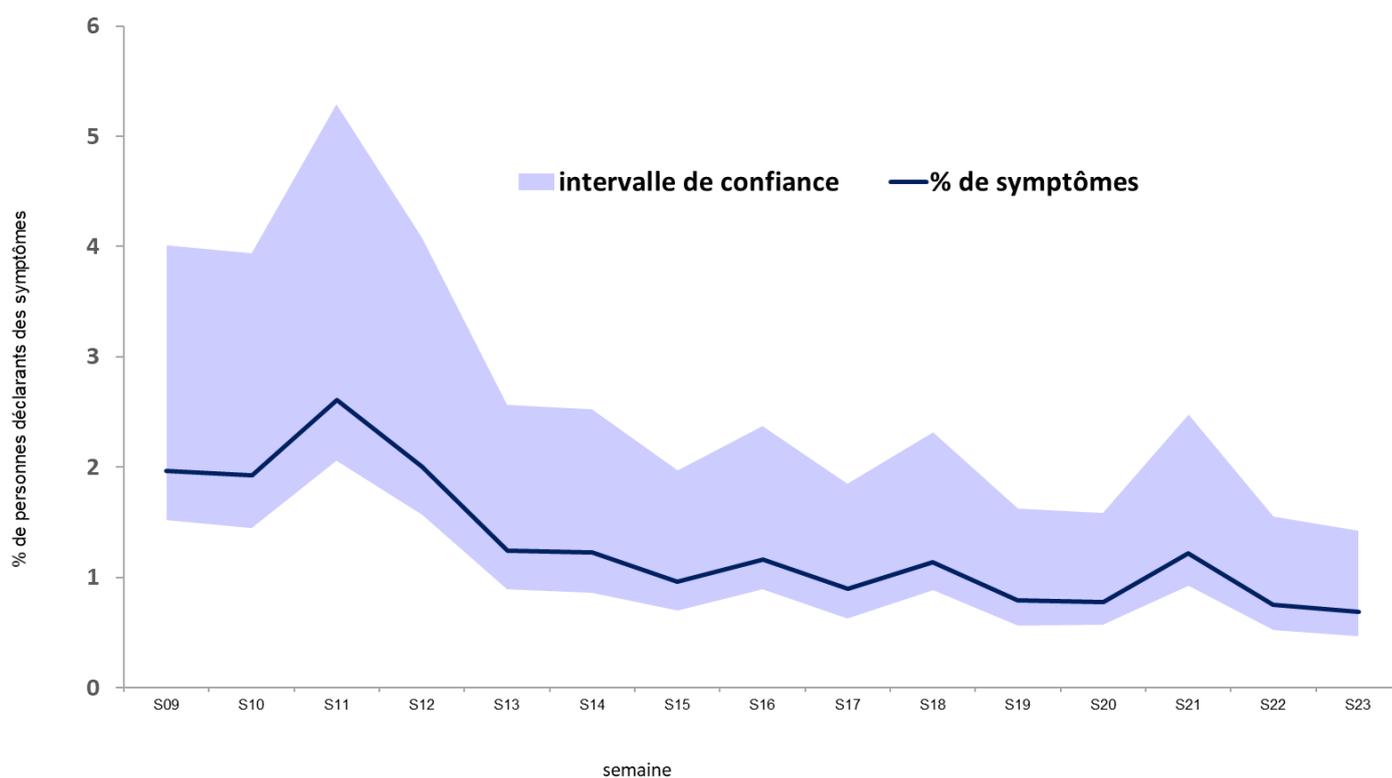
Surveillance en population : COVIDnet

GrippeNet.fr est un réseau de surveillance mis en place en janvier 2012 par le réseau Sentinelles (Inserm – Sorbonne Université) et Santé publique France, avec pour objectif de recueillir directement auprès de la population des données épidémiologiques sur les syndromes grippaux, par Internet et de façon anonyme. Il permet d'étudier les symptômes présentés par les personnes malades qui n'ont pas recours au système de soins.

Depuis le 30 mars 2020, le projet GrippeNet.fr s'est adapté à la surveillance du COVID-19 et est devenu [COVIDnet.fr](https://www.covidnet.fr). Plus de 6 000 personnes remplissent actuellement chaque semaine un questionnaire rapportant les symptômes qu'elles ont éventuellement eus depuis leur dernière connexion.

- 11 984 personnes ont rempli au moins un questionnaire depuis le début de la saison hivernale 2019-20.
- Pour la **semaine 23** (du 1^{er} au 7 juin 2020), **6 071** questionnaires hebdomadaires ont été remplis. Depuis la S17, entre 6 000 et 7 000 questionnaires hebdomadaires sont remplis chaque semaine.
- En semaine 23, la **proportion de participants ayant déclaré des symptômes possiblement dus au SARS-COV-2** était de **0,7%**, en légère diminution par rapport à la semaine précédente (Figure 7).

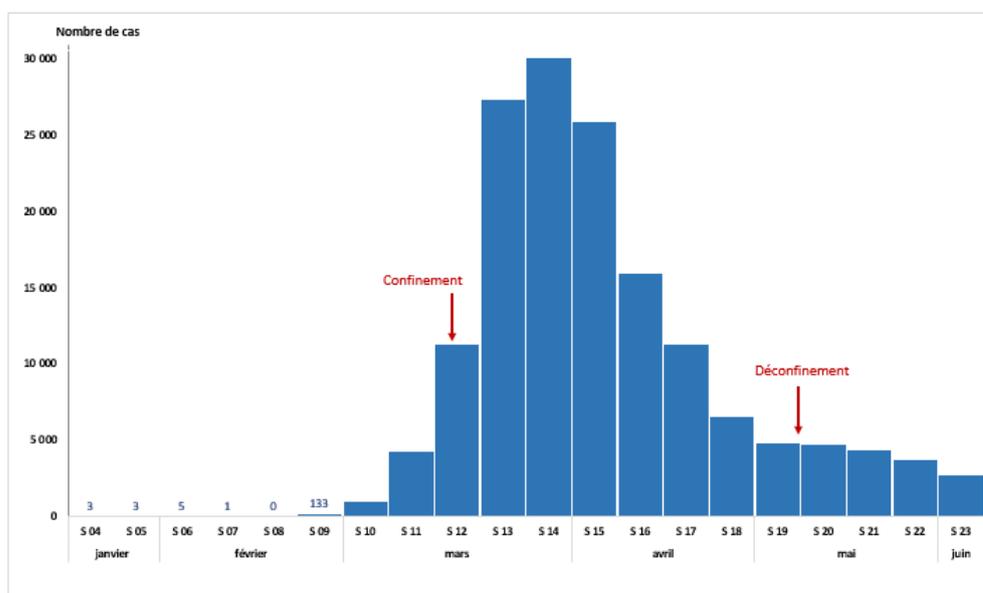
Figure 7. Proportion (%) de participants ayant déclaré des symptômes de SARS-CoV-2 par semaine, depuis la semaine 9, (données du 24 février au 7 juin 2020, source : COVIDnet)



Cas confirmés de COVID-19

- Les données permettant d'estimer le nombre de cas confirmés en France sont issues de plusieurs sources.
- Entre le 21 janvier et le 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France.
- Entre le 26 mars et le 12 mai 2020, 115 010 cas confirmés ont été rapportés (cas incidents hospitaliers et cas positifs en laboratoire) par les remontées des données de laboratoires de biologie médicale (source 3 Labo) et des patients hospitalisés pour COVID-19 (source SI-VIC).
- Depuis le 13 mai 2020, les cas de COVID-19 sont rapportés par le Système d'Information de Dépistage (SI-DEP) permettant une estimation à visée exhaustive des nombres de cas confirmés en France. Entre le 13 mai et le 9 juin 2020, 14 348 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Il est ainsi estimé un total de **154 591 cas confirmés COVID-19** en France au 9 juin 2020.
- Depuis la semaine 14, le nombre hebdomadaire de cas confirmés est en constante diminution avec 2 743 cas répertoriés en semaine 23 (Figure 8)

Figure 8 : Nombre incident de cas confirmés de COVID-19, par semaine rapportés à Santé publique France, du 23 janvier au 9 juin 2020 (données arrêtées le 9 juin 2020).



Au cours de la vague épidémique et jusqu'à la levée des mesures de confinement de la population, tous les patients présentant des signes de COVID-19 n'ont pas systématiquement bénéficié d'un test biologique pour confirmer une infection (recommandations ministérielles du 13 mars 2020). Le nombre réel de cas de COVID-19 en France était donc supérieur au nombre estimé de cas confirmés pendant cette période.

Depuis le déconfinement, il est demandé que les patients présentant des symptômes évocateurs du COVID-19 ainsi que les sujets contact d'un cas confirmé soient dépistés pour le SARS-CoV-2 [1]. A compter de cette date et grâce au système SI-DEP, le nombre de cas confirmés permet désormais d'estimer le nombre réel de cas de COVID-19 en France. Ce nombre peut cependant être sous-estimé du fait de l'absence de dépistage systématique de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

[1] DGS-Urgent. *Prise en charge par les médecins de ville des patients de covid-19 en phase de déconfinement*. Disponible sous : <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/detailsMessageBuilder.do.jsessionid=2505DDB4BD6A44768B7E393635309639.du-dgsurgentic2?id=30805&cmd=visualiserMessage>

Signalement à visée d'alerte des clusters (ou foyers de transmission)

Préambule :

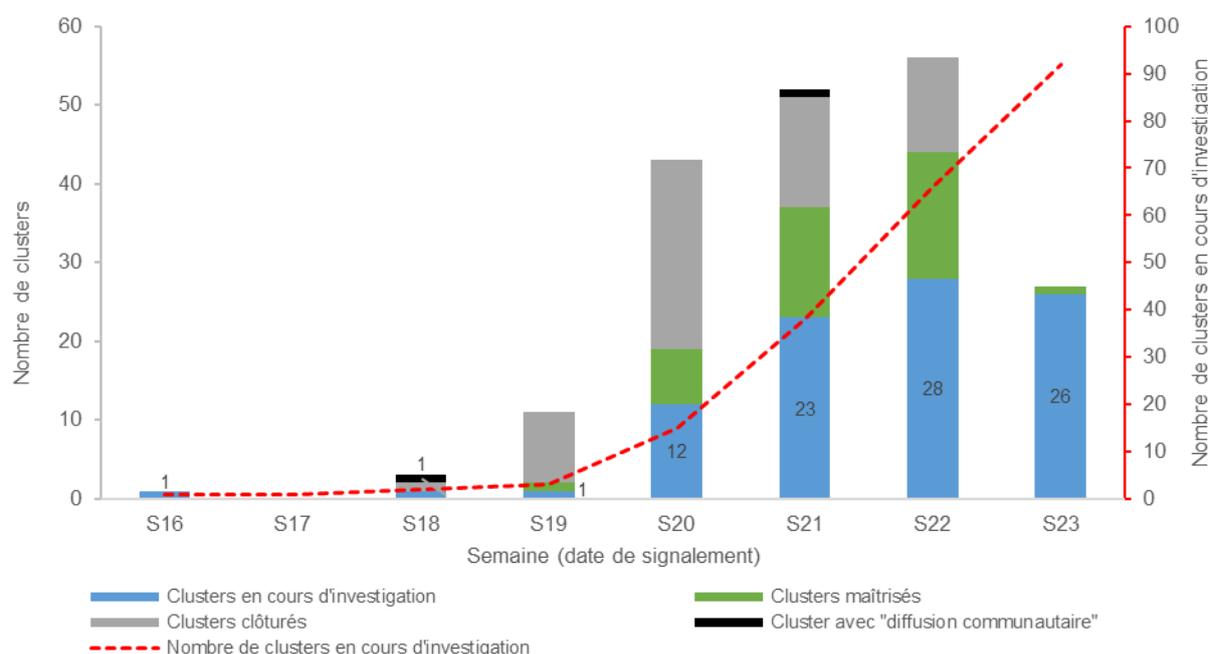
Depuis la levée du confinement, le 11 mai 2020, les ARS en lien avec les cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (foyers de transmission) qui sont détectés, selon le guide en vigueur [1]. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers.

Un **cluster** est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non.

Le système d'information **MONIC** (MONItorage des Clusters), développé par Santé publique France, permet d'analyser les données recueillies et de présenter ce bilan.

- Au 9 juin 2020, le bilan (hors Ehpad et milieu familial restreint) s'élève à 193 clusters inclus depuis le 9 mai : 179 clusters en France métropolitaine et 14 dans les départements régions d'outre-mer. Le nombre hebdomadaire de clusters signalés est en diminution en semaine 23 (n=27) comparativement aux 3 dernières semaines (Figure 9). A noter que la figure 9 rapporte à date d'analyse, le 9 juin, le statut d'évolution des clusters par rapport à leur date de signalement à Santé publique France.
- La moitié des clusters est en cours d'investigation (48%, n=92) (clusters actifs en termes de nouveaux cas avec mise en place de premières mesures) (Figure 10), 20% ont été maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas), 31% sont clôturés (absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine de tous les contacts) et 1% ont diffusé dans la communauté (2 clusters en Guyane). En termes de criticité (potentiel de transmission ou critères de gravité), 81% des clusters ont été évalués de criticité modérée (42%) à élevée (39%). Parmi ceux en cours d'investigation, 41% ont une criticité élevée.
- Parmi l'ensemble des clusters, 67% ont plus de 5 cas. Ils concernent notamment des établissements de santé (29,5%), des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité (15,0% en établissements d'hébergement social et d'insertion, et 5,7% en communautés vulnérables), et plus largement des entreprises (15,5%, en entreprises privées et publiques hors établissements de santé) (Tableau 1).

Figure 9. Distribution des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par semaine de signalement, rapportés à Santé publique France entre le 9 mai et le 9 juin 2020 (N=193) et selon le statut connu au 9 juin 2020 (Source : MONIC)



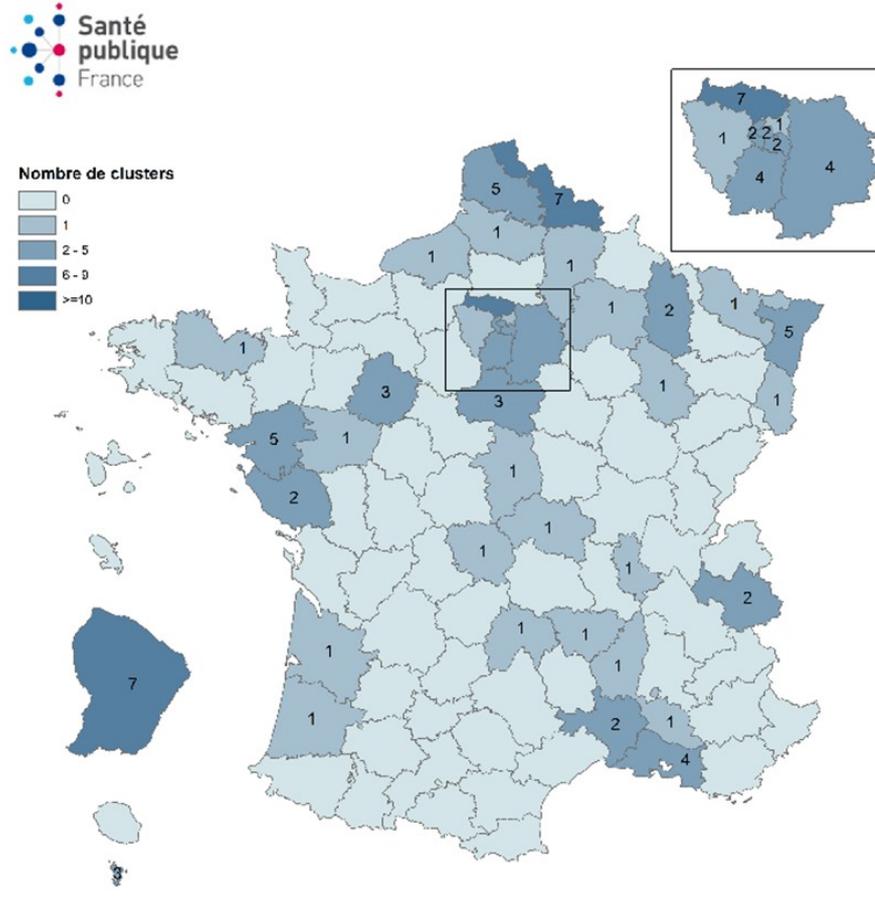
¹ Pour en savoir plus : [Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19](#)

Tableau 1 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par type de collectivités, rapportés à Santé publique France, entre le 9 mai et le 9 juin 2020 (N=193) (données au 9 juin 2020) (Source : MONIC)

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=193	%	N=92	%
Etablissements de santé	57	29,5	31	33,7
Entreprises privées et publiques (hors ES)	30	15,5	11	12,0
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	29	15,0	6	6,5
EMS de personnes handicapées	15	7,8	5	5,4
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	13	6,7	10	10,9
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	11	5,7	6	6,5
Milieu scolaire et universitaire	7	3,6	3	3,3
Etablissement pénitentiaires	5	2,6	3	3,3
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	3	1,6	2	2,2
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	2	1,0	1	1,1
Crèches	2	1,0	1	1,1
Structure de l'aide sociale à l'enfance	1	0,5	1	1,1
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Transport (avion, bateau, train)	0	-	0	-
Autre	18	9,3	12	13,0

ES : établissement de santé
EMS : établissement médico-social

Figure 10 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) en cours d'investigation par département, rapportés à Santé publique France, entre le 9 mai et le 9 juin 2020 (N=92) (données au 9 juin 2020) (Source MONIC)



Source : Santé publique France

Surveillance dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Préambule : du fait du délai court entre le signalement par les établissements et la production du point épidémiologique, les données les plus récentes ne sont pas consolidées. Les processus d'assurance qualité mis en place au niveau régional peuvent conduire à des corrections de données. Ceci est particulièrement mis en exergue par la faible quantité de nouveaux signalements déclarés.

- Entre le 1^{er} mars et le 8 juin 2020, **8 115 signalements** rapportaient un ou plusieurs cas de COVID-19 déclarés dans le portail national des signalements de Santé publique France et le portail de l'ARS Ile-de-France.
- Il s'agissait de **5 105 (63%) signalements** provenant d'**établissements d'hébergements pour personnes âgées** (EHPAD, EHPA et autres établissements) et **3 010 (37%) d'autres établissements médico-sociaux (ESMS)**.
- Parmi les 8 115 signalements (Tableau 2) :
 - **37 599 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents.
 - **10 384 cas sont décédés dans l'établissement d'accueil**, dont 10 301 (99%) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
 - **3 846 cas sont décédés à l'hôpital**.
 - **20 162 cas confirmés** ont été rapportés parmi les membres du **personnel des ESMS**.
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 7 juin 2020, 3 357 épisodes avec au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel ont été signalés par des établissements d'hébergements pour personnes âgées (EHPA) en France.
 - Au cours des deux dernières semaines, entre le 25 mai et le 7 juin, parmi l'ensemble des EHPA en France, 2,1% (n=224) ont déclaré au moins un nouveau cas confirmé de COVID-19 parmi les résidents ou le personnel.
 - Sur la même période, parmi les EHPA en France (Ile-de-France exclue), 41 (0,44%) ont signalé un nouvel épisode (date de début des signes du premier cas ou à défaut date de signalement comprise entre le 25 mai et le 7 juin).

Tableau 2 : Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'établissement, chez les résidents et le personnel dans les ESMS, rapportés du 1^{er} mars au 8 juin 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements	5 105	2 327	359	324	8 115
Cas confirmés	34 031	3 176	128	264	37 599
Chez les résidents					
Décès hôpitaux	3 626	199	0	21	3 846
Décès établissements	10 301	72	0	11	10 384
Chez le personnel					
Cas confirmés	16 351	3 353	272	186	20 162

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

²Hébergement pour personnes handicapées (FAM, IME, autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficient auditifs et visuels), autre établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement)

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

⁴Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement)

⁵Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible.

⁶Cas confirmé COVID-19 : toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2 parmi les personnes résidentes ou les membres du personnel d'un ESMS/EHPA.

⁷Cas possibles et confirmés décédés

- Après la décroissance observée depuis début avril, **le nombre de signalements reste très faible depuis début mai (Figure 11).**
- La **proportion de nouveaux cas** confirmés chez les résidents en EHPA **est resté faible** sur les 14 derniers jours (semaines 22 et 23 : du 25 mai au 7 juin 2020) (Figure 12). Cette proportion a été calculée en rapportant le nombre de cas des EHPA sur les effectifs totaux de résidents en EHPA en 2020 recensés par la DREES (base FINESS).
- **Le nombre de décès chez les résidents** a atteint un pic début avril et décroît depuis (Figure 13).

Figure 11. Nombre de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19, par date de début des signes du premier cas, du 1^{er} mars au 8 juin 2020, France (hors Ile-de-France) (n=6 306)

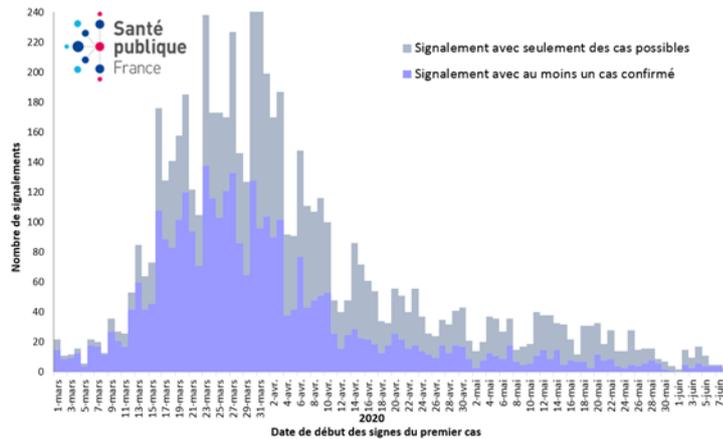
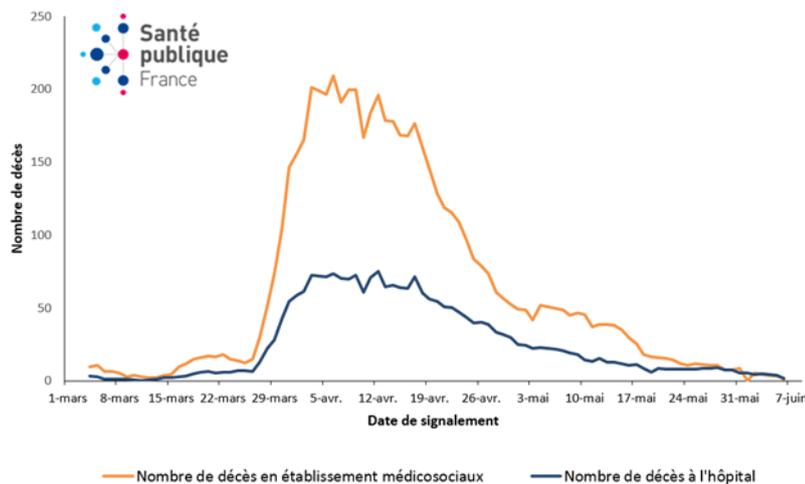


Figure 12 : Proportion (%) de nouveaux cas confirmés de COVID-19 chez les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) par date de signalement, en semaines 22 et 23 (du 25 mai au 7 juin 2020), par région, en France



Figure 13. Nombre moyen* de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès, rapportés du 1^{er} mars au 7 juin 2020, en France hors Ile-de-France (*moyenne glissante sur 7 jours).



Passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (Réseau OSCOUR®)

Depuis le 24 février 2020, 166 493 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 9 juin 2020, intégrant l'ensemble des services ayant transmis au moins une fois sur la période).

- **En semaine 23** (du 1^{er} au 7 juin), 2 688 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 1,1% de l'activité totale des services d'urgence du réseau Oscour®.
- Ces passages étaient en diminution de 33% par rapport à la semaine 22 tant en effectif qu'en part d'activité (3 964 passages et 1,6% de l'activité totale en S22 – données consolidées au 9 juin) (Figure 14).
- En semaine 23, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 enregistrés au niveau national, 26% étaient enregistrés en Île-de-France, 9% en Pays de la Loire, 9% en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 8% en Grand Est.
- En semaine 23, les passages aux urgences étaient en baisse pour la 10^{ème} semaine consécutive au niveau national et en région.
- La proportion d'hospitalisation après passage pour suspicion de COVID-19 tous âges, indicateur de gravité à l'arrivée aux urgences, était en légère hausse à 36% (33% en S22 - données consolidées au 9 juin 2020).

Figure 14. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et classe d'âge, depuis le 1^{er} mars 2020 (source: OSCOUR®)

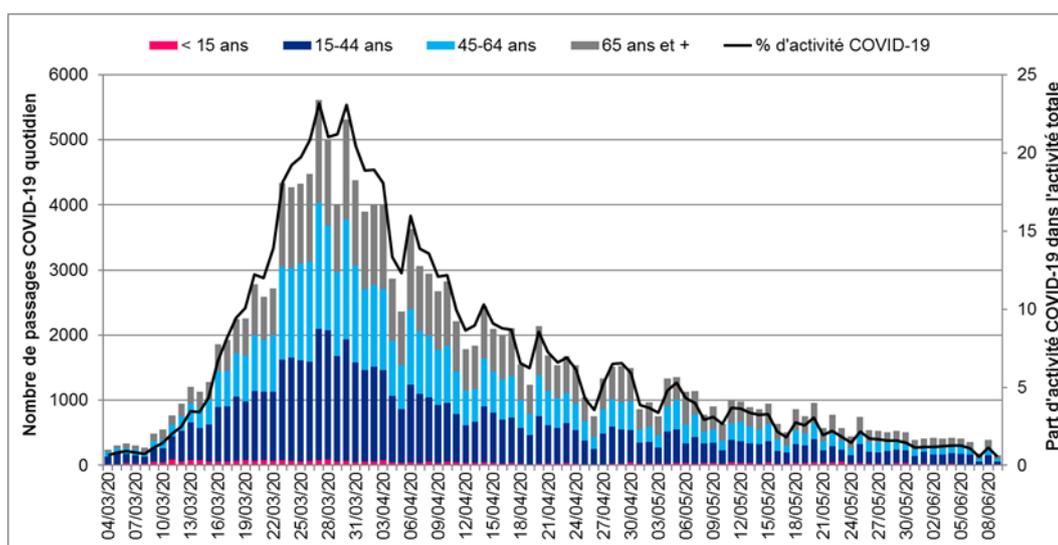
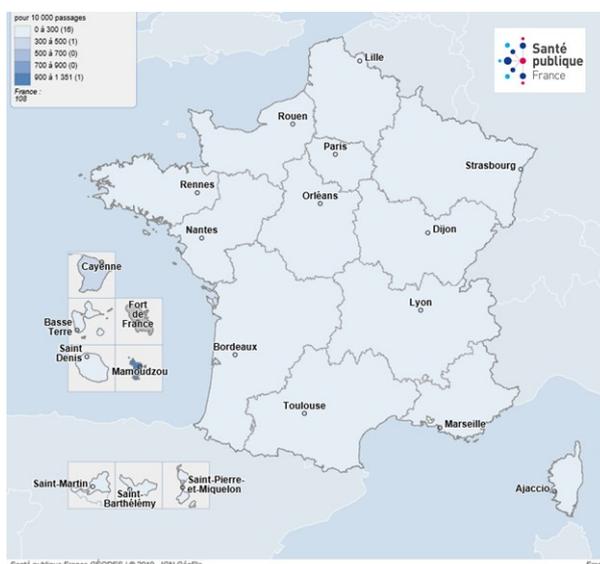


Figure 15. Taux de passages hebdomadaires pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, semaine 23 (source : OSCOUR®)



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 Cori [1], avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont produites à partir des données du dispositif OSCOUR (nombre quotidien de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19). Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas. Le nombre de reproduction estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines auparavant (délai entre infection et consultation aux urgences). Les valeurs de R ne doivent pas être interprétées de façon isolée, mais doivent être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles. Prochainement, une estimation complémentaire du R effectif sera produite à partir des données du réseau SI-DEP.

- Le nombre de reproduction effectif national calculé à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (Tableau 3) est de 0,73 (intervalle de confiance (IC95%) : 0,71-0,76) et est donc inférieur à 1. Ceci signifie ainsi qu'une personne infectée en contamine moins d'une autre et que par conséquent l'épidémie est en régression en France.
- Le 15 mars 2020, soit quelques jours avant le pic de l'épidémie, le R effectif avait été estimé à 2,8. Il a ensuite diminué et le 11 mai 2020, lors de la mise en place du déconfinement, il était de 0,8. Il est globalement stable depuis cette date.
- En région, le nombre de reproduction R effectif est inférieur à 1 dans la quasi-totalité des régions. Il est de 1,09 (IC95% : 0,95-1,24) en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cette estimation est à lier à la survenue de plusieurs clusters dans cette région (cf. section « signalement des clusters à visée d'alerte »). A Mayotte, l'estimation du R effectif repose sur les données d'un seul établissement et peut être peu représentative de la situation locale.

Tableau 3 : Nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des données OSCOUR par région, France entière, sur 7 jours glissants, du 30 mai au 5 juin 2020 (Source : OSCOUR)

Régions	R effectif	Intervalle de confiance (95%)
Auvergne-Rhône-Alpes	0,59	0,51-0,68
Bourgogne-Franche-Comté	0,86	0,74-0,99
Bretagne	0,60	0,51-0,70
Centre-Val de Loire	0,63	0,51-0,77
Corse	0,76	0,49-1,09
Grand Est	0,63	0,55-0,71
Guadeloupe	NC	NC
Guyane	0,94	0,75-1,16
Hauts-de-France	0,69	0,60-0,79
Ile-de-France	0,69	0,65-0,74
La Réunion	NC	NC
Martinique	NA	NA
Mayotte	0,78	0,65-0,92
Normandie	0,65	0,52-0,79
Nouvelle-Aquitaine	0,84	0,73-0,97
Occitanie	0,69	0,59-0,80
Pays de la Loire	0,98	0,87-1,10
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,09	0,95-1,24
France	0,73	0,71-0,76

NA : données non disponibles ; NC : le taux de reproduction n'est pas calculable de façon fiable en raison d'un nombre de cas insuffisant sur les 7 derniers jours.

[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, pp. 1505-1512

Surveillance en milieu hospitalier

Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile (données SI-VIC)

- Depuis le 1^{er} mars 2020, 1 479 établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Parmi les **102 863 patients** ayant été hospitalisés **depuis le 1^{er} mars** (Tableau 4).
 - L'âge médian des patients est de 72 ans et 53% sont des hommes.
 - 18 912 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 71 506 patients sont retournés à domicile.
- Le **9 juin 2020**, **11 961 cas** de COVID-19 étaient **hospitalisés** en France dont 955 cas en réanimation.

Tableau 4. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 9 juin 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars par classe d'âge et par région, France (source SI-VIC),

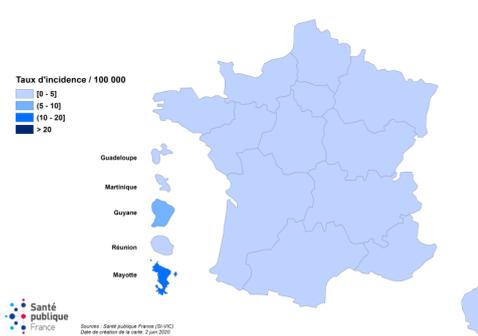
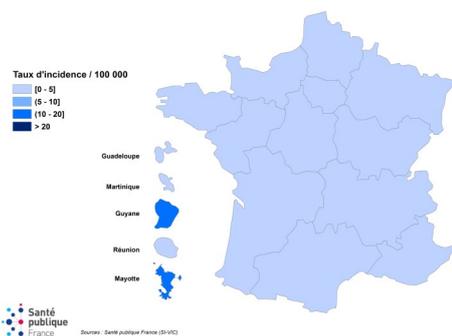
	Le 09 juin 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	11 961		955		71 506		18 912	
Classes d'âge *								
Total	11 868		948		71 014		18 803	
0-14 ans	42	<1	5	<1	822	1	3	<1
15-44 ans	575	5	74	8	9 787	14	188	1
45-64 ans	2 327	20	347	37	21 224	30	1 930	10
65-74 ans	2 496	21	343	36	13 543	19	3 343	18
75 et +	6 428	54	179	19	25 638	36	13 339	71
Régions *								
Total	11 915		926		71 496		18 892	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	865	7	67	7	7 339	10	1 707	9
Bourgogne-Franche-Comté	299	3	22	2	3 640	5	1 027	5
Bretagne	160	1	11	1	1 192	2	255	1
Centre-Val de Loire	543	5	29	3	1 815	3	523	3
Corse	26	<1	6	1	233	<1	58	<1
Grand Est	1 646	14	101	11	11 419	16	3 500	19
Hauts-de-France	1 255	11	100	11	5 962	8	1 785	9
Ile-de-France	5 288	44	444	48	25 895	36	7 274	39
Normandie	290	2	14	2	1 535	2	425	2
Nouvelle-Aquitaine	189	2	19	2	2 060	3	405	2
Occitanie	168	1	19	2	2 769	4	503	3
Pays de la Loire	295	2	14	2	1 873	3	455	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	776	7	62	7	5 074	7	919	5
Outre-Mer								
La Réunion	19	<1	1	<1	123	<1	1	<1
Martinique	10	<1	0	0	87	<1	14	<1
Mayotte	41	<1	12	1	282	<1	23	<1
Guadeloupe	12	<1	0	0	74	<1	16	<1
Guyane	33	<1	5	<1	124	<1	2	<1

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

Figure 16. Taux d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, sur les 7 derniers jours (du 3 au 9 juin 2020) comparé aux 7 jours précédents (du 27 mai au 2 juin), par région en France (source : SI-VIC)

du 3 au 9 juin 2020

du 27 mai au 2 juin 2020



- Les plus forts taux d'hospitalisations hebdomadaires (du 3 au 9 juin) de patients COVID-19 ont été observés en Guyane (19,6/100 000 habitants) et à Mayotte (12,2/100 000 h). Les taux d'hospitalisation hebdomadaires dans les régions Grand Est et Ile-de-France ont continué de diminuer (respectivement 4,1 et 2,9/ 00 000 h).
- La tendance à la diminution ou la stabilisation à des niveaux bas des taux d'hospitalisations a été observée dans toutes les régions de France métropolitaine. En **Guyane**, une forte augmentation de l'incidence des hospitalisations a été observée par rapport à la semaine précédente et atteint 19,6/100 000 habitants (Figure 16). A **Mayotte**, les taux d'hospitalisations hebdomadaires restent stables à un **niveau élevé** (12,2/100 000 habitants).
- Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 continue de décroître en semaine 23 (du 1 au 7 juin) : 1 156 en S23 versus 1 738 en S22 (Figure 17).
- Le nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés observé est en constante diminution depuis le 14 avril (Figure 18).

Figure 17. Nombre journalier de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés et nombre d'établissements déclarant, données au 9 juin 2020, France (source : SI-VIC)

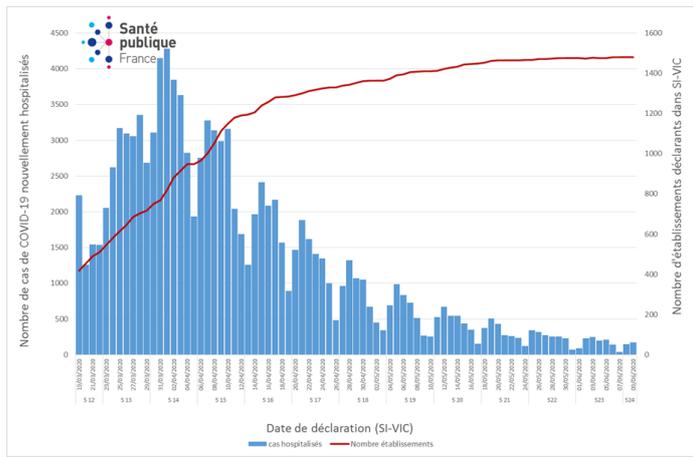
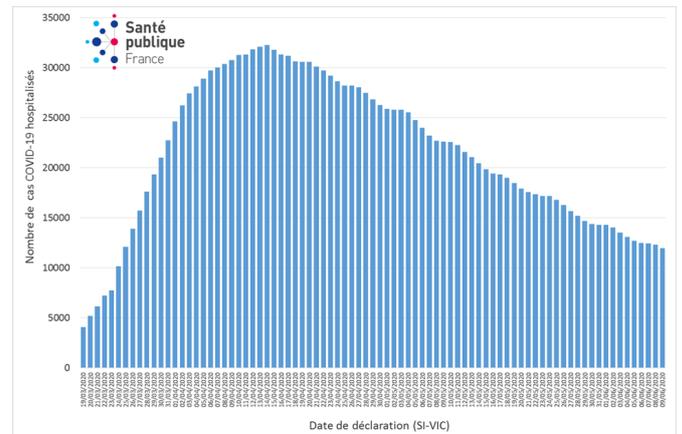


Figure 18. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en France, données au 9 juin 2020 (source : SI-VIC)



Au 9 juin 2020, 955 cas de COVID-19 étaient toujours hospitalisés en réanimation en France .

- Le 9 juin 2020, 15 nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 ont été rapportées (Figure 19).
- Le nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation continue de diminuer en semaine 23 (129 en S23 versus 226 en S22) (Figure 19).
- Le nombre journalier de cas hospitalisés en réanimation est **toujours en diminution** depuis le 8 avril (Figure 20) et passe le 9 juin en dessous de 1 000 patients, pour la première fois depuis le début du mois de mars.
- Une stabilisation ou tendance à la diminution a été observée dans toutes les régions de France métropolitaine et départements régions d'outre-mer (Figure 21), sauf en Guyane. Les plus forts taux d'admissions hebdomadaires en réanimation (du 3 au 9 juin) de patients COVID-19 ont été observés à Mayotte (1,1/100 000 habitants) et en Guyane (1,0/100 000 habitants).

Figure 19. Nombre journalier de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 France, données au 9 juin 2020 (source : SI-VIC)

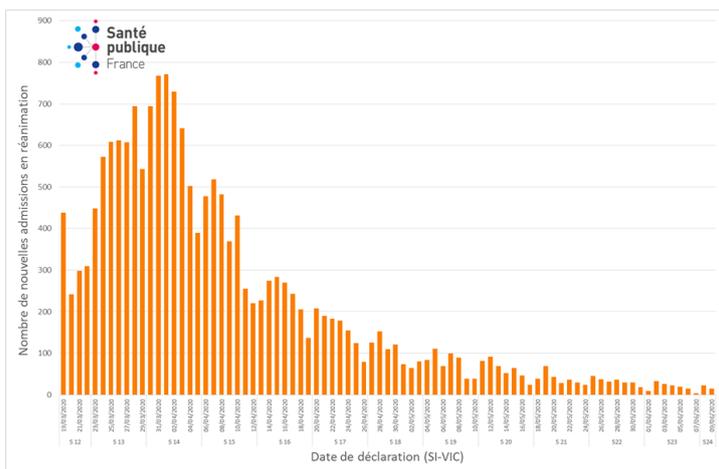


Figure 20. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation, données au 9 juin 2020, France (source : SI-VIC)

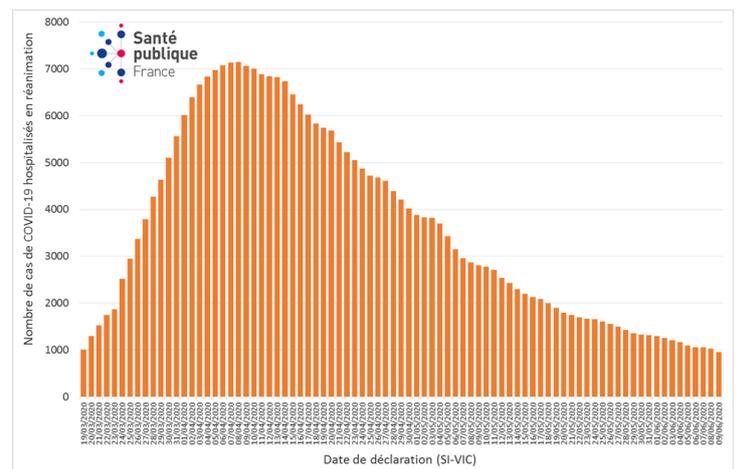
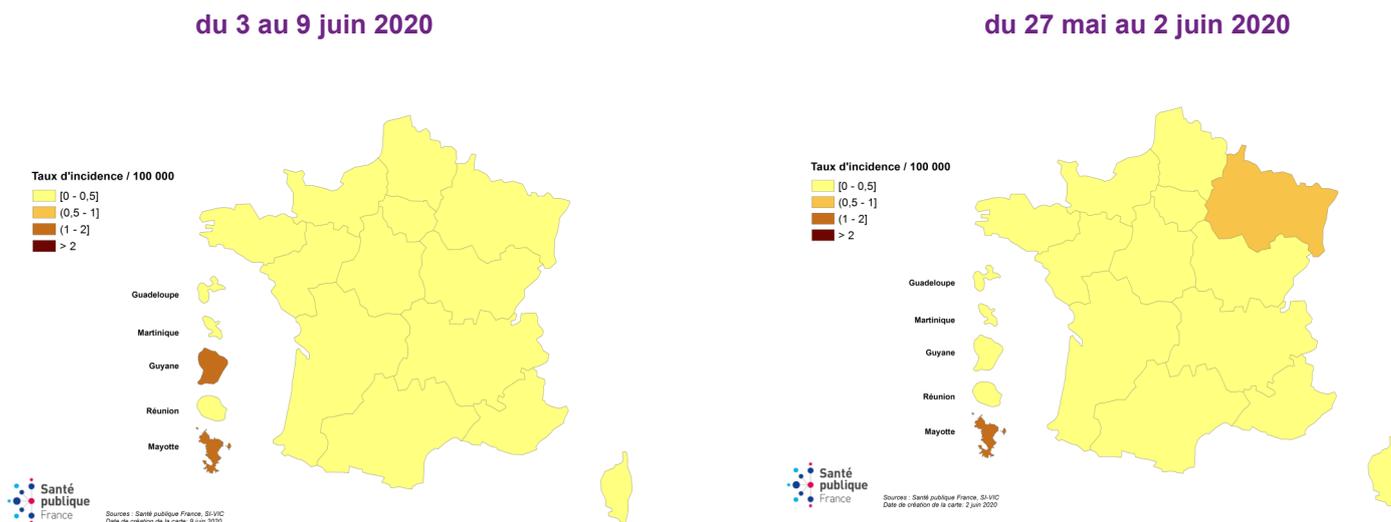


Figure 21. Taux d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants sur les 7 derniers jours (du 3 au 9 juin 2020) comparé aux 7 jours précédents (du 27 mai au 2 juin 2020), par région, en France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire de décès survenus au cours d'une hospitalisation continue de diminuer depuis la semaine 14. Il était de 342 décès en S23 versus 476 en S22 (Figure 22).
- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation était de 2 606 en semaine 23 (versus 3 919 en S22) (Figure 23).

Figure 22. . Nombre journalier de nouveaux décès survenus au cours de l'hospitalisation, France, données au 9 juin 2020 (source : SI-VIC)

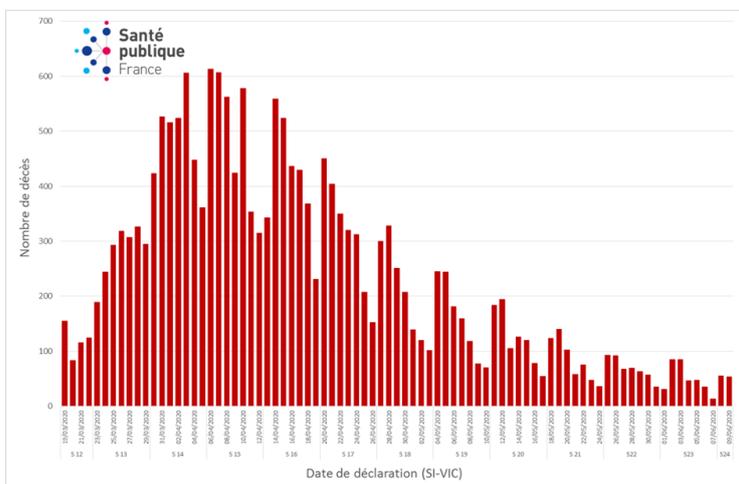
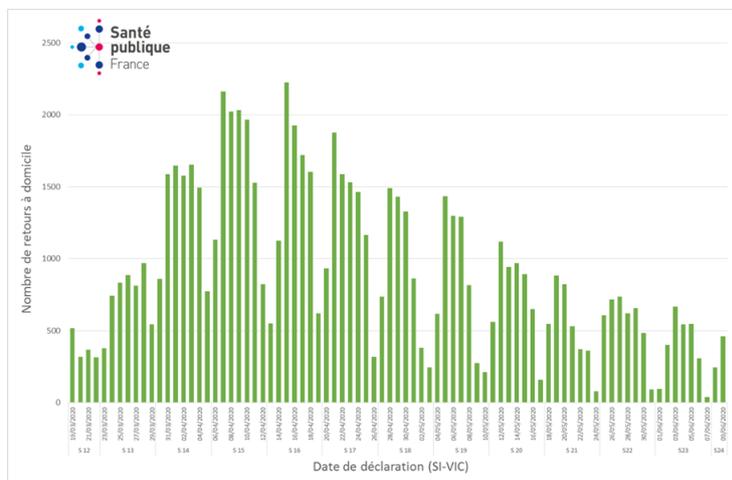


Figure 23. Nombre journalier de retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation, France, données au 9 juin 2020 (source : SI-VIC)

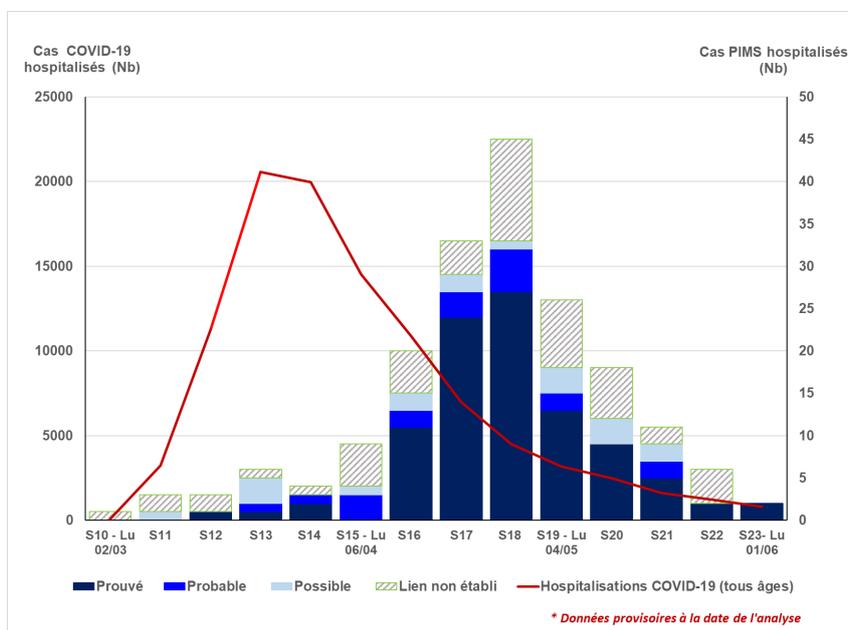


Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)

Fin avril 2020, suite au signalement de cas de myocardite avec état de choc cardiogénique chez des enfants avec une infection COVID-19 récente, Santé publique France et les sociétés savantes de pédiatrie ont mis en place une surveillance active de ces tableaux cliniques atypiques. La méthodologie et les premiers résultats de cette surveillance sont disponibles sous : <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2001010>.

- Au **9 juin 2020**, **187 signalements** de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) survenus **depuis le 1er mars 2020**, ont été rapportés.
- Quatre-vingt-seize cas (51%) ont concerné des filles. L'âge médian (50%) des cas était de 7 ans (25% des cas avaient ≤ 3 ans et 75% ≤ 11 ans).
- Une PCR et/ou sérologie pour SARS-CoV-2 étaient positives dans plus de la moitié des cas (n=97, 52%). Le lien au virus était probable chez 19 autres patients (10%) (contage avec un sujet positif ou scanner évocateur) et considéré comme possible chez 18 autres (10%). Pour les 53 patients restants (28%), ce lien n'a pas pu être établi.
- Pour les 134 cas pour lesquels le lien avec le COVID-19 était possible, probable ou prouvé, les PIMS étaient associés à une myocardite pour 92 patients (69%). Pour les 53 cas sans lien établi avec le COVID-19, une myocardite n'a été retrouvée que pour 5 d'entre eux.
- Un séjour en réanimation a été nécessaire pour 85 enfants et en unité de soins critiques pour 28. Les autres enfants ont été hospitalisés en service de pédiatrie. Un seul enfant, âgé de 9 ans, est décédé, dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite.
- Après un pic observé en semaine 18 (semaine d'hospitalisation), le nombre de nouveaux cas signalés a diminué de manière importante (2 cas en semaine 23 vs 45 en semaine 18) (Figure 24). La comparaison de la distribution hebdomadaire des hospitalisations pédiatriques pour PIMS ainsi que celle des hospitalisations pour COVID-19, tous âges confondus, depuis début mars 2020 est en faveur d'un délai moyen de survenue des PIMS de 4 à 5 semaines après l'infection par le SARS-CoV-2 (Figure 24).
- **Plus de la moitié des cas** (n=97) a été rapportée dans la région **Ile-de-France**, et entre 10 et 20 cas en Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est et Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- **Au total, les données recueillies confirment l'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique rare chez l'enfant avec fréquente atteinte cardiaque, lié à l'épidémie de COVID-19, également observé dans d'autres pays.** En France, l'incidence des PIMS en lien avec le COVID-19 (134 cas) a été estimée à **9,2 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans** (soit : 14 511 544 habitants, données INSEE 2019).

Figure 24. Distribution hebdomadaire des hospitalisations pour PIMS, en fonction du lien avec la COVID-19, et des hospitalisations COVID-19, tous âges, France, 2 mars au 7 juin 2020 (données au 9 juin 2020*)



Surveillance des professionnels des établissements de santé

Cette surveillance a été mise en place le 22 avril 2020 et a pour objectif de recenser les professionnels salariés d'un établissement de santé (ES) d'hospitalisation, public ou privé, ayant été infectés par le SARS-CoV-2 depuis le 1^{er} mars 2020. Ces professionnels font partie d'une population particulièrement exposée au SARS-CoV-2.

Les cas sont définis comme tout professionnel travaillant en établissement de santé dont l'infection par le SARS-CoV-2 est confirmée par PCR, mais également les cas probables (clinique, historique de contact ou imagerie évocatrices), reconnus comme infectés par la cellule « COVID-19 » ou l'infectiologue référent de l'ES. Ces premiers résultats ne concernent pas les professionnels de santé libéraux qui peuvent, s'ils ont été atteints, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#).

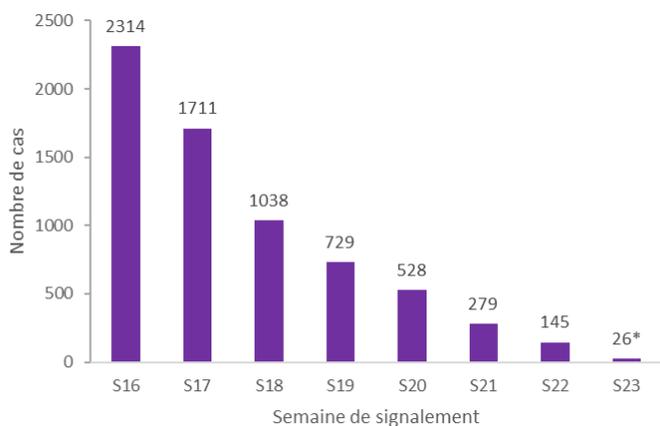
- Depuis le 1^{er} mars, **30 675** cas ont été rapportés par **1 165** établissements répartis dans les 18 régions françaises (Tableau 5). Le taux de participation par région parmi l'ensemble des établissements était en moyenne de 35% (minimum : 19% - maximum 63%). Parmi les 29 CHR-CHU français, 26 ont participé à l'enquête.
- Parmi les **30 675 cas**, **25 727 (84%)** étaient des professionnels de santé et **3 160 (10%)** des professionnels non soignants. Pour 6% des cas, la catégorie professionnelle n'était pas renseignée. Le nombre de cas rapportés par semaine continue de diminuer (Figure 25).
- Une grande partie des cas était des infirmiers (**n=8 776, 29%**) ou des aides-soignants (**n=7 454, 24%**).
- En référence aux données issues de la base SAE 2018, selon la région, la proportion de professionnels en ES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels en ES de la région varie de 0,1% à 4,3% (Figure 26). Selon la catégorie professionnelle, les aides-soignants (3,3%) et les internes (3,0%) ont été les professions proportionnellement les plus impactées (Tableau 6).
- Parmi ces **30 675 cas**, 16 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 ont été rapportés depuis le 1^{er} mars 2020, dont 5 médecins, 4 aides-soignants, 1 professionnel de santé « autre » et 6 professionnels non soignants.

NB : chaque semaine, un référent par établissement fournit ces données qui sont susceptibles d'évoluer au cours de la période de surveillance.

Tableau 5 : Répartition du nombre d'établissements de santé déclarant et du nombre de cas chez les professionnels COVID-19 déclarés, par région, depuis le 1^{er} mars 2020 (données au 7 juin), France.

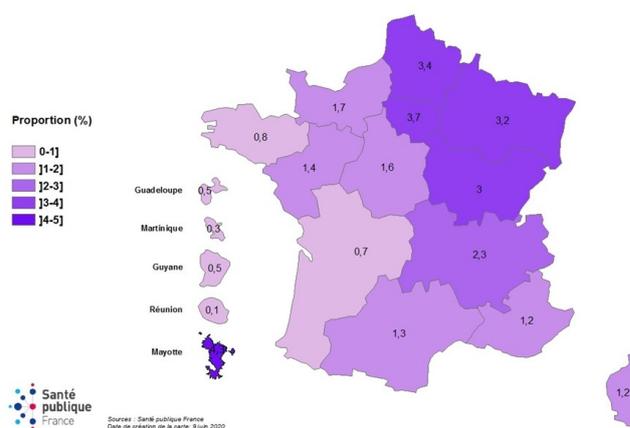
Région	Nombre d'ES ayant participé à la surveillance	Nombre de cas
Auvergne-Rhône-Alpes	162	3 510
Bourgogne-Franche-Comte	57	1 953
Bretagne	61	565
Centre-Val-de-Loire	47	783
Corse	6	83
Grand Est	86	4 056
Guadeloupe	9	41
Guyane	7	21
Hauts-de-France	142	4 364
Ile-de-France	132	9 429
La Réunion	14	2
Martinique	9	27
Mayotte	1	112
Normandie	73	1 224
Nouvelle-Aquitaine	77	854
Occitanie	97	1 400
Pays-de-la-Loire	62	949
Provence-Alpes-Côte d'Azur	123	1 302
Total	1 165	30 675

Figure 25 : Nombre de cas COVID-19 déclarés chez les professionnels (n=6 770), par semaine de signalement, depuis le 13 avril 2020 (données au 7 juin), France.



* Les données pour la semaine 23 sont en cours de consolidation
 Note : Les cas antérieurs au 13 avril 2020 (N = 23 905 cas) ont été signalés à Santé publique France de manière rétrospective et agrégée sans précision sur leur semaine de signalement.

Figure 26 : Proportion (%) de professionnels en ES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 depuis le 1^{er} mars 2020 (n=28 082) parmi l'ensemble des professionnels en ES par région, France.**



**Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : SAE, données 2018 <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>
 NB : Les cas pour lesquels la profession était inconnue, et les élèves n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, en l'absence de dénominateur connu.

Tableau 6 : Proportion (%) de professionnels en ES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels en ES, par catégorie professionnelle (n=28 082), France (données au 7 juin).**

	IDE	AS	MED	INT	KINE	SF	Autres PS	Autres non PS	TOTAL
Auvergne-Rhône-Alpes	2,5	3,7	2,6	2,8	2,8	1,3	2,0	1,2	2,3
Bourgogne-Franche-Comte	3,6	5,3	3,5	4,4	5,5	0,8	2,6	1,0	3,0
Bretagne	0,9	1,3	1,1	2,1	1,1	0,2	0,9	0,2	0,8
Centre-Val-de-Loire	1,8	3,0	1,8	0,6	2,4	0,2	1,7	0,6	1,6
Corse	0,9	2,6	1,8	4,2	0,0	0,0	1,2	0,2	1,2
Grand Est	3,6	4,3	3,9	3,5	4,1	2,5	3,6	1,5	3,2
Guadeloupe	0,5	0,5	2,7	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,5
Guyane	0,5	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5
Hauts-de-France	4,1	5,4	3,4	2,3	2,1	1,1	3,4	1,5	3,4
Ile-de-France	4,3	5,6	4,2	5,1	4,7	2,1	4,5	1,2	3,7
La Réunion	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Martinique	0,5	0,4	0,5	0,3	0,0	2,7	0,1	0,0	0,3
Mayotte	3,8	6,8	9,2	0,0	0,0	4,2	3,5	2,9	4,3
Normandie	2,0	2,6	2,3	2,0	1,8	0,6	1,7	0,7	1,7
Nouvelle-Aquitaine	0,9	1,0	0,9	1,1	1,2	0,5	0,6	0,3	0,7
Occitanie	1,5	1,3	1,8	3,3	1,1	0,3	1,2	0,7	1,3
Pays-de-la-Loire	1,8	2,1	1,1	1,1	1,8	1,3	1,5	0,6	1,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,5	2,0	1,4	3,4	2,3	0,9	0,9	0,5	1,2
Total	2,5	3,3	2,7	3,0	2,6	1,2	2,3	0,9	2,2

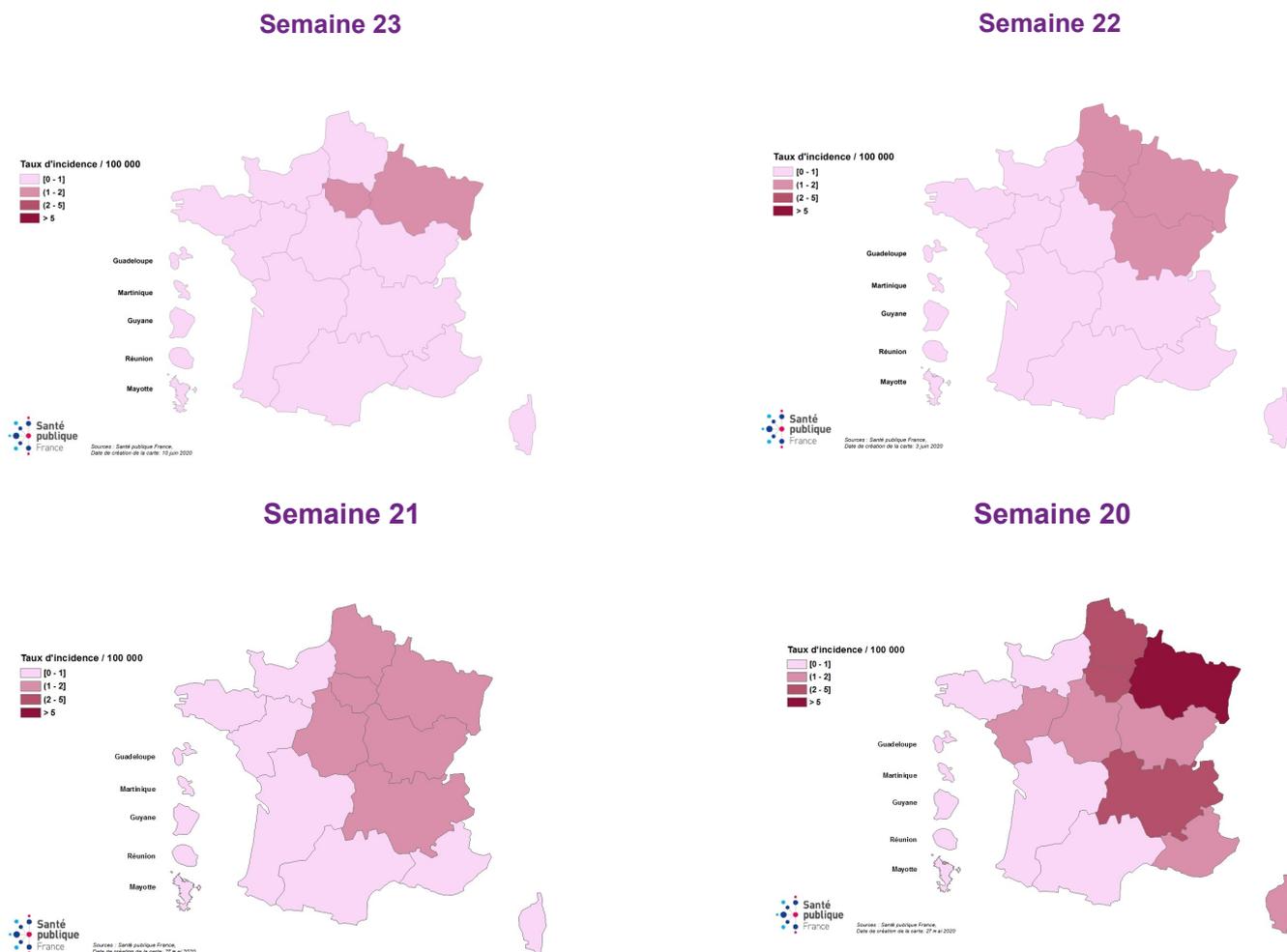
IDE : Infirmier AS : Aide-soignant MED : Médecin INT: interne KINE : Kinésithérapeute SF : Sage-femme
 Autres PS : Autre professionnel de santé Autres non PS : autre non professionnel de santé

Surveillance de la mortalité

Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

- Les estimations de la mortalité due au COVID-19 sont basées sur le nombre de patients décédés au cours d'une hospitalisation (données SI-VIC) et le nombre de résidents décédés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (hors hospitalisation).
- Entre le 1^{er} mars et le 09 juin 2020, **29 296 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France ; 18 912 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 384 décès parmi des résidents en EHPA et autres EMS.
- Au moins 92% des cas de COVID-19 décédés sont âgés de 65 ans ou plus.
- **En semaine 23**, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 rapportés à la population (pour 100 000 habitants) étaient observés dans les régions Grand Est (1,31), Ile-de-France (1,05). **Pour toutes les autres régions, ce taux était inférieur à 1 pour 100 000 habitants** (Figure 27).
- **Les taux de décès hebdomadaires** (pour 100 000 habitants) continuent de diminuer dans la totalité des régions (Figure 22), excepté dans deux régions entre la semaine 22 et 23 : en Corse (1 décès versus aucun la semaine précédente) et Mayotte (2 décès versus aucun).
- Au niveau national, le nombre hebdomadaire de décès en France a diminué entre les semaines 22 et 23 : 395 en semaine 23 versus 570 en S22. Le taux de décès hebdomadaire (pour 100 000 habitants) à l'échelle nationale est également à la baisse : il était de 0,59 en semaine 23 vs 0,85 en semaine 22.

Figure 27 : Taux de décès COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en Ehpa et autres EMS) S23 (du 1^{er} au 7 juin), S22 (du 25 au 31 mai), S21 (18 au 24 mai) et S20 (du 11 au 17 mai), par région en France (source : SI-VIC et ESMS)



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, 10 924 certificats de décès contiennent une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 7).
- L'âge médian au décès est de 84 ans et 90% avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentent 54% de ces décès.
- Des comorbidités sont renseignées pour 7 178 décès, soit 66% des certificats de décès. Une mention d'hypertension artérielle est indiquée pour 25% de ces décès et une mention de pathologies cardiaques pour 34% de ces décès.
- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 3% des personnes décédées ne présentent pas de comorbidité et sont âgées de moins de 65 ans.

Tableau 7 : Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès en France, du 1^{er} mars au 8 juin 2020 (données au 9 juin 2020), (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%
Hommes	5944	54

Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	1	100	1	0
15-44 ans	33	33	68	67	101	1
45-64 ans	270	28	678	72	948	9
65-74 ans	556	33	1 135	67	1 691	15
75 ans ou plus	2 886	35	5 296	65	8 182	75
Tous âges	3 745	34	7 178	66	10 923	100

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	7 178	66
Aucune ou non renseigné	3 746	34

Description des comorbidités	n	%
Obésité	432	6
Diabète	1 172	16
Pathologie respiratoire	941	13
Pathologie cardiaque	2 442	34
Hypertension artérielle	1 785	25
Pathologie neurologique*	655	9
Pathologie rénale	889	12
Immunodéficience	166	2

* ce groupe inclut les pathologies neuro-vasculaires et neuro-musculaires

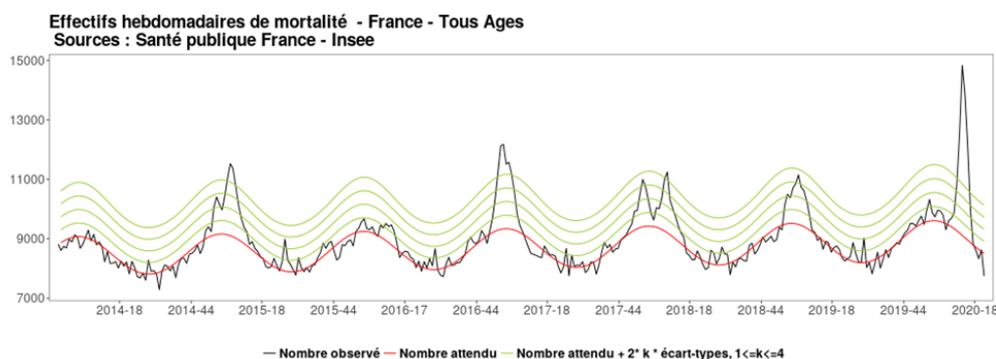
¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

Mortalité toutes causes

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

- Au niveau national, de la semaine 12 à 17 (du 16 mars au 26 avril), la mortalité toutes causes confondues était significativement supérieure à la mortalité attendue sur cette période. **Un pic du nombre observé de décès** a été atteint en **semaine 14**, avec une diminution de la mortalité observée à partir de la semaine 15 (Figure 28). Depuis la semaine 18 (du 27 avril au 3 mai), la mortalité est revenue dans les marges de fluctuation habituelle, aussi bien tous âges que chez les personnes de 65 ans ou plus.
- Chez les personnes de 15-64 ans, la mortalité observée est légèrement inférieure à celle attendue sur les semaines 18, mais est revenue dans les marges de fluctuation habituelle dès la semaine 19.
- La hausse de la mortalité toutes causes confondues a été particulièrement marquée dans les régions **Ile-de-France et Grand Est**. Un excès était encore observé en Ile-de-France et dans les Hauts-de-France en semaine 18 ainsi qu'en Ile-de-France en semaine 19 (Figure 29). Une légère surmortalité apparaît également en Bourgogne-Franche-Comté en semaine 21. En semaine 22, aucune surmortalité régionale n'a été observée.

Figure 28 : Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 47/2013 à la semaine 22/2020 (Source Santé publique France - Insee)



- Inversement, une sous-mortalité est notée dans les régions Bretagne (S17, S18, S20), Nouvelle-Aquitaine (S17, S18, S20 et S21) et Normandie (S18), ainsi qu'en Occitanie et Pays-de-la-Loire (S19) (Figure 30).
- 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 et seront consolidées dans les prochaines semaines. La hausse de la mortalité observée dans ces régions peut être en lien avec l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible à ce jour d'en estimer la part attribuable précise.

Figure 29 : Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 18 à 21, données au 6 juin 2020, par région (Sources : Sante publique France, Insee)

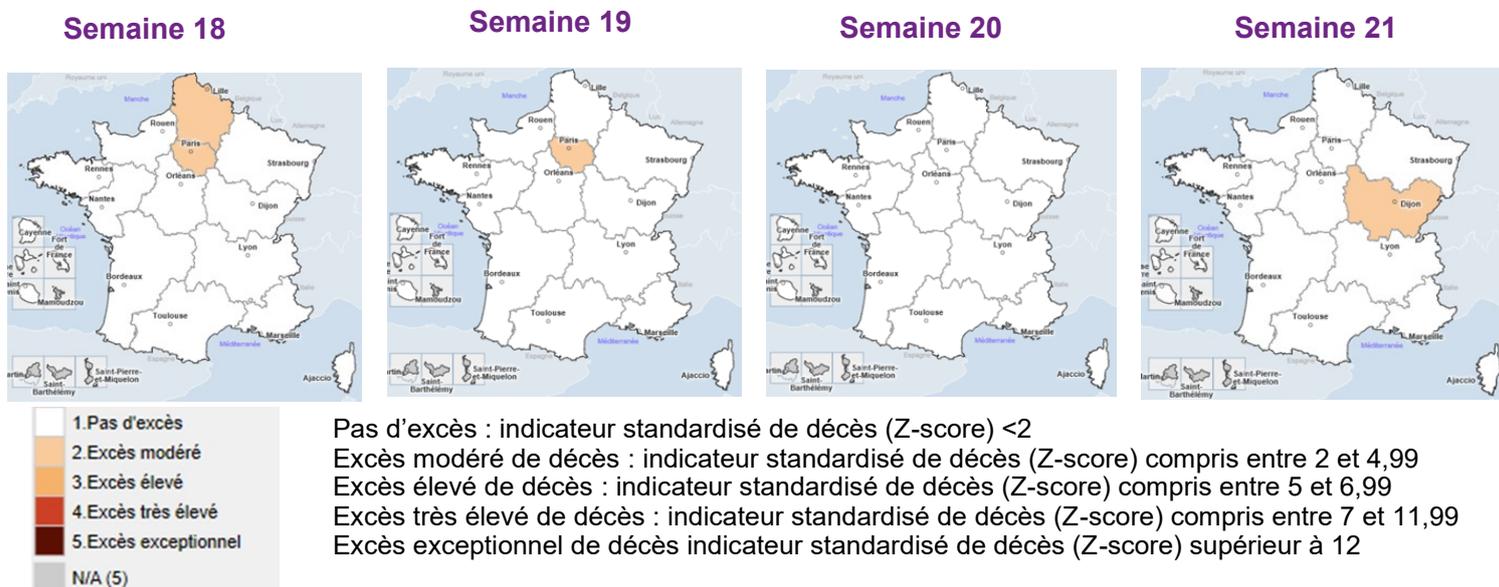
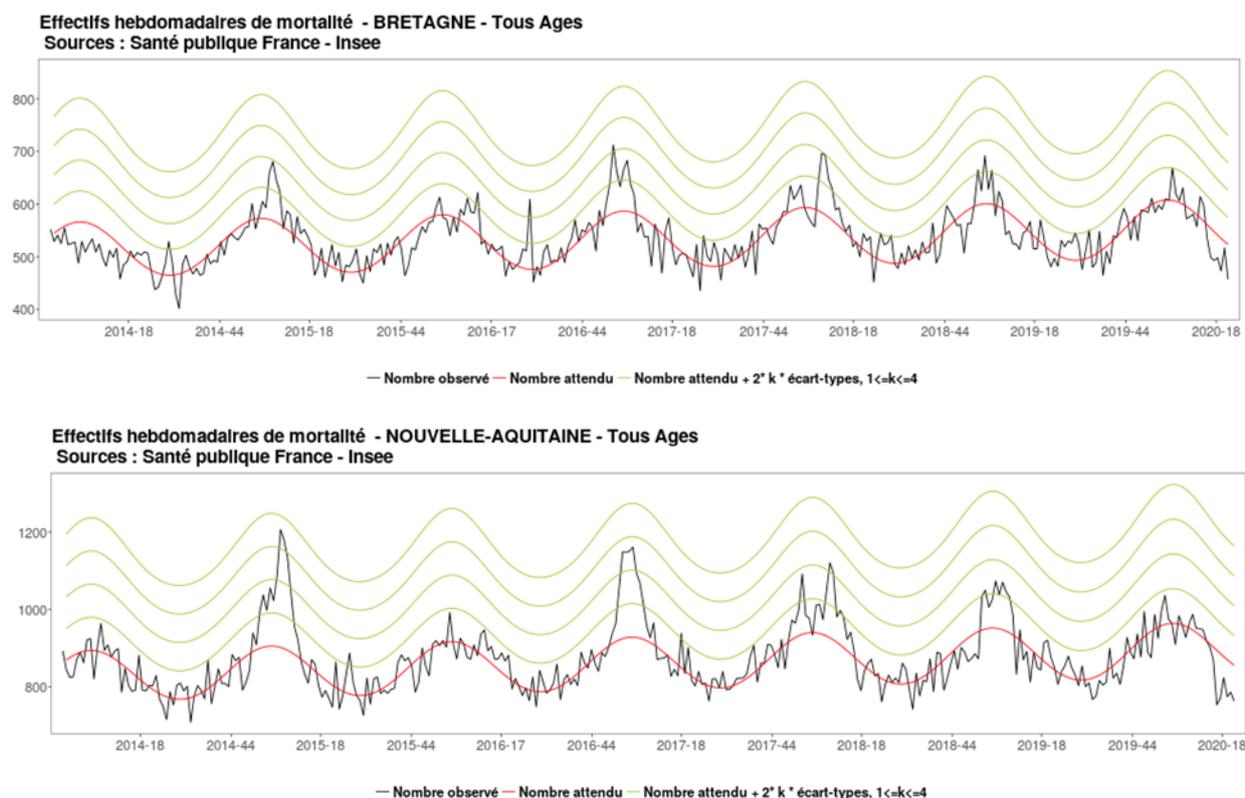


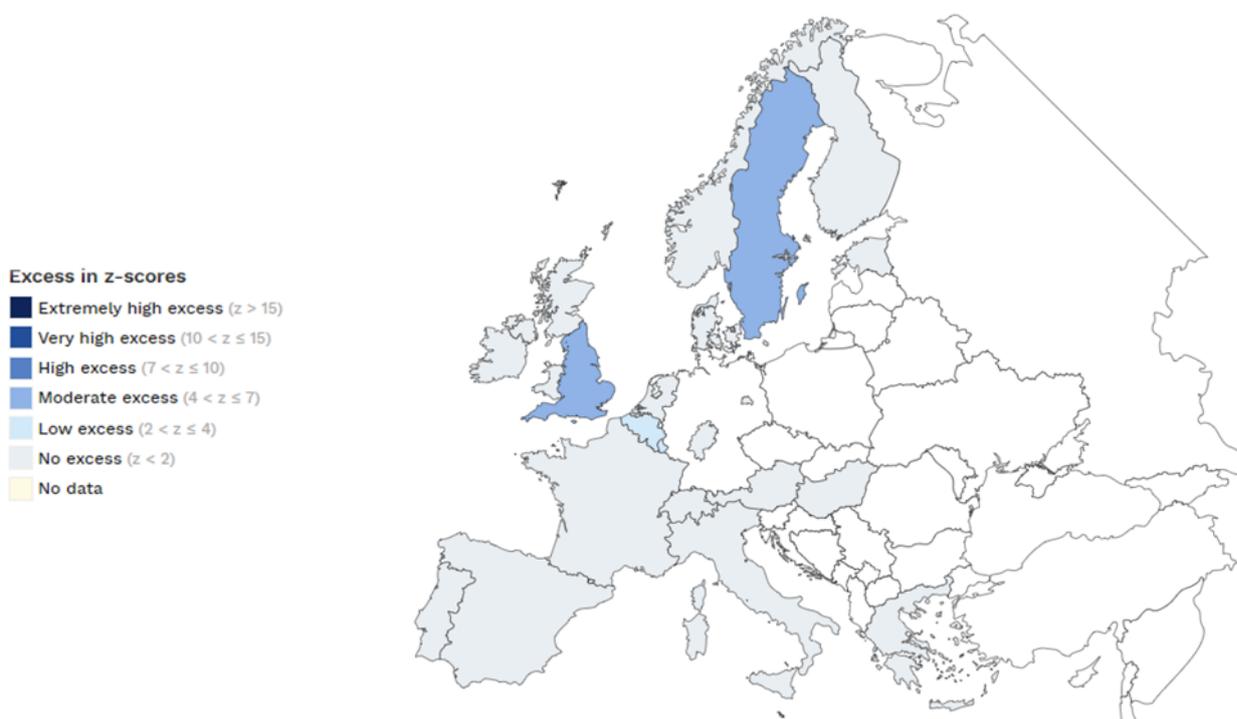
Figure 30 : Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en Bretagne et Nouvelle-Aquitaine, de la semaine 47/2013 à la semaine 22/2020 (Source Santé publique France - Insee)



Mortalité à l'échelle européenne

A l'échelle européenne, parmi les 24 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, la mortalité est en recul dans la plupart des pays ou régions ayant observé un excès de mortalité. Un excès de mortalité était encore observé dans 8 pays/régions en semaine 19, dans 6 pays/régions en semaine 20 et 4 pays/régions en semaine 21. (Figure 31).

Figure 31: Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 21/2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 3 juin) (Source EuroMomo)



Prévention

Mesures et suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

Enquête Santé publique France CoviPrev: [enquêtes Internet](#) répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes (*Access panel*) de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine. Résultats **Vague 1** (23-25 mars), **Vague 2** (30 mars-1^{er} avril), **Vague 3** (14-16 avril), **Vague 4** (20-22 avril), **Vague 5** (28-30 avril), **Vague 6** (4-6 mai), **Vague 7** (13-15 mai), **Vague 8** (18-20 mai) et **Vague 9** (27-29 mai).

Pas de nouveaux résultats cette semaine mais vous pouvez retrouver tous les résultats disponibles sur le [site de Santé publique France](#)

Etude qualitative ViQuoP, Santé publique France - Kantar .

« Vie quotidienne et prévention au sein d'une communauté en ligne à l'heure du coronavirus »

Les résultats détaillés de [l'étude ViQuoP](#) sont en ligne sur le site de Santé publique France, pour les 6 thématiques suivantes :

- Evolution des perceptions et pratiques des gestes barrières
- Adhésion et compréhension des mesures d'isolement et de dépistage en post-confinement
- Evolution des perceptions d'état de santé et de bien-être
- Evolution des consommations de tabac, alcool, cannabis et autres substances psycho-actives
- Evolution des pratiques alimentaires, de l'activité physique et de la sédentarité
- Evolution des relations sociales, affectives et sexuelles

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde>

Production d'outils de prévention



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

Synthèse — conclusion

En France métropolitaine, le pic épidémique en milieu communautaire a été observé en semaine 13 (23-29 mars), soit une semaine après la mise en œuvre des mesures de confinement de la population générale, le 17 mars 2020. Le nombre le plus élevé de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a été observé au cours de la semaine 14 (30 mars - 5 avril). Depuis, **les indicateurs épidémiologiques sont en baisse**. En semaine 23, les nombres d'actes SOS médecins et de recours aux urgences (réseau OSCOUR) de patients suspects COVID-19, le taux de consultations (ou téléconsultations) pour une infection respiratoire aiguë (IRA) (Réseau Sentinelles) ont poursuivi leur diminution et étaient à des niveaux bas. Le taux de positivité des patients testés pour le SARS-CoV-2 (SI-DEP) s'est maintenu à un niveau bas en semaine 23 (1,49%). Le taux de positivité était inférieur à 5% (SI-DEP) dans l'ensemble des départements de France métropolitaine excepté dans la Marne. Le nombre de nouveaux cas de COVID-19 rapporté à la population (source SI-DEP) au niveau national est en diminution en comparaison à la semaine précédente (4,3/100 000 habitants en semaine 23 vs 5,5/100 000 h. en semaine 22). L'incidence est inférieure au seuil de 10 nouveaux cas / 100 000 h. dans tous les départements exceptés dans la Meuse, la Marne et la Meurthe-et-Moselle. Les résultats dans ces départements peuvent s'expliquer par des taux de dépistage élevés et des clusters en cours d'investigation.

La quasi-exhaustivité des données SI-DEP associée à la recommandation de test de tout patient présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 ainsi que des sujets contact de cas confirmés [1] permet, en principe, de disposer grâce au nombre de cas confirmés d'une estimation satisfaisante du nombre de cas réels de COVID-19 en France. Du 31 mai au 6 juin 2020, 2 899 cas confirmés de COVID-19 ont ainsi été identifiés en France. Cette estimation pourrait cependant être sous-estimée si la recommandation de test systématique des patients symptomatiques n'était pas entièrement respectée et du fait de la non identification des personnes asymptomatiques.

En milieu hospitalier, le nombre de patients actuellement en réanimation pour COVID-19 est désormais inférieur à 1 000 cas pour la première fois depuis début mars.

Le nombre cumulé de clusters, hors épisodes familiaux en milieux restreints, conduisant à des investigations par les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France poursuit son augmentation. **Au 9 juin, 179 clusters survenus en France métropolitaine, ont ainsi été signalés à Santé publique France**. Ces clusters sont principalement survenus dans des entreprises privées ou publiques, des établissements de santé ou des établissements sociaux d'hébergement et d'insertion. **Le signalement de ces clusters depuis la levée du confinement n'est pas une situation inattendue du fait de la poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 en France, de l'augmentation importante des capacités diagnostiques et de la recherche active de cas autour de chaque patient infecté [1]**. Ces clusters sont en cours d'investigation ou maîtrisés. **Il n'est pas rapporté à ce jour de diffusion communautaire non contrôlée**. Les clusters survenus dans les établissements médico-sociaux ont été suivis tout au long de l'épidémie. Au cours des 2 dernières semaines, 2,1% des EHPA (établissements d'hébergement pour personne âgées) en France avaient déclaré au moins un nouveau cas confirmé de COVID-19 chez les résidents ou le personnel et 0,44% des EHPA en France (Ile de France exclue) ont rapporté un nouvel épisode. **Les épisodes survenus dans les établissements médico-sociaux sont en nette diminution et le nombre de signalements est désormais très faible conformément à l'évolution de l'épidémie.**

En termes de mortalité, le nombre hebdomadaire de décès et le taux pour 100 000 habitants de décès liés au COVID-19 sont en diminution depuis la semaine 15. L'excès de la mortalité toutes causes confondues était significativement supérieur à la mortalité attendue entre les semaines 12 et 17 (du 16 mars au 26 avril). **Cet excès de mortalité a été particulièrement marqué dans les régions Grand Est et Ile-de-France où la circulation du SARS-CoV-2 a été intense**. Ces excès de mortalité sont à lier à l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible, à ce jour, d'en estimer la part attribuable précise. **La mortalité est désormais revenue dans les marges de fluctuation habituelle, aussi bien dans les analyses tous âges confondus que chez les personnes de 65 ans ou plus**. Un recul de la mortalité est également observé dans la plupart des pays européens ayant rapporté un excès.

[1] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de ville des patients de covid-19 en phase de déconfinement.

Le nombre de reproduction effectif (R effectif) représente le nombre moyen de personnes infectées (cas secondaires) par une personne infectieuse (cas index). Cet indicateur reflète la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines auparavant. En semaine 23, le R effectif au niveau national est estimé à 0,73 [intervalle de confiance, IC95% : 0,71-0,76] et reste stable en comparaison avec celui de la semaine précédente (0,76 [IC95% : 0,74-0,78]). Le 15 mars 2020, soit quelques jours avant le pic de l'épidémie, le R effectif national a été estimé à 2,8. Lors de la mise en place du déconfinement, le 11 mai 2020, il était de 0,8. **L'absence d'augmentation significative du R effectif depuis cette date est un élément en faveur d'une absence de reprise de l'épidémie.** Les valeurs de R ne doivent cependant pas être interprétées de façon isolée, mais doivent être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles.

Plusieurs indicateurs peuvent être influencés par des activités de dépistage (nombre de tests positifs, taux d'incidence, activité de passages aux urgences, R effectif régional calculé à partir des données OSCOUR). Les départements ayant mis en place des actions de dépistage notamment lors de l'identification de clusters où dans des collectivités (EHPAD, entreprises...) peuvent ainsi observer une augmentation du fait de ces actions. Il est ainsi indispensable d'interpréter ces indicateurs en tenant compte du contexte local et en les mettant en perspective avec l'ensemble des indicateurs produits. Ces analyses contextualisées départementales sont réalisées par les cellules régionales de Santé publique France en lien avec les Agence Régionales de Santé.

Dans les départements régions d'outre-mer, l'activité liée au SARS-CoV-2 était en diminution ou se maintenait à des niveaux bas en Guadeloupe, Martinique et à la Réunion. En revanche, **à Mayotte et en Guyane, la situation épidémiologique invite à la plus grande vigilance.**

A Mayotte, en semaine 23, la circulation virale se maintenait à un niveau élevé comme en témoignent le taux d'incidence des cas de COVID-19 (81/100 000 habitants), le taux de positivité des prélèvements (24,9% en semaine 23 et 28,8% en semaine 22) ainsi que les taux d'hospitalisation (12,2/100 000 habitants) et d'admission en réanimation (1,1/100 000 habitants). Trois clusters restent en cours d'investigation.

En Guyane, en semaine 23, les indicateurs étaient en augmentation en lien probable avec une intensification de la circulation dans les pays voisins d'Amérique Latine. Le nombre de nouveaux cas COVID-19 rapporté à la population a continué de progresser (26,8 /100 000 habitants vs. 20,0 cas en semaine 22) ainsi que le taux de positivité des patients testés (19,2% en semaine 23 vs. 9,4% en semaine 22), le taux d'hospitalisation (19,6/100 000 habitants en semaine 23 vs 9,6 en semaine 22 et 6,4 en semaine 21) et le taux d'hospitalisation en réanimation (1,0/100 000 habitants en semaine 23 vs. 0,3 en semaine 22). Sept clusters sont en cours d'investigation dont deux sont désormais en situation de diffusion communautaire signant une situation d'échappement.

Les données de surveillance montrent que les enfants restent peu touchés par le COVID-19 (moins de 1% des patients hospitalisés et des décès). Au 9 juin, 187 signalements de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) confirmés ou suspectés d'être en lien avec le COVID-19 et survenus depuis le 1^{er} mars ont été signalés. Le nombre de cas de PIMS signalés est depuis plusieurs semaines en très nette régression. **Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie restent les patients âgés de plus de 65 ans ainsi que les patients présentant des comorbidités.**

Les professionnels de santé sont particulièrement exposés au SARS-CoV-2 du fait des interactions avec les patients. Au 7 juin, 30 675 cas ont été rapportés chez les professionnels des établissements de santé (ES) dont 25 727 (84%) professionnels de santé. **Il est estimé que 2,2% des professionnels en ES ont été infectés par le SARS-CoV-2. Les aides-soignants (3,3%) et les internes (3,0%), qui sont des professionnels particulièrement au contact des patients, sont les professionnels les plus touchés. Les plus fortes proportions de professionnels des ES infectés sont rapportées à Mayotte (4,3%), en Ile-de-France (3,7%), dans les Hauts-de-France (3,4%) et dans le Grand Est (3,2%), régions particulièrement impactées par l'épidémie.** L'ensemble de ces données peuvent être sous-estimées car l'exhaustivité de cette surveillance ne peut être déterminée. Les professionnels de santé libéraux peuvent, s'ils ont été atteints par le SARS-CoV-2, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#).

En conclusion

En France métropolitaine, l'ensemble des indicateurs indique que la situation continue globalement de s'améliorer et il n'est ainsi pas observé, à cette date, de signaux en faveur d'une reprise de l'épidémie. Le virus continue cependant de circuler comme en témoigne le nombre de cas confirmés ainsi que le signalement croissant du nombre de clusters et foyers depuis la levée du confinement. Ces clusters mieux identifiés du fait de l'augmentation de la capacité de dépistage, font l'objet d'une forte mobilisation des ARS et des cellules régionales de Santé publique France avec des investigations systématiques et protocolisées pour en contrôler l'extension. Aucune diffusion communautaire (survenue de nouveaux cas hors de la collectivité et en lien avec le cluster) non contrôlée n'est rapportée.

La poursuite de la circulation virale après la levée progressive du confinement invite à la plus grande vigilance. Une reprise de l'épidémie pourrait être observée si les mesures d'hygiène, de distanciation physique et le port du masque dans l'espace public n'étaient pas suffisamment respectés par tous. **Compte tenu de l'offre de tests RT-PCR, les personnes symptomatiques ou contact d'un cas confirmé doivent être fortement incitées à réaliser un test de dépistage au moindre doute et sans délai** afin de mettre en œuvre au plus tôt l'isolement des personnes infectées, d'identifier et isoler les contacts de ces cas via le dispositif de dépistage, traçage et d'isolement mis en place par les professionnels de santé, l'Assurance Maladie et les ARS pour interrompre au plus tôt de nouvelles chaînes de transmission.

La situation reste en revanche préoccupante à Mayotte et en Guyane où l'épidémie liée au SARS-CoV-2 demeure active.

Méthodes

Le dispositif de surveillance du COVID-19 en population est assuré à partir de plusieurs sources de données afin de documenter l'évolution de l'épidémie en médecine de ville et à l'hôpital : recours au soin, admissions en réanimation, surveillance virologique et décès. Les objectifs de la surveillance sont de suivre la dynamique de l'épidémie et d'en mesurer l'impact en terme de morbidité et de mortalité. Ci-dessous, une description succincte de chaque surveillance avec sa date de début.

Réseau Sentinelles : nombre de cas d'infections respiratoires aiguës liés au SARS-COV2 en consultation et téléconsultation en médecine générale et en pédiatrie permettant d'estimer le nombre de cas dans la communauté. Cette surveillance clinique est complétée par une surveillance virologique (début le 16 mars).

SurSaUD® (OSCOUR® et SOS Médecins) : données de recours aux services d'urgences et aux associations SOS Médecins pour une suspicion d'infection à COVID-19 (utilisation de codes spécifiques) (depuis le 24 février).

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

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

IRA dans les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS) : nombre d'épisodes de cas d'infection respiratoire basse (IRA) et de cas probables et confirmés de COVID-19 en ESMS ainsi que le nombre de cas et décès par établissement (depuis le 28 mars).

Données de mortalité (Insee) : Nombre de décès toutes causes par âge avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).

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

Mesures et suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale : évolution de l'adoption des mesures de protection et évolution de la santé mentale (niveau d'anxiété et de dépression (échelle HAD), niveau de satisfaction de vie actuelle).

Recensement des 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 sur les données depuis le 1^{er} mars 2020 (depuis le 22 avril 2020).

Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS): signalement par les pédiatres hospitaliers des cas de syndrome inflammatoire systémique atypique pédiatrique possiblement en lien avec le COVID-19 à Santé publique France (depuis le 30 avril).

SI-DEP (système d'information de dépistage) : plateforme sécurisée avec enregistrement systématiquement des résultats des laboratoires de tests pour SARS-COV-2. (depuis le 13 mai).

Taux de reproduction effectif « R » : (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)

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeur adjoint de publication

Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Sophie Vaux, Christine Campese, Fatima Ait El Belghiti, Céline Caserio-Schonemann, Yann Le Strat, Anne Fouillet, Yu Jin Jung, Julien Durand, Laure Fonteneau, Fanny Chereau, Costas Danis, Cécile Forgeot, Scarlett Georges, Côme Daniau, Marie-Michèle Thiam, Pierre Arwidson, Mireille Allemand, Guillaume Spaccaferri, Julie Figoni, Patrick Rolland, Linda Lasbeur, Enguerrand Du-Roscoat, Mélanie Colomb-Cotinat, Isabelle Poujol de Mollins, Denise Antona, Daniel Levy-Bruhl, Anne Laporte, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Camille Pelat, Edouard Chatignoux, Alexandra Septfons, Anne-Sophie Barret, Delphine Viriot.

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 Cedex

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

Date de publication :
11 juin 2020

Pour en savoir plus sur :

- ▶ **Les méthodes du système de surveillance** : consulter la page [Santé publique France](#)
- ▶ **Nos partenaires et les sources de données** :
[SurSaUD®](#) [OSCOUR®](#) [SOS Médecins](#) [Réseau Sentinelles](#) [SI-VIC](#) [CépiDC](#)

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

- ▶ **En France** : [Santé publique France](#) et [Ministère des Solidarités et de la Santé](#)
- ▶ **A l'international** : [OMS](#) et [ECDC](#)
- ▶ Un numéro vert **0 800 130 000** (appel gratuit) a été mis en place (7j/7 24h/24). Cette plateforme permet d'obtenir des informations sur le COVID-19 et des conseils.

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