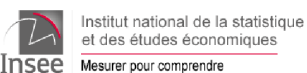


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, Laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville Agences régionales de santé (ARS) Les Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de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



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 18 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 16 juin 2020.

Points clés

- ▶ **En France et à l'exception de Mayotte et de la Guyane**
 - L'ensemble des indicateurs de circulation du SARS-COV-2 à des niveaux bas
 - Légère augmentation du nombre de nouveaux clusters mais absence de diffusion communautaire non contrôlée
 - Pas 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 trois clusters avec diffusion communautaire. Circulation active du virus circulant sur l'ensemble du territoire justifiant le passage en stade 3, le 15 juin 2020
- ▶ Mortalité toutes causes confondues revenue depuis la semaine 18 dans les valeurs habituelles observées au niveau national
- ▶ Diminution de l'adoption systématique des mesures de prévention, y compris les mesures d'hygiène et le port du masque

Chiffres clés en France

Indicateurs hebdomadaires, semaine 24 (du 8 au 14 juin 2020)

	S24	S23
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	2 837	(2 989)*
Taux de positivité (%) pour SARS-COV-2 (SI-DEP)	1,3	(1,5)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	1 015	(1 454)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	2 066	(2 745)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	824	(1 156)*
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	125	(129)*
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	298	(395)*

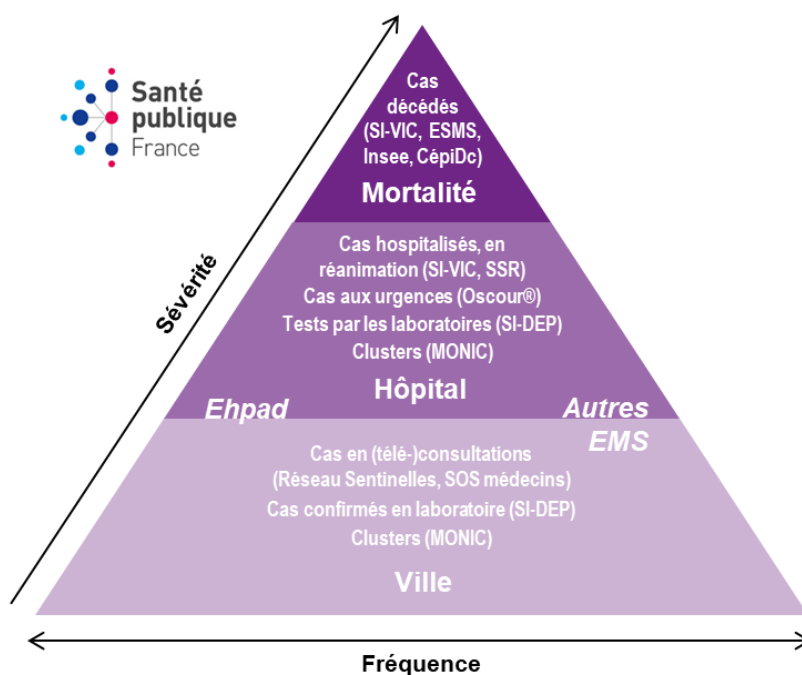
Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 16 juin 2020

* données consolidées

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	103 451
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	29 547

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
Surveillance de la mortalité	19-21
Enquête sur la vie quotidienne et prévention	22-25
Discussion	26-28
Méthodes	29

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.

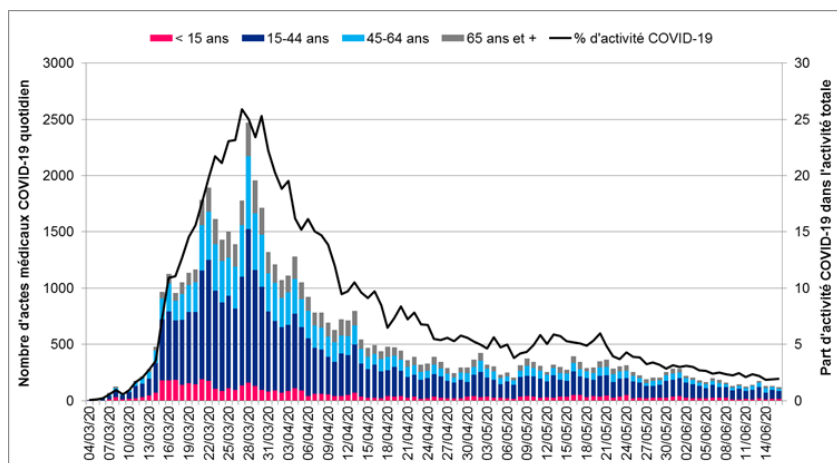
- En semaine 24 (du 8 au 14 juin), le **taux de consultations** (ou téléconsultations) estimé **pour une IRA** était de 10/100 000 habitants [intervalle de confiance à 95% : 6-14] en France métropolitaine. Il **était stable** par rapport à celui de la semaine 23 (du 1 au 7 juin 2020) : 10/100 000 habitants [IC à 95% : 7-13].
- En semaine 24, sur les 119 cas suspects de COVID-19 identifiés, un prélèvement a été prescrit pour 93% d'entre eux. Les résultats des analyses étaient connus pour 67 patients et étaient positifs pour 4. En semaine 23, un prélèvement a été prescrit pour 89% des 203 cas suspects de COVID-19 identifiés. Les résultats des analyses étaient connus pour 130 patients et étaient positifs pour 4. 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

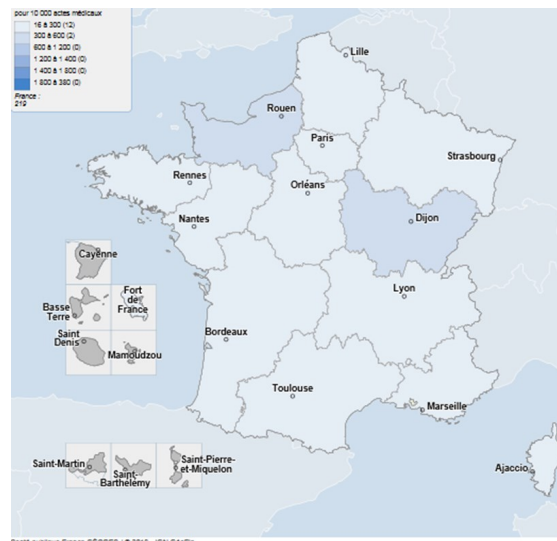
- En semaine 24 (du 8 au 14 juin 2020), 1 015 **actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. Ce nombre d'actes était en **baisse de 30%** par rapport à S23 (1 454 actes), tous âges et par classe d'âge.
- La majorité des actes concernait les 15-44 ans (57%) et les 45-64 ans (21%).
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale tous âges confondus était en baisse : 2,2% en S24 vs 2,8% en S23 (Figure 1).
- En semaine 24, sur l'ensemble des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 enregistrés au niveau national, 17% ont été enregistrés en Île-de-France, 12% en Auvergne-Rhône-Alpes, 11% dans le Grand Est et 10% en Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- Au niveau national comme au niveau régional, depuis 7 semaines, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 est **stable à un niveau bas**.
- Depuis le 3 mars 2020, 57 115 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 16 juin 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute 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 24-2020 (source : SOS Médecins)



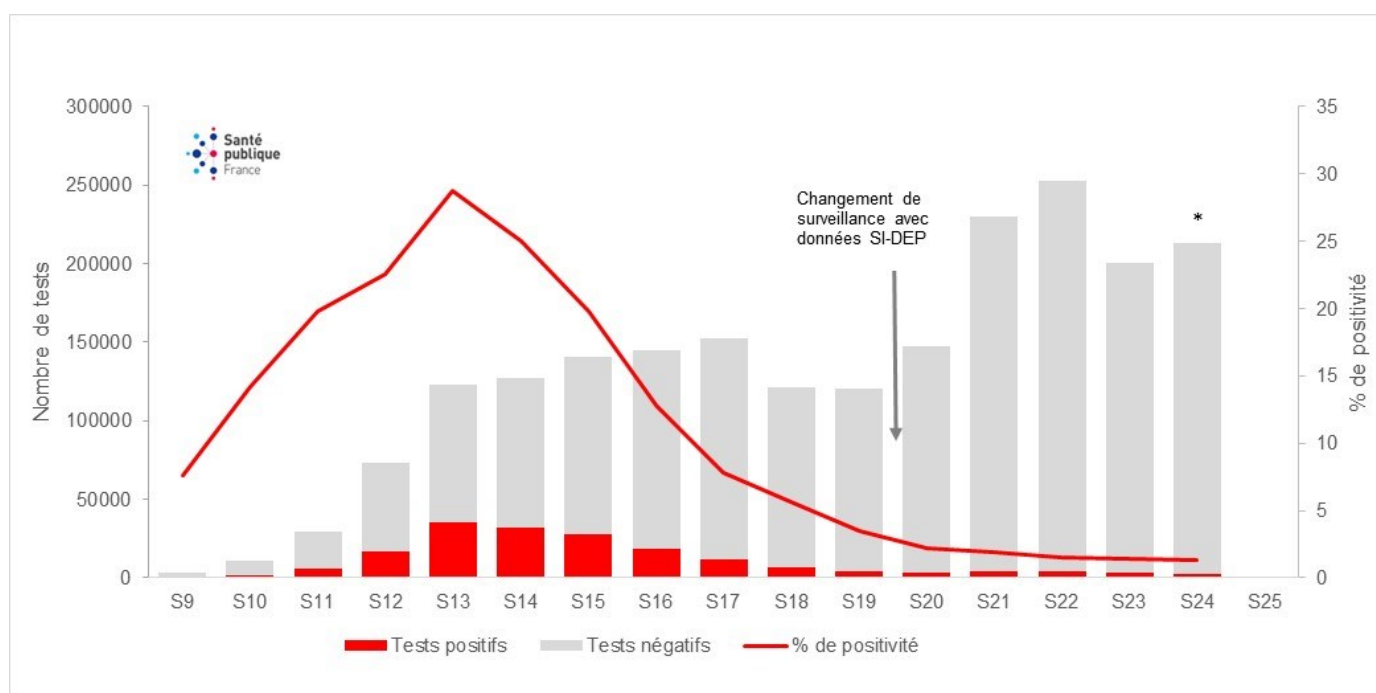
Surveillance virologique

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'en semaine 19, 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 16 juin**, la quasi-totalité des laboratoires (5 271 sites de prélèvements) a transmis des données.
- **Du 7 au 13 juin 2020**, 214 252 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et le test était **positif pour 2 837 patients. Le taux de positivité national hebdomadaire était de 1,3%** (calculé sur les tests valides). **Ce taux a diminué** comparé au taux consolidé de la semaine précédente (1,5%) (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 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). Le taux d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) était **de 4,2/100 000 habitants au niveau national**. 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 Meurthe-et-Moselle (22/100 000 h), la Meuse (18/100 000 h) et le Gard (14/100 000 h) (Figure 5).
- **En outre-mer**
 - A Mayotte, le taux de positivité était de 20,2% et le taux d'incidence de 48/100 000 habitants.
 - En Guyane, le taux de positivité était de 21,6% et le taux d'incidence de 88/100 000 habitants. Plusieurs 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, 7 au 13 juin 2020 (source SI-DEP)

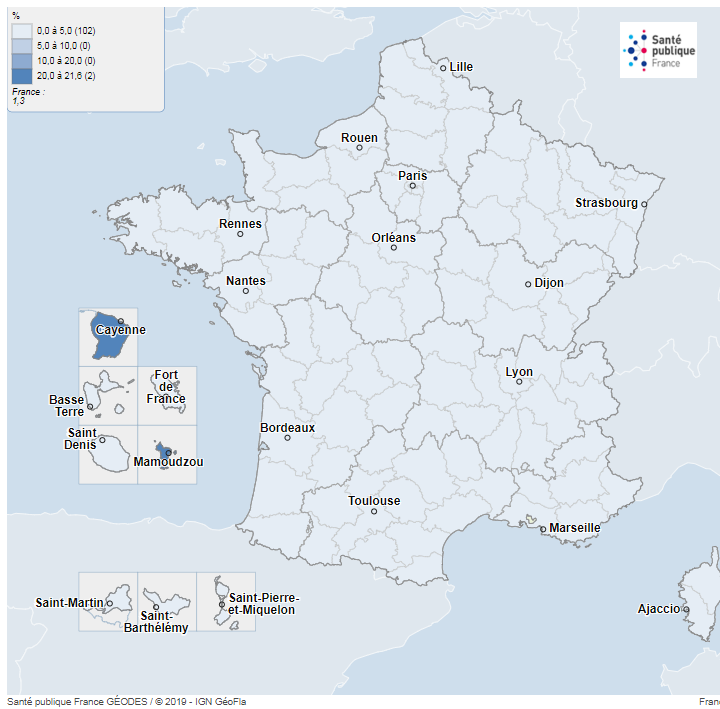
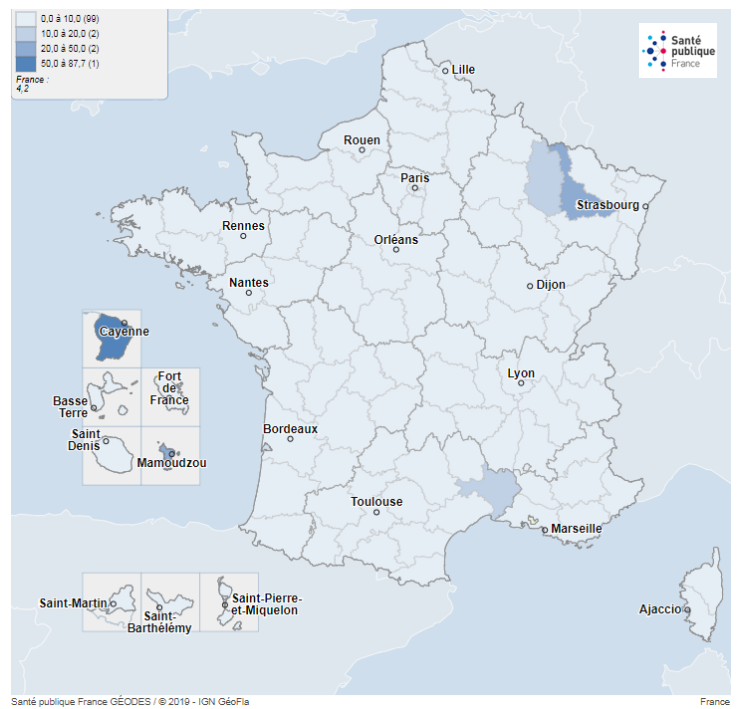
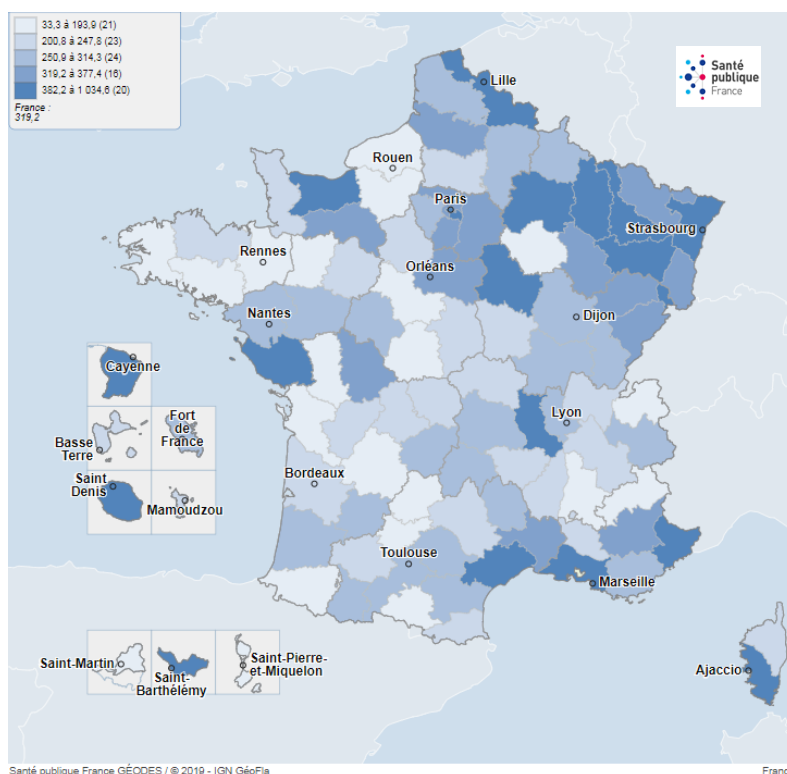


Figure 5. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 pour 100 000 habitants par département, France, 7 au 13 juin 2020 (source SI-DEP)



- Le **taux de dépistage** (nombre de patients testés pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) était de **319,2 pour 100 000 habitants au niveau national**. Les départements présentant les plus forts taux de dépistage du 7 au 13 juin 2020 étaient la Meurthe-et-Moselle (1 034/100 000 h), la Meuse (687/100 000 h), Le territoire de Belfort (616/100 000 h) et les Bouches-du-Rhône (554/100 000 h) (Figure 6).
- A Mayotte, le taux de dépistage était de 237/100 000 habitants. En Guyane, il était de 405/100 000 habitants.

Figure 6. Taux de dépistage pour le SARS-CoV-2 par département, France, 7 au 13 juin 2020 (source SI-DEP)



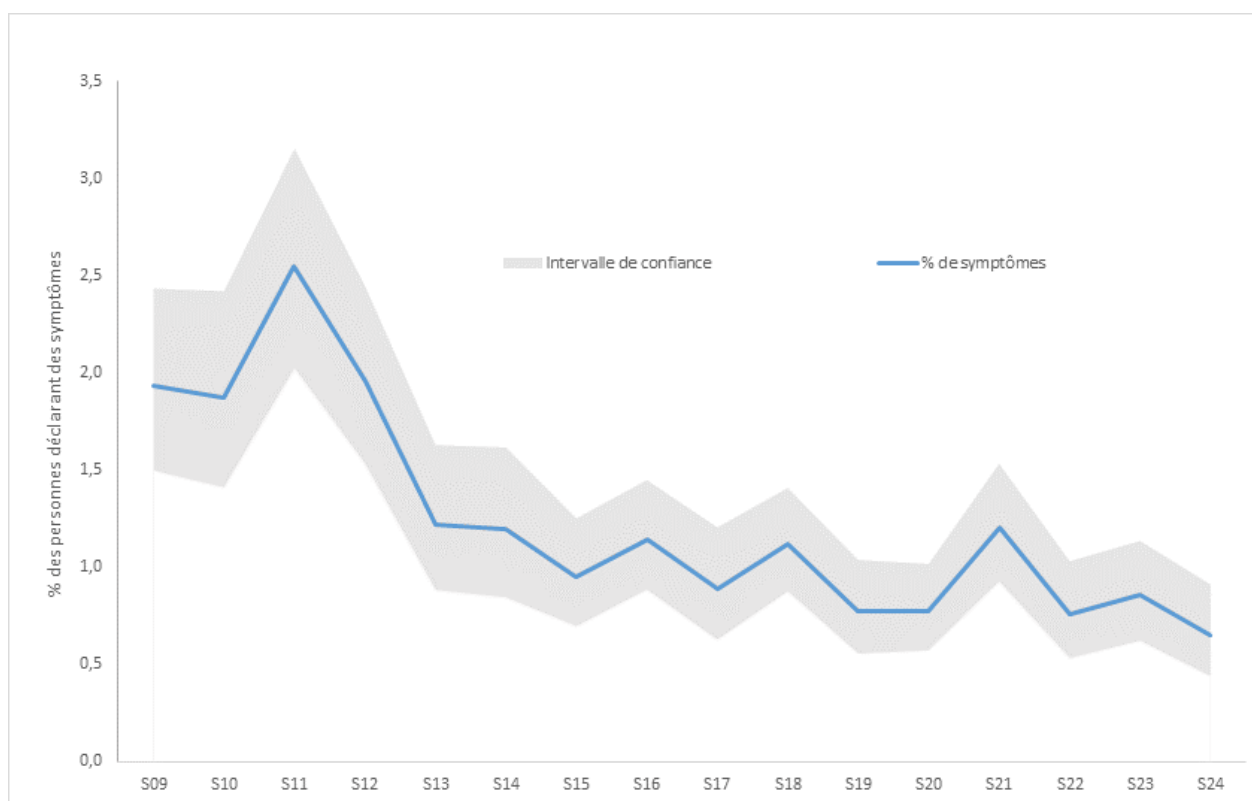
Surveillance en population : COVIDnet.fr

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). Près de 6 000 personnes remplissent actuellement chaque semaine un questionnaire rapportant les symptômes qu'elles ont éventuellement eus depuis leur dernière connexion.

- 12 027 personnes ont rempli au moins un questionnaire depuis le début de la saison hivernale 2019-2020.
- Pour la **semaine 24** (du 8 au 14 juin 2020), **5 990** questionnaires hebdomadaires ont été remplis.
- En semaine 24, la **proportion de participants ayant déclaré des symptômes évocateurs du COVID-19** (définition s'appuyant sur les recommandations du Haut Conseil de la santé publique concernant la prescription d'un test diagnostique par un médecin) **était de 0,6%**, stable par rapport à la semaine précédente (Figure 7).

Figure 7. Proportion (% redressé) de participants ayant déclaré des symptômes évocateurs du COVID-19 par semaine (données du 24 février au 14 juin 2020, source : COVIDnet.fr)

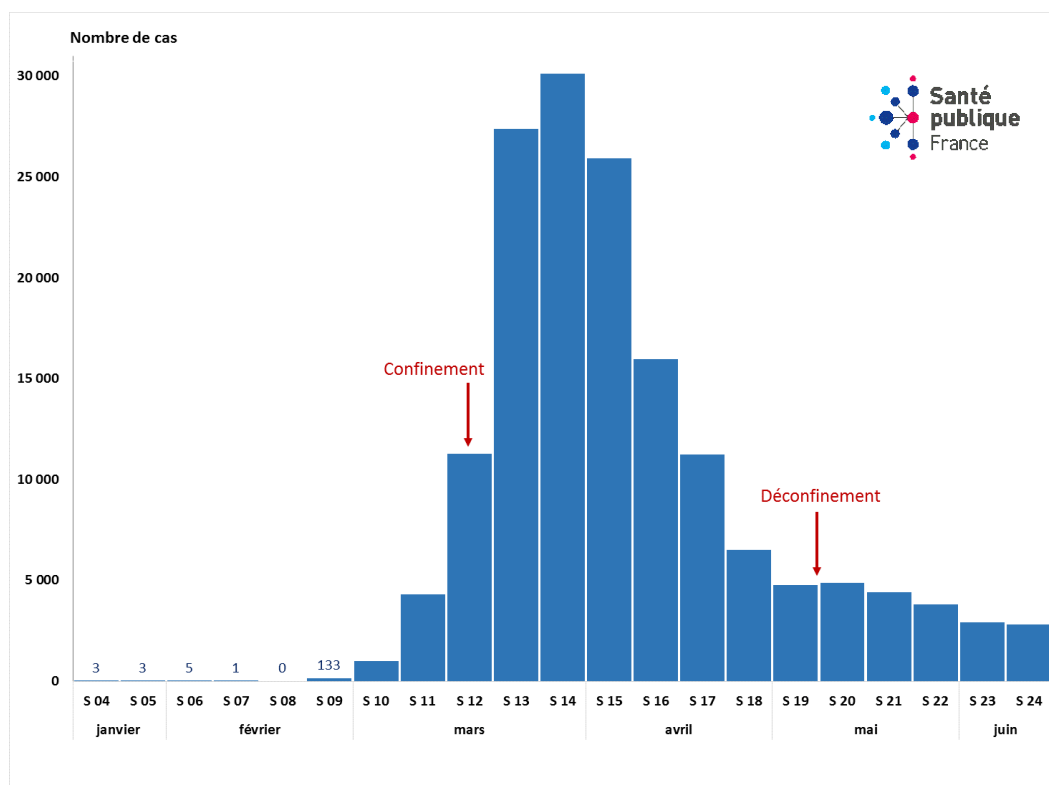


Note: Deux nouveaux symptômes, anosmie et agueusie, ont été ajoutés au questionnaire hebdomadaire en semaine 14 afin d'améliorer le suivi de l'épidémie de COVID-19

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 16 juin 2020, 17 473 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Il est ainsi estimé un total de **157 716 cas confirmés de COVID-19** en France au 16 juin 2020.
- Depuis la semaine 14, le **nombre hebdomadaire de cas confirmés est en constante diminution**, passant de 30 111 cas répertoriés en S14 à 2 837 cas en S24 (Figure 8).

Figure 8 : Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 23 janvier au 13 juin 2020 (données arrêtées le 16 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 contacts 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.

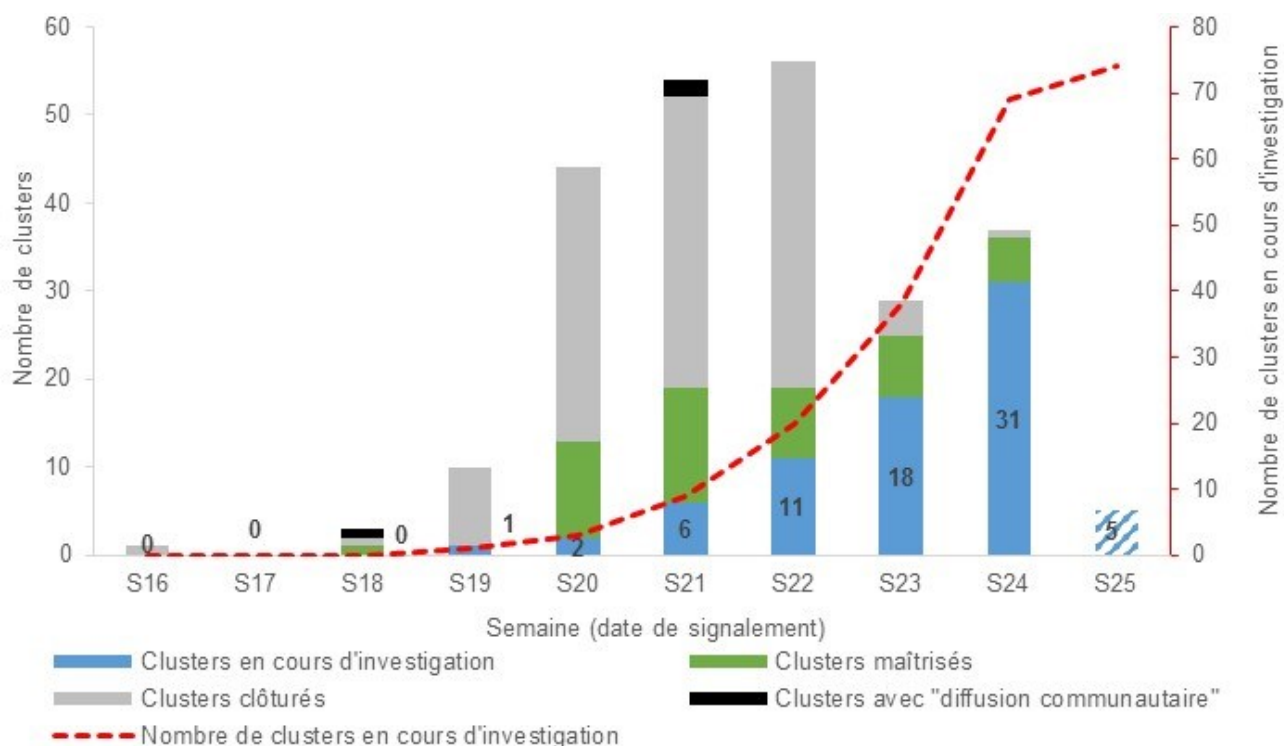
[1] DGS-Urgent. *Prise en charge par les médecins de ville des patients de COVID-19 en phase de déconfinement.* Disponible sous : <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/detailsMessageBuilder.do?jsessionid=2505DDB4BD6A44768B7E393635309639.du-dgsurgent2?id=30805&cmd=visualiserMessage>

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

Depuis la levée du confinement, les ARS en lien avec les cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters 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**, développé par Santé publique France, permet de présenter ce bilan.

- **Au 16 juin 2020**, le bilan s'élève à **239 clusters** (hors Ehpad et milieu familial restreint) inclus depuis le 9 mai : **219 clusters en France métropolitaine et 20 dans les départements et régions d'outre-mer** (Figures 9 et 10). Le nombre hebdomadaire est en **légère augmentation** en S24 (n=37) comparativement à S23 (n=29), mais reste inférieur aux S20, 21 et 22. Au 16 juin, 74 clusters sont en cours d'investigation.
- **Moins d'un tiers des clusters est en cours d'investigation** (31%, n=74) , 19% sont maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas), 49% sont clôturés (absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine des contacts) et 1% ont diffusé dans la communauté (3 en Guyane). En termes de criticité (potentiel de transmission ou critères de gravité), 80% des clusters sont de criticité modérée (44%) à élevée (36%). Parmi ceux en cours d'investigation, 41 % ont une criticité élevée.
- Les clusters concernent notamment des établissements de santé (28%), des entreprises (16% en entreprises privées et publiques, hors santé) et des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité (14% en établissements d'hébergement social et d'insertion et 6% en communautés vulnérables) (Tableau 1).
- La majorité (66%) des clusters comporte plus de 5 cas.

Figure 9. Distribution des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par semaine de signalement inclus entre le 9 mai et le 16 juin 2020 (N=239) et selon leur statut au 16 juin 2020 (Source : MONIC)



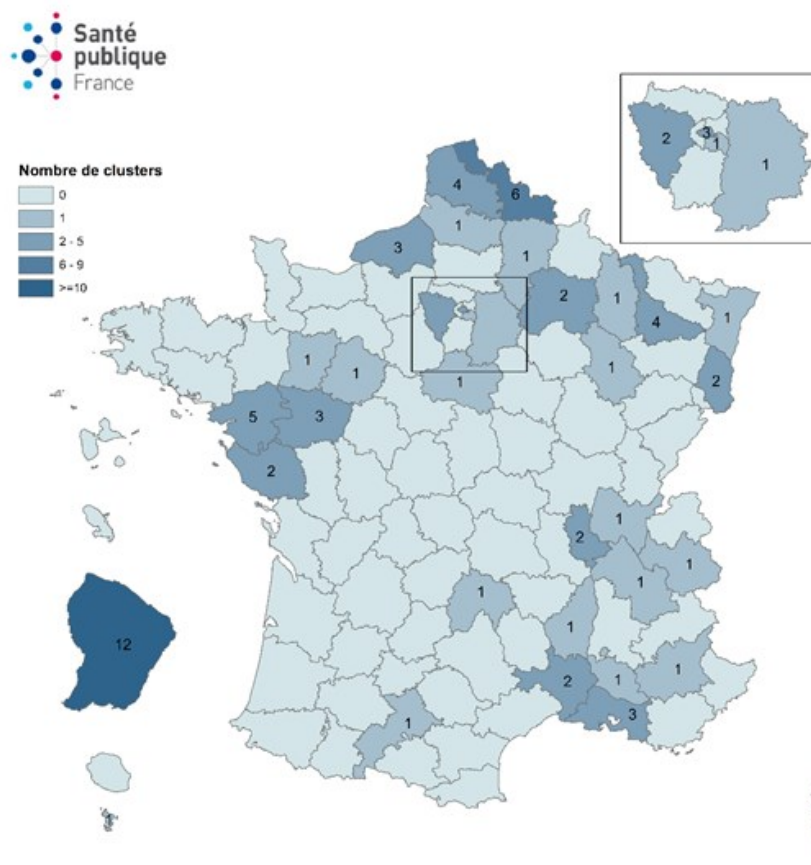
[1] Pour en savoir plus : [Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19](#)

Tableau 1 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par type de collectivités, inclus entre le 9 mai et le 16 juin 2020 (N=239) (Source : MONIC)

Type de collectivités	Ensemble des clusters		En cours d'investigation	
	N=239	%	N=74	%
Etablissements de santé	66	28	15	20
Entreprises privées et publiques (hors ES)	38	16	14	19
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	33	14	5	7
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	22	9	12	16
EMS de personnes handicapées	16	7	4	5
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	15	6	6	8
Milieu scolaire et universitaire	10	4	4	5
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	7	3	6	8
Etablissement pénitentiaires	5	2	1	1
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	3	1	1	1
Crèches	3	1	1	1
Structure de l'aide sociale à l'enfance	1	0	0	0
Transport (avion, bateau, train)	1	0	1	1
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	0	0	0
Autre	19	8	4	5

ES : établissement de santé

Figure 10 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) en cours d'investigation par département, inclus entre le 9 mai et le 16 juin 2020 (N=74) (Source MONIC)



Source : MONIC - Santé publique France

Pour en savoir plus sur les données régionales, consulter : [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr)

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

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 ultérieures.

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 15 juin, **8 158 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 **5 132 (63 %) signalements** provenant d'**établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD, EHPA et autres établissements) et **3 026 (37 %) d'autres établissements médico-sociaux (ESMS)**.
- Parmi les 8 158 signalements (Tableau 2) :
 - **37 901 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents.
 - **10 457 cas sont décédés dans l'établissement d'accueil**, dont 10 374 (99 %) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
 - **3 884 cas sont décédés à l'hôpital**.
 - **20 260 cas confirmés** ont été rapportés parmi les membres du **personnel des ESMS**.
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 15 juin 2020, parmi les 5 132 signalements en établissements d'hébergements pour personnes âgées (EHPA), 3 375 épisodes comprenaient **au moins un cas confirmé** parmi les résidents ou le personnel.
- Au cours des semaines 23 et 24 (1^{er} au 14 juin), parmi l'ensemble des EHPA en France, 1,4% (n=142) 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), **29 (0,31%) établissements ont signalé un nouvel épisode** (date de début des signes du premier cas ou à défaut date de signalement comprise entre le 1^{er} juin et le 14 juin) avec au moins un cas confirmé.

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 15 juin 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	5 132	2 330	365	331	8 158
Chez les résidents	Cas confirmés ⁶	34 283	3 224	130	37 901
	Décès hôpitaux ⁷	3 665	198	0	3 884
	Décès établissements ⁷	10 374	72	0	10 457
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	16 452	3 346	272	20 260

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).**
- **Le nombre de décès chez les résidents a atteint un pic début avril et décroît depuis (Figure 12).**

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 15 juin 2020, France (hors Ile-de-France) (n=6 359)

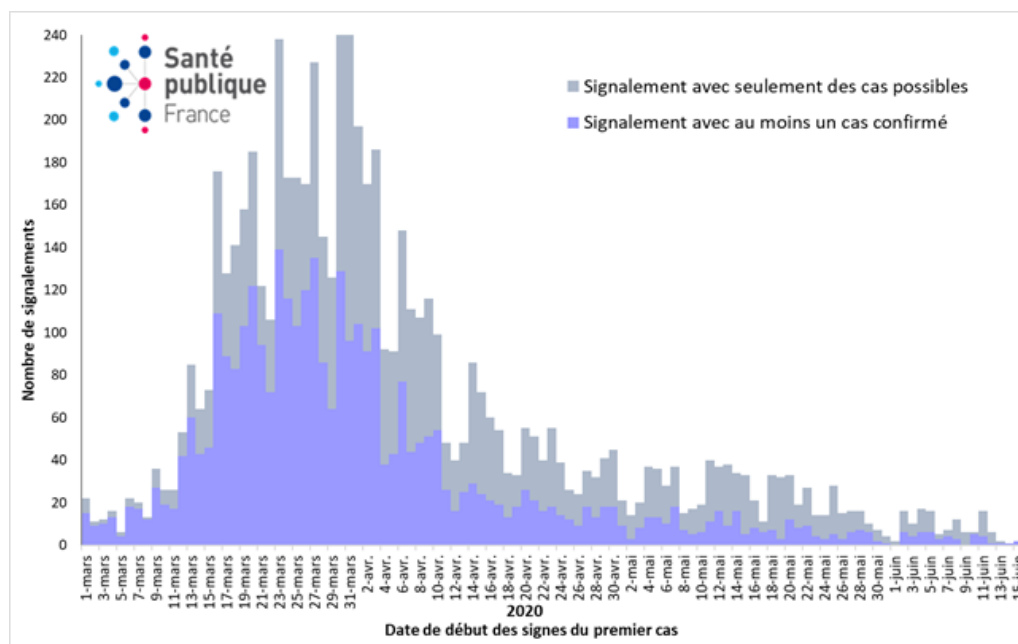
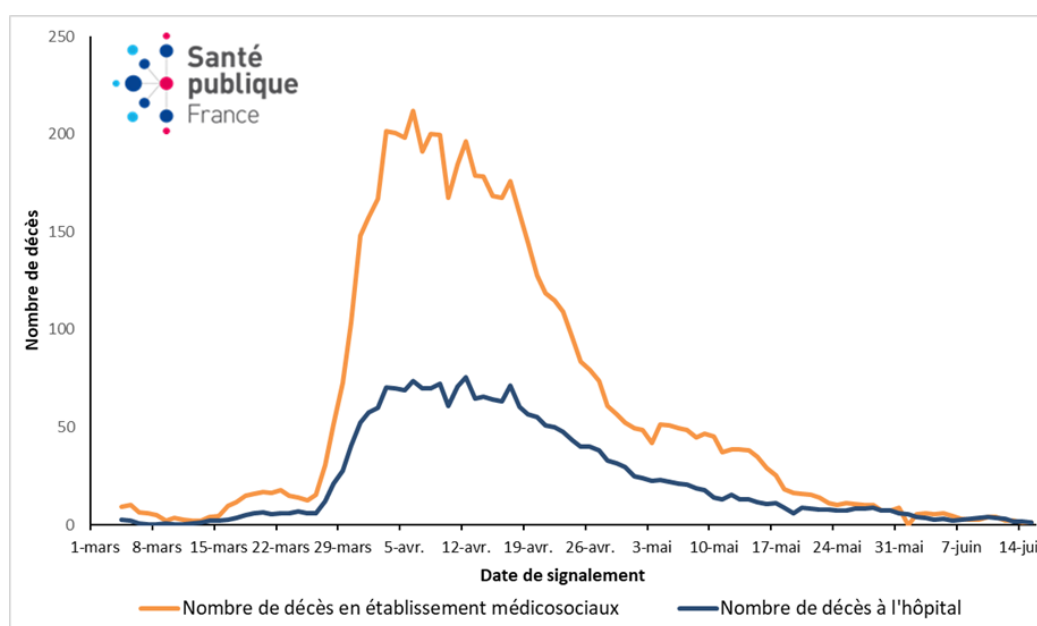


Figure 12. Nombre moyen (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès, rapportés du 1^{er} mars au 15 juin 2020, en France hors Ile-de-France.



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

Depuis le 24 février 2020, 168 632 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 16 juin 2020, intégrant l'ensemble des services ayant transmis au moins une fois sur la période).

- **En semaine 24** (du 8 au 14 juin 2020), 2 066 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 0,9% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®.
- **Ces passages étaient en diminution** de 25% par rapport à la semaine 23 tant en effectif qu'en part d'activité (2 745 passages et 1,1% de l'activité totale en S23 – données consolidées au 16 juin) (Figure 13).
- En semaine 24, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 enregistrés au niveau national, 38% étaient enregistrés en Île-de-France, 7% dans le Grand Est et en Pays de la Loire, 6% en Auvergne-Rhône-Alpes et en Guyane.
- En semaine 24, **les passages aux urgences étaient en baisse pour la 11^{ème} semaine consécutive** au niveau national et en régions.
- La proportion d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19 tous âges, indicateur de gravité à l'arrivée aux urgences, était en légère baisse à 32% (36% en S23 - données consolidées au 16 juin 2020).

Figure 13. 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®)

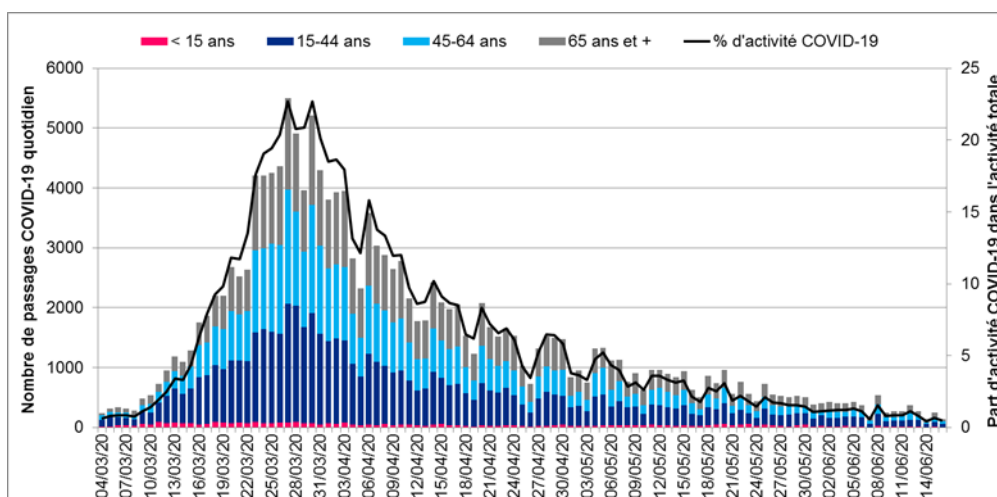
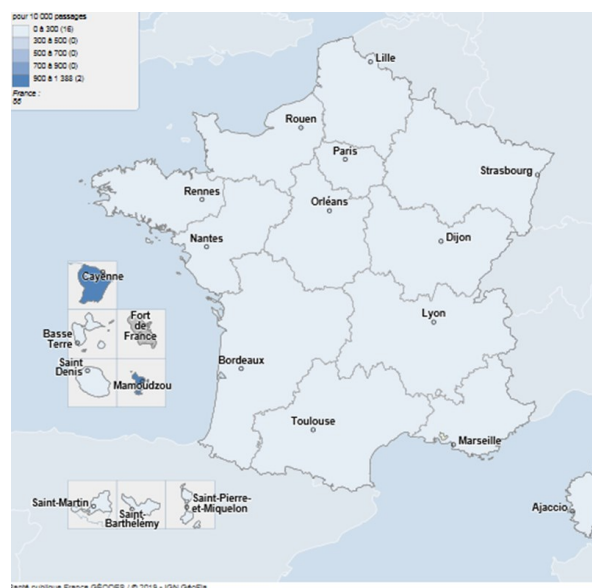


Figure 14. Taux de passages hebdomadaires pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, semaine 24-2020 (source : OSCOUR®)



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. A partir de cette semaine, les estimations régionales sont produites à partir des données du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests PCR positifs), en remplacement de l'indicateur R calculé à partir des passages aux urgences (OSCOUR®). L'avantage de cet indicateur est de reposer sur les données des cas confirmés de COVID-19 et de s'appuyer sur un recours au test qui a vocation à intervenir rapidement après la survenue des signes évocateurs de COVID-19.

Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas. Le R effectif estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines auparavant (intégrant le délai entre la contamination et le test, et le fait que le calcul est effectué sur une période de 7 jours). Le nombre de tests positifs peut être influencé par les actions locales de dépistage, en particulier en cas d'identification de clusters, qui permettent d'identifier des infections asymptomatiques. **Les valeurs de R ne doivent donc pas être interprétées de façon isolée, mais doivent être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.**

- **Le nombre de reproduction R effectif national** calculé à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2 (Tableau 3) est de **0,93** (intervalle de confiance (IC95%) : 0,90-0,97) **au 12 juin** (estimation sur la période du 6 au 12 juin) et évolue faiblement depuis le 1^{er} juin (sa valeur était alors estimée à 0,88). L'indicateur est donc inférieur à 1, ce qui signifie qu'une personne infectée en contamine en moyenne moins d'une autre et que par conséquent l'épidémie est en régression en France.
- En région, **le nombre de reproduction R effectif est inférieur à 1 dans la majorité des régions**, à l'exception de 3 régions en métropole du fait de clusters localisés en cours d'investigation : en Auvergne-Rhône-Alpes (R=1,02 (IC95% : 0,88-1,16)), en Normandie (R=1,14 (IC95% : 0,85-1,46)) et en Occitanie (R=1,51 (IC95% : 1,30-1,73)). Le R effectif est également supérieur à 1 en Martinique (R=1,57 (IC95% : 0,86-2,49)) du fait d'un dépistage systématique des voyageurs à leur arrivée et en Guyane (R=2,59 (IC95% : 2,27-2,94)).

Tableau 3 : Nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2 par région, France entière, sur 7 jours glissants, du 6 au 12 juin 2020 (Source : SI-DEP)

Régions	R effectif	Intervalle de confiance (95%)
Auvergne-Rhône-Alpes	1,02*	0,88-1,16
Bourgogne-Franche-Comté	0,72	0,55-0,92
Bretagne	0,44	0,28-0,64
Centre-Val de Loire	0,72	0,55-0,91
Corse	NC	NC
Grand Est	0,89	0,80-0,98
Guadeloupe	NC	NC
Guyane	2,59	2,27-2,94
Hauts-de-France	0,84	0,75-0,93
Ile-de-France	0,91	0,85-0,98
La Réunion	NC	NC
Martinique	1,57**	0,86-2,49
Mayotte	0,69	0,57-0,81
Normandie	1,14*	0,85-1,46
Nouvelle-Aquitaine	0,55	0,41-0,71
Occitanie	1,51*	1,30-1,73
Pays de la Loire	0,79	0,66-0,92
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,94	0,81-1,08
France	0,93	0,90-0,97

* Les valeurs de R>1 dans ces régions sont liées à des clusters localisés en cours d'investigation.

** La valeur de R>1 dans cette région est liée au dépistage systématique des voyageurs arrivant en Martinique.

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)

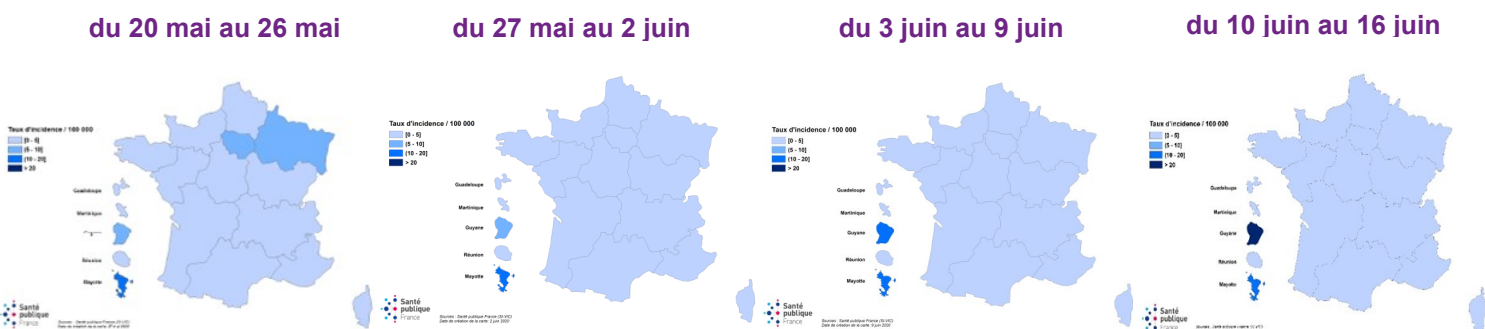
- Depuis le 1^{er} mars 2020, 1 488 établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Parmi les **103 451 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 4).
 - L'âge médian des patients est de 72 ans et 55% sont des hommes.
 - 19 090 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 73 335 patients sont retournés à domicile.
- Le 16 juin 2020, 10 535 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 820 cas en réanimation.

Tableau 4. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 16 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 16 juin 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	10 535		820		73 335		19 090	
Classes d'âge *								
Total	10 448		814		72 838		18 982	
0-14 ans	41	<1	3	<1	841	1	3	<1
15-44 ans	547	5	74	9	9 925	14	187	1
45-64 ans	2 053	20	294	36	21 588	30	1 962	10
65-74 ans	2 242	21	287	35	13 870	19	3 372	18
75 et +	5 565	53	156	19	26 614	37	13 458	71
Régions *								
Total	10 490		792		73 325		19 070	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	699	7	38	5	7 510	10	1 721	9
Bourgogne-Franche-Comté	211	2	18	2	3 755	5	1 032	5
Bretagne	136	1	10	1	1 223	2	257	1
Centre-Val de Loire	502	5	30	4	1 861	3	528	3
Corse	16	<1	3	<1	242	<1	59	<1
Grand Est	1 379	13	82	10	11 740	16	3 518	18
Hauts-de-France	1 162	11	84	11	6 092	8	1 804	9
Ile-de-France	4 710	45	388	49	26 540	36	7 358	39
Normandie	272	3	13	2	1 559	2	427	2
Nouvelle-Aquitaine	154	1	17	2	2 101	3	411	2
Occitanie	113	1	16	2	2 828	4	508	3
Pays de la Loire	262	2	11	1	1 941	3	461	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	708	7	56	7	5 174	7	927	5
Outre-Mer								
La Réunion	22	<1	3	<1	129	<1	1	<1
Martinique	9	<1	1	<1	89	<1	14	<1
Mayotte	40	<1	10	1	306	<1	25	<1
Guadeloupe	8	<1	0	<1	78	<1	15	<1
Guyane	87	1	12	2	157	<1	4	<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 15. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 20 mai et le 16 juin, France (source : SI-VIC)



- Les **plus forts taux d'hospitalisations** hebdomadaires (du 10 au 16 juin) de patients COVID-19 ont été observés en **Guyane** (31,7/100 000 habitants) et à **Mayotte** (10,7/100 000 h). Les taux d'hospitalisation hebdomadaires dans les régions Grand Est et Ile-de-France ont continué de diminuer (respectivement 2,3 et 1,6/100 000 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**, l'augmentation de l'incidence des hospitalisations observée la semaine précédente se poursuit et atteint 31,7/100 000 habitants (Figure 16). A **Mayotte**, le taux d'hospitalisation hebdomadaire reste **stable à un niveau élevé** (10,7/100 000 h).
- Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 continue de décroître en semaine 24 (du 8 au 14 juin) : 824 en S24 versus 1 156 en S23 (Figure 16).
- Le nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés observé est en **constante diminution** depuis le 14 avril (Figure 17).

Figure 16. Nombre journalier de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés et nombre d'établissements déclarant, données au 16 juin 2020, France (source : SI-VIC)

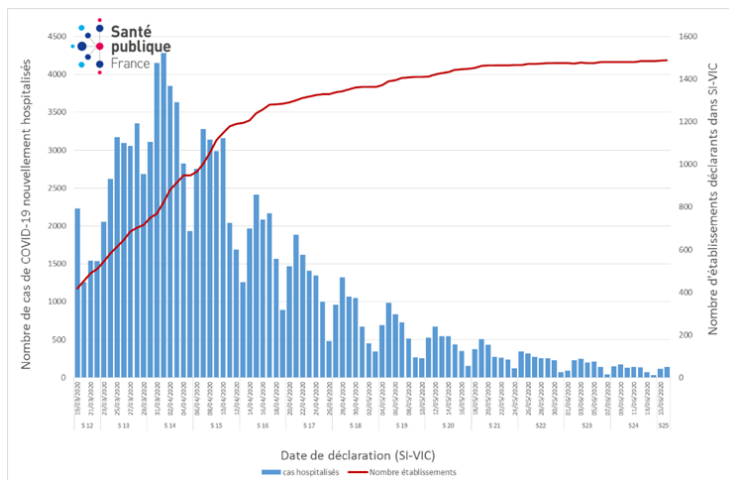
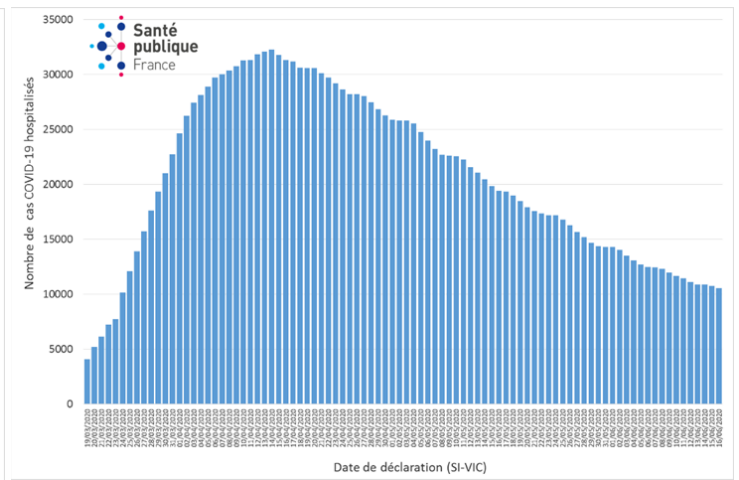


Figure 17. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en France, données au 16 juin 2020 (source : SI-VIC)



Au 16 juin 2020, 820 cas de COVID-19 étaient toujours hospitalisés en réanimation en France.

- Le 16 juin 2020, 14 nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation ont été rapportées (Figure 18).
- Le nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation continue de diminuer en semaine 24 (125 en S24 versus 129 en S23) (Figure 18).
- Le nombre journalier de cas hospitalisés en réanimation est **toujours en diminution** depuis le 8 avril (Figure 19) et se maintient depuis le 9 juin en dessous de 1 000 patients.
- Une stabilisation ou tendance à la diminution des taux d'admissions hebdomadaires en réanimation de patients COVID-19 a été observée dans toutes les régions de France métropolitaine et départements et régions d'outre-mer (Figure 20), sauf en Guyane et à Mayotte. Sur la semaine du 10 au 16 juin, les **plus forts taux** ont été observés en **Guyane** (3,1/100 000 habitants) et à **Mayotte** (1,8/100 000 habitants).

Figure 18. Nombre journalier de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, données au 16 juin 2020, France (source : SI-VIC)

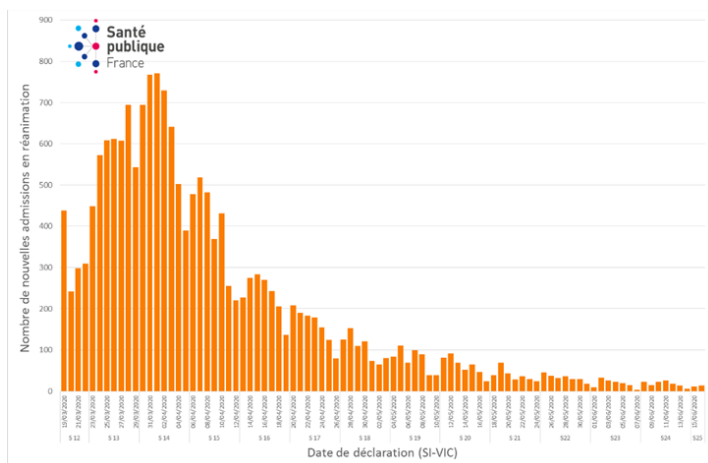


Figure 19. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation, données au 16 juin 2020, France (source : SI-VIC)

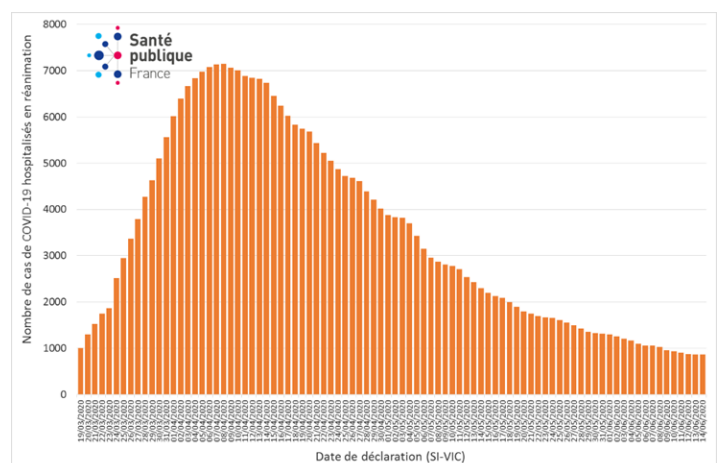
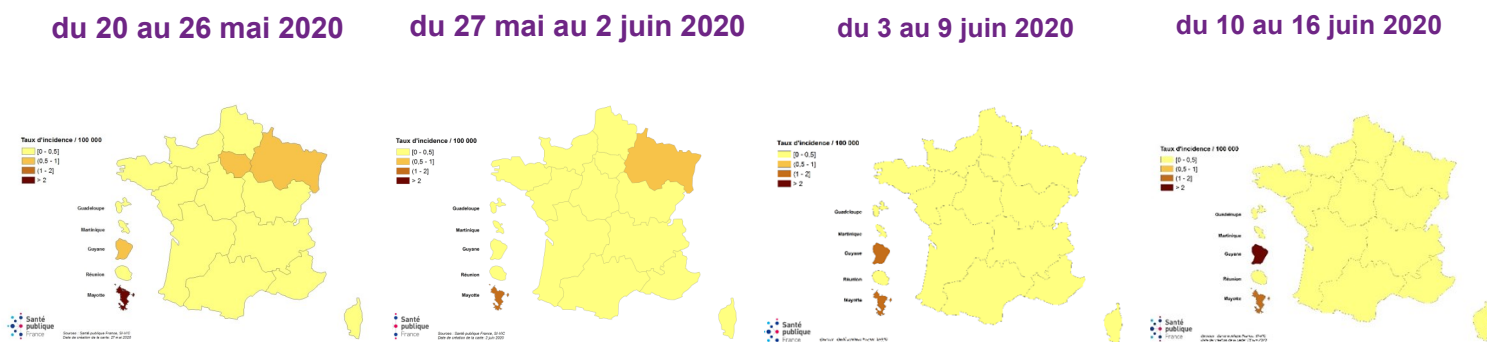


Figure 20. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 20 mai et 16 juin, France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire de décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 continue de diminuer en semaine 24 (236 en S24 versus 342 en S23) (Figure 21).
- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation était de 2 105 en semaine 24 (versus 2 606 en S23) (Figure 22).

Figure 21. Nombre journalier de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19, France, données au 16 juin 2020 (source : SI-VIC)

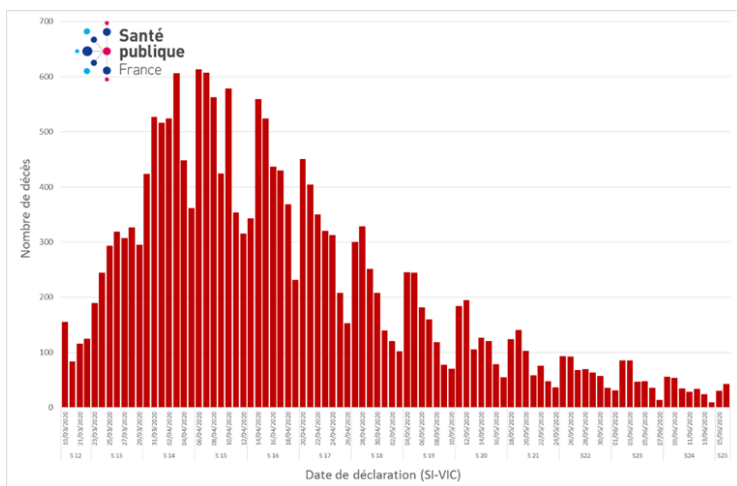
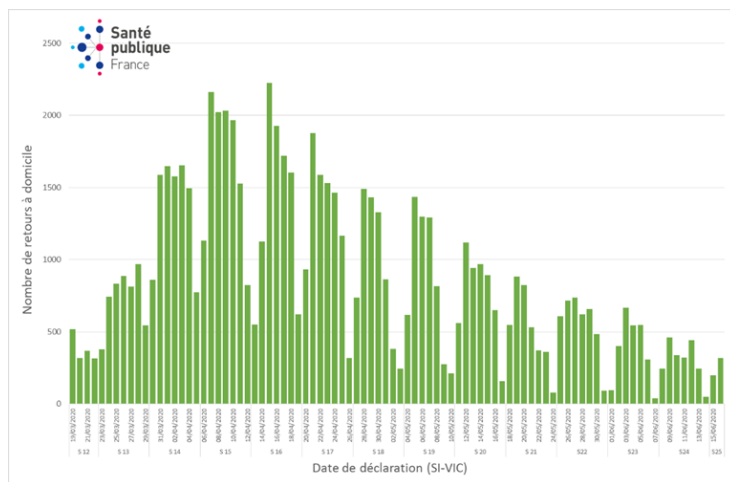


Figure 22. Nombre journalier de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19, France, données au 16 juin 2020 (source : SI-VIC)



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 **16 juin 2020**, **194 signalements** de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) survenus depuis le 1er mars 2020, ont été rapportés.

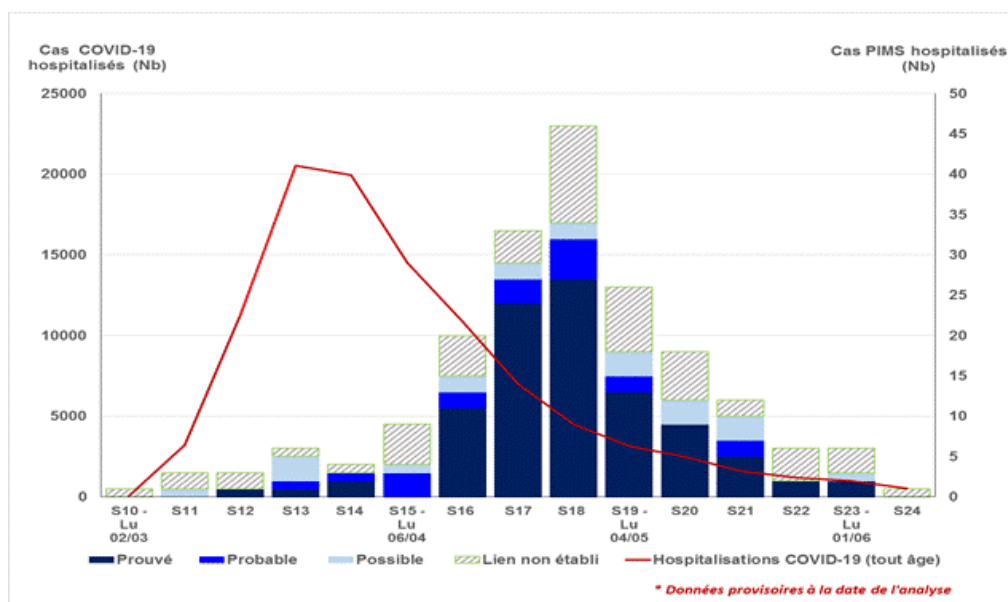
- Cent cas (52%) ont concerné des filles. L'âge médian des cas était de 7 ans (25% des cas avaient ≤ 3 ans et 75% ≤ 11 ans).
- Une PCR et/ou sérologie pour SARS-CoV-2 étaient positives dans la moitié des cas (n=97, 50%). Le lien au virus était probable chez 19 (10%) patients (contage avec un sujet positif ou scanner évocateur) et considéré comme possible chez 21 patients (11%). Pour les 57 patients restants (29%), ce lien n'a pas pu être établi.
- Parmi les 137 cas pour lesquels le lien avec le COVID-19 était possible, probable ou prouvé, les PIMS étaient associés à une myocardite pour 95 patients (69%). Parmi les 57 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 86 enfants et en unité de soins critiques pour 31 enfants. 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.
- **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.

La distribution hebdomadaire des hospitalisations pour PIMS ainsi que celle des hospitalisations pour COVID-19, tout âge confondu, depuis début mars 2020 sont présentées dans la Figure 23. La comparaison de ces distributions est en faveur d'un délai moyen de survenue des PIMS de 4 à 5 semaines après l'infection par le SARS-CoV-2. Après un pic observé en semaine 18 (semaine d'hospitalisation), le nombre de nouveaux cas signalés a diminué de manière importante (1 seul cas en semaine 24 *versus* 45 en semaine 18).

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 (137 cas) a été estimée à **9,4 cas par million d'habitants dans la population des moins de 18 ans** (soit : 14 511 544 habitants, données INSEE 2019).

Cette surveillance est maintenue, mais en raison de l'évolution actuelle, ce bilan ne sera plus présenté dans le point hebdomadaire, sauf en cas de recrudescence du nombre des cas.

Figure 23. Distribution hebdomadaire des hospitalisations pour PIMS, en fonction du lien avec la COVID-19, et des hospitalisations COVID-19 tous âges, France, semaine 10-2020 à 24-2020 (données au 16 juin 2020*)



Surveillance des professionnels des établissements de santé

Le recensement des professionnels salariés d'un établissement de santé (ES) d'hospitalisation, public ou privé, ayant été infectés par le SARS-CoV-2 a rapporté 30 675 professionnels infectés entre le 1^{er} mars et le 07 juin 2020. En cohérence avec les autres indicateurs épidémiologiques, le nombre de cas déclarés par semaine est en diminution constante entre la semaine 16 (2 314 cas déclarés) et la semaine 23 (26 cas déclarés, donnée à consolider). La surveillance se poursuit dans tous les établissements, mais la fréquence d'actualisation des résultats dans le PE national sera désormais de deux fois par mois. Les prochains résultats actualisés seront disponibles dans le PE du 25 juin. L'ensemble des résultats actualisés au 11 juin est disponible sur [le site de Santé publique France](#).

Les professionnels de santé de tous les secteurs peuvent, s'ils ont été atteints par le SARS-CoV-2, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#).

Surveillance de la mortalité

Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

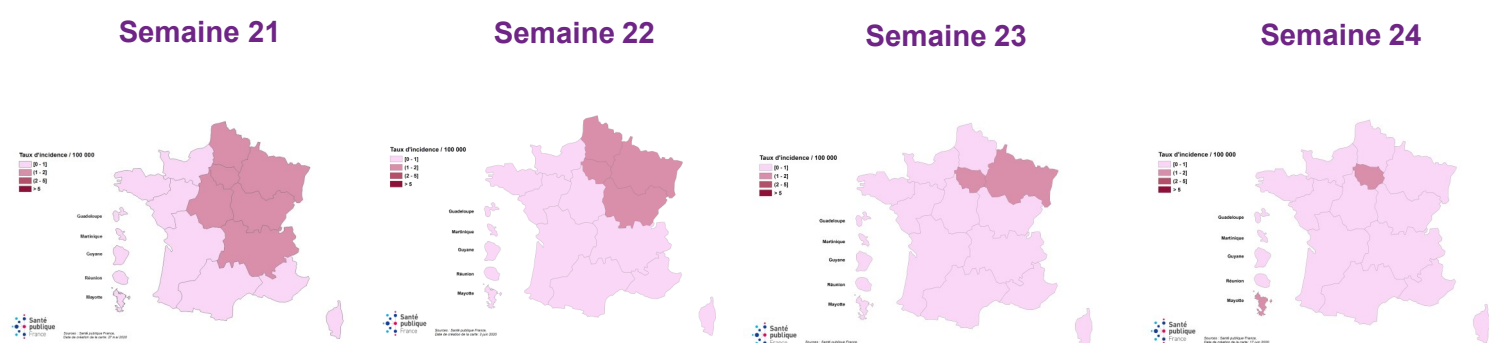
Les estimations de la mortalité due au COVID-19 sont basées sur le nombre de patients décédés au cours d'une hospitalisation (données SI-VIC) et le nombre de résidents décédés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (hors hospitalisation).

- Entre le 1^{er} mars et le 16 juin 2020, **29 547 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : 19 090 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 457 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 24, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 rapportés à la population (pour 100 000 habitants) étaient observés dans les régions Ile-de-France (1,04/100 000h) et Mayotte (1,03/100 000h). Pour toutes les autres régions, ce taux était inférieur à 1 pour 100 000 habitants (Figure 24).

- **Les taux de décès hebdomadaires** (pour 100 000 habitants) continuent de diminuer entre la semaine 23 et 24 dans la plupart des régions (Figure 22), excepté dans trois régions : le taux est stable en Corse et en légère hausse en Guyane (0 vs 0,7 décès pour 100 000 habitants) et à Mayotte (0,7 vs 1 décès pour 100 000 habitants).
- Au niveau national, le nombre hebdomadaire de décès en France a diminué entre les semaines 23 et 24 : 298 en S24 versus 395 en S23. Le taux de décès hebdomadaire (pour 100 000 habitants) à l'échelle nationale est également à la baisse : il était de 0,4 en S24 vs 0,6 en S23.

Figure 24 : Taux de décès COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en Ehpa et autres EMS) S24 (du 8 au 14 juin), S23 (du 1^{er} au 7 juin), S22 (du 25 au 31 mai) et S21 (18 au 24 mai), par région, France 2020 (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, 11 016 certificats de décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 5).
 - L'âge médian au décès était de 84 ans et 90% avaient 65 ans et plus.
 - Les hommes représentaient 54% de ces décès.
- Des comorbidités étaient renseignées pour 7 245 décès, soit 66% des certificats de décès. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 25% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 34% de ces décès.
- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 3% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.

Tableau 5 : 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 15 juin 2020 (données au 16 juin 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%
Hommes	6 000	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	272	28	689	72	961	9
65-74 ans	562	33	1 149	67	1 711	16
75 ans ou plus	2 903	35	5 338	65	8 241	75
Tous âges	3 770	34	7 245	66	11 015	100

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	7 245	66
Aucune ou non renseigné	3 771	34

Description des comorbidités	n	%
Obésité	437	6
Diabète	1 181	16
Pathologie respiratoire	946	13
Pathologie cardiaque	2 461	34
Hypertension artérielle	1 799	25
Pathologies neurologiques*	661	9
Pathologie rénale	898	12
Immunodéficience	166	2

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

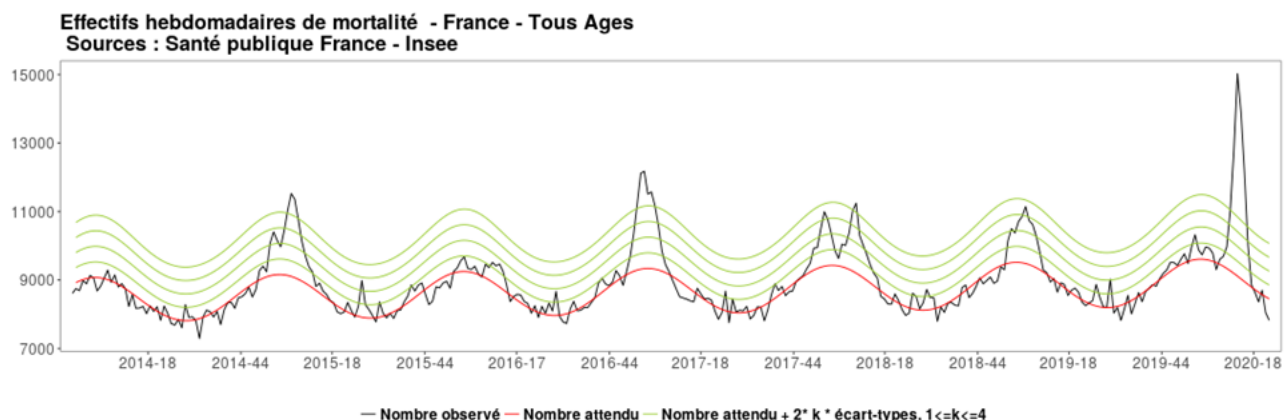
¹% présentés en ligne ; ²% présentés en colonne

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, depuis la semaine 18 (du 27 avril au 3 mai), la mortalité est revenue dans les marges de fluctuation habituelle, tous âges confondus.
- Au niveau régional, la mortalité est également revenue dans les marges de fluctuation habituelle dans la plupart des régions depuis la semaine 19. On note toutefois :
 - une légère surmortalité en Ile-de-France en semaine 19 et en Bourgogne-Franche-Comté en semaine 21,
 - une sous-mortalité dans les régions Occitanie et Pays-de-la-Loire (S19), Bretagne (S20 et S22), Nouvelle-Aquitaine (S20) et Centre-Val de Loire (S21).

Figure 25 : Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 48-2013 à la semaine 23-2020 (Source Santé publique France - Insee)

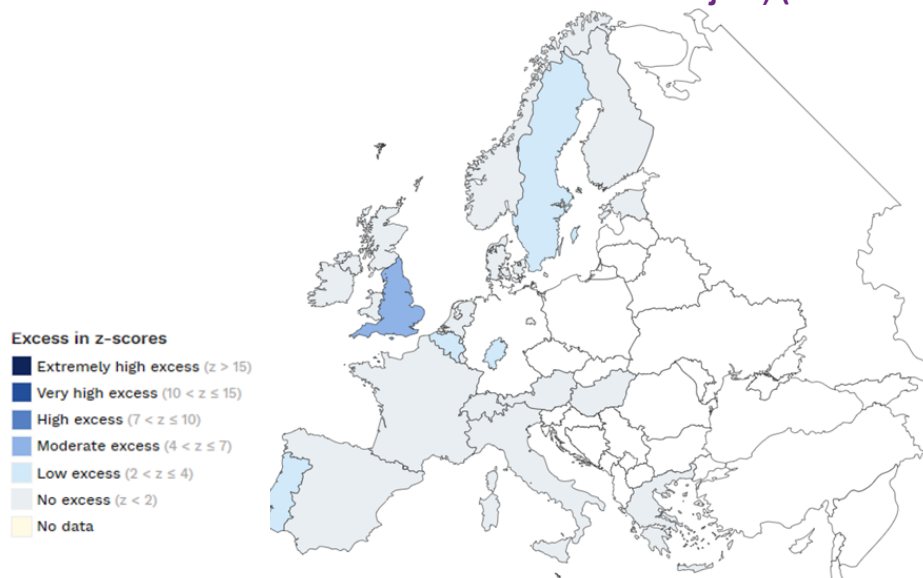


Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. La hausse ou la baisse de la mortalité observée dans ces régions peut être en lien avec l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible à ce jour d'en estimer la part attribuable précise.

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 et dans 5 pays/régions en semaines 20, 21 et 22. (Figure 25).

Figure 26: Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 22-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 10 juin) (Source : ECDC)



Prévention

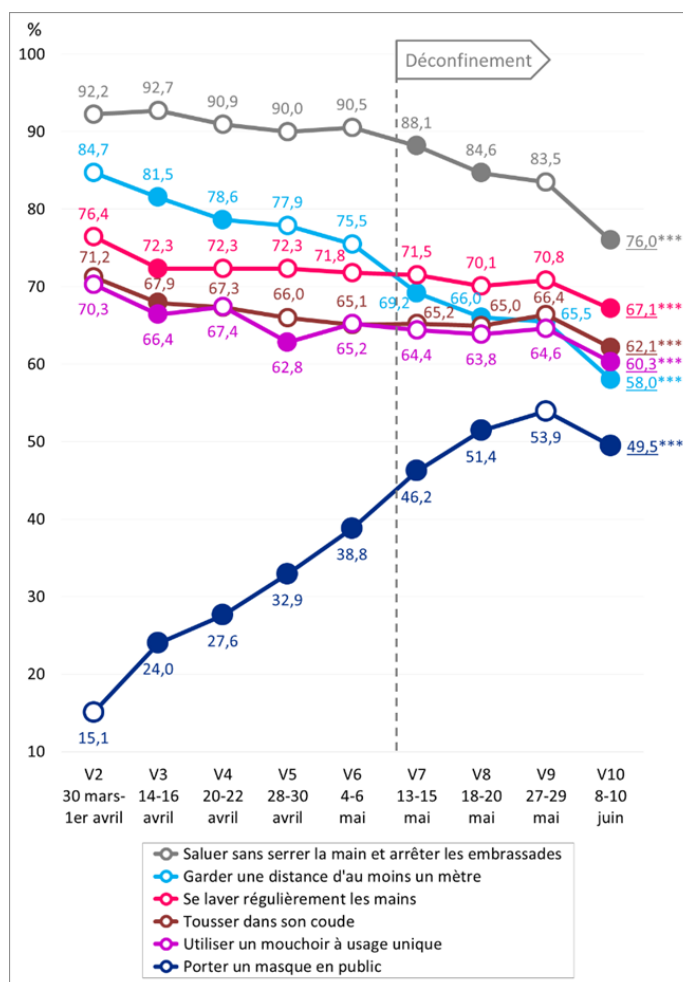
Mesures et suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

Enquête Santé publique France CoviPrev : enquêtes Internet répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (*Access panel*). 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), **vague 9** (27-29 mai) et **vague 10** (8-10 juin). Données redressées sur le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la catégorie d'agglomération et la région d'habitation.

1) Adoption des mesures de prévention

- En vague 10 (8-10 juin), l'adoption systématique de l'ensemble des mesures de prévention recommandées a **significativement diminué** en comparaison des données de la vague 9 (27-29 mai) (Figure 27).
- L'adoption des mesures d'hygiène (*se laver régulièrement les mains ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique*) qui était restée stable après la levée du confinement et le **port du masque** qui avait progressé de façon continue jusqu'en vague 9 ont également diminué (Figure 27).

Figure 27. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (Vague 10) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période postconfinement (Vague 7), test de Wald ajusté, $p < 0,05$.

- En vague 10 (8-10 juin), le fait d'être un homme ou d'avoir un faible niveau de littératie est associé à une moindre adoption des mesures de prévention pour les trois indicateurs (nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées, adoption systématique de la distance d'1 mètre et port du masque en public) (Tableau 6).

Tableau 6. Variables sociodémographiques associées à une moindre adoption des mesures de prévention, mesurée selon 3 indicateurs, en vague 10 (8-10 juin 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020

	Moindre nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 ¹	Moindre pourcentage d'adoption systématique de la distance d'1 mètre	Moindre pourcentage d'adoption systématique du port du masque en public
Sexe	Hommes	Hommes	Hommes
Classe d'âge (en 5 classes)		18-24 ans / 35-49 ans	35-49 ans
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)		CSP-	
Littératie en santé ^a	Faible	Faible	Faible
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^b		Non	Non

Note de lecture : Les associations entre chacun des 3 indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (Test de Wald ajusté, $p < 0,05$). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à une moindre adoption, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. ^aLa littératie en santé désigne la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour prendre des décisions concernant leur santé (échelle *Health Literacy Questionnaire, Dimension 5*). ^bFacteurs de risque de développer une forme grave de COVID-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC > 30). ¹4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique.

- En vague 10 (8-10 juin), les facteurs cognitifs qui déterminent l'adoption des mesures de prévention pour les trois indicateurs (nombre de mesures d'hygiène, distance d'1 mètre et port du masque en public) sont la norme sociale perçue et le fait de se sentir capable d'adopter les mesures de prévention (Tableau 7).

Tableau 7. Déterminants cognitifs et affectifs d'une moindre adoption des mesures de prévention, mesurée selon 3 indicateurs, en vague 10 (8-10 juin 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

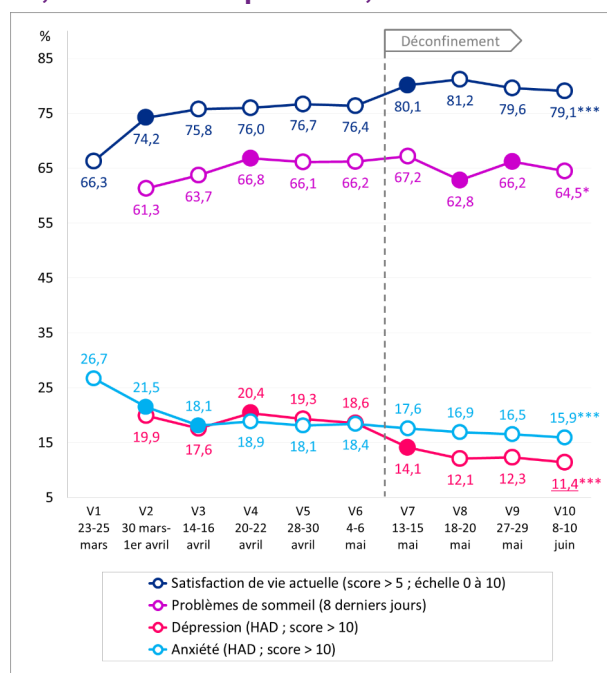
	Moindre nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 ¹	Moindre pourcentage d'adoption systématique de la distance d'1 mètre	Moindre pourcentage d'adoption systématique du port du masque en public
Mesures de prévention perçues comme peu efficaces	*		
Norme sociale perçue (faible approbation et adoption des mesures par les proches)	***	***	***
Se sentir peu capable d'adopter les mesures de prévention	***	***	***
Inquiétude à l'égard de l'épidémie de SARS-CoV-2 (faible)	**	**	
Gravité perçue du COVID-19 (faible)			**
Se sentir peu vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2			*

Note de lecture : Les associations entre chacun des 3 indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention et les facteurs cognitifs et affectifs ont été testées, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées à la situation épidémique et des autres facteurs cognitifs et affectifs (modèle de régression linéaire pour le nombre moyen des 4 mesures d'hygiène adoptées systématiquement et modèles de régressions logistiques pour l'adoption systématique de la distance d'1 mètre et celle du port du masque en public), test de Wald, ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$. ¹4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique.

2) Santé mentale

- La santé mentale continue de s'améliorer en vague 10, avec une diminution significative des états dépressifs depuis la levée du confinement (Figure 28).
- Seuls les troubles du sommeil restent toujours élevés en vague 10 (8-10 juin), avec une prévalence supérieure à celle observée en début de confinement (vague 2, 30 mars-1^{er} avril ; Figure 28).

Figure 28. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (Vague 10) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (Vague 1 ou 2 selon l'indicateur), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période postconfinement (Vague 7), test de Wald ajusté, $p < 0,05$. HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*.

- En vague 10 (8-10 juin), être âgé de 35 à 49 ans, déclarer une situation financière très difficile ou déclarer des antécédents de troubles psychologiques sont associés à une santé mentale plus dégradée pour les trois indicateurs : anxiété, dépression, problèmes de sommeil (Tableau 8).

Tableau 8. Variables sociodémographiques associées à l'anxiété, la dépression et aux problèmes de sommeil, en vague 10 (8-10 juin 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Sexe		Femmes	Femmes
Classe d'âge (en 5 classes)	18-24 ans / 35-49 ans	35-49 ans	18-24 ans / 35-49 ans
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)		CSP-	Inactifs
Situation financière perçue	Très difficile	Juste / Très difficile	Juste / Très difficile
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^b		Oui	Oui
Antécédents de trouble psychiatrique	Oui	Oui	Oui

Note de lecture : Les associations entre chacun des 3 indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (Test de Wald ajusté, $p < 0,05$). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à un trouble plus élevé, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable.

^aHAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*.

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

- En vague 10 (8-10 juin), le fait de se sentir peu capable d'adopter les mesures de prévention ou de percevoir la COVID-19 comme une maladie grave est associé aux états dépressifs et anxieux (Tableau 4).
- Le fait de se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2 est associé aux états anxieux et aux problèmes de sommeil (Tableau 9).

Tableau 9. Déterminants cognitifs et affectifs de l'anxiété, la dépression et des problèmes de sommeil, en vague 10 (8-10 juin 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Mesures de prévention perçues comme peu efficaces		***	
Norme sociale perçue (faible approbation et adoption des mesures par les proches)			
Se sentir peu capable d'adopter les mesures de prévention	*	***	
Gravité perçue du COVID-19 (élevée)	**	**	
Mauvaise connaissance sur la transmission du SARS-CoV-2		*	
Mesures de prévention perçues comme contraignantes			
Se sentir davantage vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2	***		***

Note de lecture : Les associations entre chacun des 3 indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) et les facteurs cognitifs et affectifs ont été testées, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées à la situation épidémique et des autres facteurs cognitifs et affectifs (modèle de régression logistique), test de Wald, ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$.
^aHAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

Etude qualitative ViQuoP, Santé publique France - Kantar .

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

Suivi de cohorte de mars à juin 2020

Les résultats principaux de l'étude ViQuoP sont progressivement partagés 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
- 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/etudes-et-enquetes/covid-19-etude-viguop-vie-quotidienne-et-prevention-dans-60-foyers-francais-a-l-heure-du-coronavirus>

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 hebdomadaire 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 tous en baisse et à des niveaux très bas**. En semaine 24, les nombres d'actes SOS médecins et de recours aux urgences (réseau OSCOUR®) de patients suspects COVID-19, et le taux de consultations (ou téléconsultations) pour une infection respiratoire aiguë (IRA) (Réseau Sentinelles) ont poursuivi leur diminution ou étaient stables à des niveaux bas. Le taux de positivité des patients testés pour le SARS-CoV-2 (SI-DEP) a diminué par rapport à la semaine précédente et était inférieur à 5% dans l'ensemble des départements de France métropolitaine. Le nombre de nouveaux cas de COVID-19 rapporté à la population (SI-DEP) au niveau national a légèrement diminué en comparaison à la semaine précédente (4,23/100 000 habitants en semaine 24 vs 4,44/100 000 h en semaine 23). L'incidence est inférieure au seuil de 10 nouveaux cas / 100 000 h dans tous les départements, excepté dans les départements de la Meurthe-et-Moselle, la Meuse et le Gard. Les incidences plus élevées dans ces départements sont expliquées par des clusters en cours d'investigation et par des taux de dépistage élevés.

La quasi-exhaustivité des données SI-DEP associée à la recommandation de tester tout patient présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 ainsi que des sujets contacts de cas confirmés [1] permet, en principe, de disposer d'une estimation satisfaisante du nombre de cas réels de COVID-19 en France. Du 7 au 13 juin 2020, 2 837 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 d'une moindre identification des personnes asymptomatiques.

En milieu hospitalier, le nombre de patients hospitalisés continue de diminuer et le nombre de patients actuellement en réanimation pour COVID-19 se maintient en dessous de 1 000 patients depuis le 9 juin 2020.

Les clusters (hors épisodes familiaux en milieux restreints) sont identifiés et investigués par les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France. **Au 16 juin, 219 clusters survenus en France métropolitaine, ont été signalés à Santé publique France** depuis le 9 mai 2020. Ces clusters sont principalement survenus dans des établissements de santé et des entreprises privées ou publiques ou chez des personnes en situations de précarité ou de vulnérabilité (e.g. 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 et le nombre d'épisodes survenus dans ces établissements a continué de diminuer. Le nombre de nouveaux épisodes rapportés est actuellement très faible.

Le nombre hebdomadaire de **décès et le taux de décès** liés au COVID-19 pour 100 000 habitants sont en **diminution** depuis la semaine 15. **L'excès de mortalité toutes causes observée entre les semaines 12 et 17** (du 16 mars au 26 avril) **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 actuellement 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. A partir de cette semaine, le calcul de l'indicateur « nombre de reproduction effectif » (Reff) est effectué à partir des données SI-DEP, en remplacement de l'indicateur Reff calculé à partir des données OSCOUR®. L'indicateur Reff basé sur les données SI-DEP présente plusieurs avantages. D'une part, il repose sur les données des cas confirmés de COVID-19, à la différence des données OSCOUR® qui concernent des suspicions de COVID-19. D'autre part, le recours au test a vocation à intervenir rapidement après la survenue des signes évocateurs de COVID-19. Les valeurs des Reff basées sur les données SI-DEP permettent donc de mieux refléter la dynamique récente de circulation locale du virus. Il est important toutefois de souligner que ces estimations sont moins stables que celles obtenues à partir des données OSCOUR®, car l'activité de diagnostic est plus impactée par les actions locales de dépistage que ne le sont les passages aux urgences, d'autant plus dans la situation actuelle de faible incidence. **L'interprétation des valeurs de Reff ne constitue qu'un des éléments d'appréciation de la situation.** La dynamique épidémiologique locale du COVID-19 doit être interprétée dans le cadre d'une analyse contextualisée prenant en compte les autres indicateurs disponibles et la connaissance fine des actions locales mises en œuvre dans le cadre de la gestion du risque COVID-19 (en particulier, actions de dépistage ou investigations de clusters). La valeur du R national (SI-DEP) a évolué très faiblement entre le 1^{er} juin (Reff : 0,88) et le 12 juin 2020 (Reff : 0,93).

De la même manière, d'autres indicateurs peuvent être influencés par des activités de dépistage (nombre de tests positifs, taux d'incidence, activité de passages aux urgences). Les départements ayant mis en place des actions de dépistage, notamment lors de l'identification de clusters ou dans des collectivités (EHPAD, entreprises...), peuvent ainsi observer une augmentation de ces indicateurs du fait de ces actions. Il est ainsi indispensable de les interpréter en tenant compte du contexte local et en les mettant en perspective avec les autres indicateurs produits. Des analyses contextualisées départementales, réalisées par les cellules régionales de Santé publique France en lien avec les Agences Régionales de Santé permettent une analyse précise de la situation.

Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), 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, **la situation épidémique incite à une vigilance accrue à Mayotte et en Guyane.**

A Mayotte, en semaine 24, l'ensemble des indicateurs sont en baisse mais reste encore à un niveau élevé comme en témoignent le taux d'incidence des cas de COVID-19 (48/100 000 habitants en S24 vs 80/100 000 h en S23), le taux de positivité des prélèvements (20,2% en S24 vs 24,8% en S23) ainsi que le taux d'hospitalisation (10,7/100 000 habitants en S24 vs 12,2/100 000 h en S23). Sur les 13 clusters identifiés, un seul cluster reste en cours d'investigation.

En Guyane, en semaine 24, les indicateurs sont en augmentation, témoignant d'une intensification de la circulation du SARS-COV-2. Le taux d'incidence continue de progresser (88/100 000 habitants en S24 vs 28/100 000 h en S23) ainsi que le taux de positivité des patients testés (21,6% en S24 vs 19,4% en S23), le taux d'hospitalisation (31,7/100 000 h en S24 vs 19,6/100 000 h en S23) et le taux d'hospitalisation en réanimation (3,1/100 000 h en S24 vs 1,0/100 000h en S23) qui impliquent des tensions sur l'offre de soins. Douze des 16 clusters identifiés sont en cours d'investigation dont trois sont à risque de diffusion communautaire. La circulation virale du SARS-COV-2 s'intensifie sur l'ensemble du territoire justifiant le 15 juin 2020 le passage en stade 3. Le passage en stade 3 a pour objectif de limiter les conséquences de la circulation du virus avec le renforcement de mesure de restriction de circulation et l'augmentation des capacités de dépistage.

En France métropolitaine et dans les DROM, 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 données de surveillance montrent que les enfants restent moins touchés par le COVID-19 (moins de 1% des patients hospitalisés et des décès). Au 16 juin, 194 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. Cette surveillance est maintenue, mais ne fera plus l'objet d'un bilan dans le PE excepté en cas de recrudescence du nombre des cas.

La surveillance des professionnels de santé particulièrement exposés au SARS-CoV-2 se poursuit dans les établissements de santé et fera l'objet d'un point de situation dans le prochain point épidémiologique. Les professionnels de santé de tous les secteurs peuvent, s'ils ont été atteints par le SARS-CoV-2, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#).

La santé mentale des français, à l'exception des troubles du sommeil qui restent toujours plus élevés en vague 10 (8-10 juin) qu'en début de confinement, continue de s'améliorer avec une diminution significative des états dépressifs. Concernant les comportements de prévention, en vague 10 (8-10 juin), l'adoption systématique de l'ensemble des mesures recommandées, bien que restant à un niveau élevé, a significativement diminué en comparaison des données de la vague 9 (27-29 mai). Pour la première fois, les mesures d'hygiène qui étaient restées stables après la levée du confinement et le port du masque qui avait progressé de façon continue jusqu'en vague 9 ont également diminué.

La diminution de l'adoption systématique des mesures de prévention est sans doute liée à l'effet du déconfinement qui favorise les interactions et réduit le niveau d'adoption des mesures de distanciation sociale, dans un contexte de diminution du nombre d'hospitalisations et de décès qui questionne l'utilité ou la pertinence de l'adoption systématique de ces comportements. Les données détaillées de l'enquête montrent d'ailleurs que la diminution de l'adoption des mesures ne se traduit pas par leur abandon, mais plutôt par une diminution de leur fréquence (changements observés de systématique à souvent). Cependant, si la diminution progressive de la fréquence d'adoption des comportements de prévention semble naturellement s'adapter à l'évolution de la situation épidémique, il faut souligner que l'influence positive ou négative des comportements sur l'évolution du nombre de nouvelles contaminations ne peut être observée qu'avec un délai de plusieurs semaines. Le suivi des données épidémiologiques et comportementales permettra d'en rendre compte et d'ajuster les messages de prévention. De plus, s'il est pertinent ou nécessaire d'adapter certains comportements aux contextes et aux situations, tels que le port du masque ou la distanciation physique, d'autres comportements tels que les mesures d'hygiène mériteraient de se maintenir sur le long terme pour prévenir le fardeau sanitaire, social et économique lié au COVID-19 aussi bien qu'à d'autres infections à caractère épidémique. A ces fins, ces données suggèrent qu'il est indispensable d'entretenir une norme positive de protection collective (pour soi-même et pour autrui) et de faciliter la mise en œuvre de ces comportements plutôt que de communiquer sur la peur et la menace perçue.

En conclusion

En France métropolitaine, l'ensemble des indicateurs épidémiologiques indique que la situation continue globalement de s'améliorer et aucun élément n'est actuellement en faveur d'une reprise de l'épidémie. Cependant, le virus continue de circuler comme en témoignent le nombre de nouveaux cas confirmés et l'identification de clusters. Des clusters sont régulièrement identifiés dans toutes les régions du fait de la capacité de dépistage et sont systématiquement investigués par les ARS et les cellules régionales de Santé publique France pour en contrôler l'extension. Actuellement, aucune diffusion communautaire (survenue de nouveaux cas hors de la collectivité et en lien avec le cluster) non contrôlée n'a été rapportée.

Bien que les indicateurs à Mayotte s'améliorent, une grande vigilance doit être maintenue. En revanche, la situation est préoccupante en Guyane où l'épidémie liée au SARS-CoV-2 est active.

La poursuite de la circulation virale invite à maintenir la vigilance et continuer à adopter les mesures de prévention préconisées. Celles-ci incluant toujours le port du masque dans les situations ne permettant pas de respecter les distances physiques. Par ailleurs, Il est important que les personnes symptomatiques ou contact d'un cas confirmé soient 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.

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, Alexandra Septfons, 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 Spaccaveri, Julie Fighi, Patrick Rolland, Linda Lasbeur, Enguerrand Du-Roscoat, Mélanie Colomb-Cotinat, Isabelle Poujol de Molliens, Denise Antona, Daniel Levy-Bruhl, Anne Laporte, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Camille Pelat, Edouard Chagnoux, Delphine Viriot, Christophe Bonaldi, Laurian Lassara.

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 :
18 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